



IASP 2025  
**GLOBAL YEAR**  
Pain Management, Research and Education  
in Low- and Middle-Income Settings

# FACT SHEET

## **Superare gli ostacoli alla partecipazione dei ricercatori e degli operatori sanitari provenienti da contesti a basso e medio reddito alle comunità internazionali sul dolore**

- **María Lorena Oyanadel, Physiatrist:** Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile
- **Delia Ruiz Rodríguez, Physiatrist:** Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile
- **Tory Madden, PhD:** University of Cape Town, Cape Town, South Africa
- **Mulugeta Bayisa Chala, PhD:** Lawson Research Institute, Ontario, Canada

### **Contesto/Introduzione**

Le comunità internazionali del dolore sono reti composte da individui e organizzazioni che mirano a promuovere un approccio globale al dolore, che includa formazione, trattamento, ricerca e sostegno alle politiche (1). Queste comunità includono, tra gli altri, gruppi guidati da pazienti (ad esempio, Pain Alliance Europe); fondazioni (ad esempio, US Pain Foundation), organizzazioni non governative (ad esempio, Global Alliance for Patient Access); organizzazioni scientifiche (ad esempio, IASP); e social network (ad esempio, #ChronicPain on X).

Queste comunità non solo promuovono la condivisione delle conoscenze (2), ma promuovono anche strategie legislative per proteggere il benessere dei pazienti, facilitare l'accesso ai finanziamenti per la ricerca e il trattamento e integrare pazienti da tutto il mondo per promuovere un approccio più umano alla gestione del dolore. In definitiva, fungono da spazi di collaborazione per affrontare il dolore cronico come problema mondiale e per sviluppare soluzioni che trascendano le specificità regionali.

Tuttavia, gli operatori sanitari e i ricercatori che si occupano di dolore provenienti da contesti a basso e medio reddito sono sottorappresentati nelle comunità internazionali del dolore.

### **Perché questo accade?**

Esistono diverse barriere che limitano la partecipazione dei ricercatori e degli operatori sanitari del dolore provenienti da questi contesti alle comunità internazionali del dolore, tra cui:

- Mancanza di consapevolezza: molti professionisti non conoscono queste comunità o non sanno come accedervi.
- Ostacoli finanziari alla partecipazione a congressi internazionali: la partecipazione a congressi internazionali spesso comporta costi significativi che potrebbero essere insostenibili per i professionisti residenti in contesti a basso e medio reddito (3-5). Inoltre, ricercatori e operatori sanitari provenienti da Paesi a basso e medio reddito spesso si trovano ad affrontare restrizioni in materia di visti e viaggi quando pianificano di partecipare a congressi tenuti in Paesi ad alto reddito (3-5).
- Squilibrio regionale: queste comunità hanno sede prevalentemente in Europa e negli Stati Uniti, il che rende più difficile la partecipazione per i professionisti di altre regioni. Questa concentrazione geografica comporta diverse sfide, tra cui differenze di fuso orario, disallineamenti culturali e priorità cliniche o contestuali che potrebbero non essere in linea con altre parti del mondo. Questi fattori possono limitare l'inclusione di voci diverse e ostacolare la collaborazione globale. Barriere linguistiche: la lingua inglese è il mezzo di comunicazione dominante tra le comunità globali del dolore (ad esempio nelle pubblicazioni scientifiche e nei congressi), il che può limitare la partecipazione di ricercatori, medici e gruppi guidati da pazienti provenienti da regioni non anglofone (1,6).
- Carico di lavoro clinico e mancanza di tempo: gli operatori sanitari spesso affrontano un carico di lavoro significativo (2, 5, 7) e vengono valutati principalmente in base alla loro produttività clinica. La pressione clinica è spesso maggiore nei contesti a basso e medio reddito, dove si registra una notevole carenza di specialisti del dolore. Di conseguenza, i professionisti lavorano spesso per molte ore, il che li lascia con tempo ed energie limitati per impegnarsi attivamente nelle comunità internazionali del dolore.
- Mancanza di incentivi e riconoscimenti: i sistemi sanitari nei LMIS raramente offrono congedi o finanziamenti per consentire ai ricercatori e agli operatori sanitari del dolore di partecipare alle comunità globali del dolore (1).
- Barriere politiche, culturali e contestuali: le normative sulla gestione del dolore, come l'accesso a farmaci specifici o la percezione di determinati trattamenti (1), variano a seconda del Paese e possono limitare la collaborazione in contesti diversi (3,4,9).
- Interazione limitata con i gruppi di pazienti: un coinvolgimento limitato e una disconnessione tra operatori sanitari e organizzazioni di pazienti ostacolano lo sviluppo di approcci collaborativi e culturalmente rilevanti. Tra i fattori che contribuiscono a ciò figurano l'uso di un linguaggio tecnico, la formalità istituzionale, le differenze culturali e la mancanza di consapevolezza o comprensione del ruolo e del valore delle organizzazioni guidate dai pazienti.
- Divario digitale: non tutti i professionisti o ricercatori hanno accesso alle piattaforme digitali utilizzate dalle comunità globali che si occupano di dolore (12). Alcuni gruppi potrebbero anche incontrare barriere legate all'alfabetizzazione digitale o generale.
- Fiducia nell'autosufficienza locale: alcuni medici potrebbero concentrarsi sulla soddisfazione di bisogni locali urgenti (come l'assistenza ai pazienti) e potrebbero ritenere che il loro lavoro clinico sia sufficiente, perdendo al contempo l'opportunità di impegnarsi in reti internazionali più ampie.

Riconoscere queste barriere è il primo passo per superarle e promuovere la partecipazione alle comunità globali che si occupano di dolore.

Qui proponiamo delle strategie per incoraggiare la partecipazione di operatori sanitari e ricercatori provenienti da contesti a basso e medio reddito alle comunità internazionali che si occupano di dolore:

- Sensibilizzare su queste comunità: spiegare cosa sono, come funzionano, il loro scopo e i loro benefici.
- Migliorare l'accesso alle tecnologie digitali: questa è una strategia chiave per migliorare lo scambio di conoscenze e superare le barriere alla partecipazione (12). La tecnologia può ridurre i divari geografici, economici e istituzionali, consentendo uno scambio più equo tra regioni e discipline. Strumenti digitali come piattaforme online, riviste open access e conferenze virtuali hanno ampliato l'accesso a contenuti di alta qualità. Webinar, podcast e contenuti multilingue promuovono l'interazione tra diversi attori. Le app mobili e le piattaforme di telemedicina aiutano inoltre a tradurre le conoscenze nella pratica clinica, anche in contesti con risorse limitate. Gli strumenti di valutazione del dolore e di segnalazione dei pazienti rafforzano la comunicazione e generano dati preziosi per la ricerca clinica.
- Incoraggiare il riconoscimento accademico per la partecipazione a queste reti (5): promuovere la partecipazione all'interno delle istituzioni e dimostrare i benefici che la partecipazione apporta loro.
- Sostenere il finanziamento di progetti e l'accesso a società scientifiche, conferenze e piattaforme di ricerca nei Paesi con risorse limitate attraverso tariffe ridotte e assistenza finanziaria. Decentralizzare le attività della comunità: espandere la propria presenza oltre le grandi città, incoraggiare l'organizzazione di eventi in tutte le regioni del mondo e promuovere incontri virtuali per migliorare l'accesso dalle aree remote.
- Integrare la diversità linguistica nella divulgazione scientifica (1): utilizzare la traduzione in tempo reale e, potenzialmente in futuro, strumenti di traduzione basati sull'intelligenza artificiale.
- Creare spazi che valorizzino la creatività e gli sforzi locali per lo scambio di idee: questi potrebbero iniziare come piccoli incontri tra persone con background simili e successivamente connettersi per condividere realtà diverse per l'apprendimento reciproco.
- Riconoscere il valore del lavoro di comunità e della ricerca nei contesti clinici (9,13): garantire che la produttività non sia misurata esclusivamente dal carico di lavoro clinico.
- Promuovere la collaborazione tra pratica clinica e ricerca incoraggiando la traduzione dei risultati della ricerca fondamentale in applicazioni pratiche (13).
- Incoraggiare la partecipazione di medici e ricercatori nelle comunità di pazienti: collaborare con persone che hanno vissuto esperienze di dolore diverse aumenta la rilevanza della ricerca (11,14) e favorisce un dialogo significativo e bidirezionale. Quando ciò accade, i professionisti approfondiscono la loro comprensione del campo, rafforzano i legami con la comunità e promuovono la "coproduzione della ricerca" (7).

Le comunità internazionali per la cura del dolore rappresentano una preziosa opportunità per migliorare la qualità della vita delle persone che convivono con il dolore e per supportare lo sviluppo professionale di medici e ricercatori. La partecipazione attiva a queste reti facilita lo scambio di conoscenze, esperienze e risorse, con un impatto tangibile sulla ricerca, la formazione e la gestione clinica del dolore.

Tuttavia, superare le barriere all'accesso e alla partecipazione rimane una sfida critica, in particolare nei contesti a basso e medio reddito. Con l'impegno congiunto di istituzioni accademiche, sistemi sanitari, professionisti e organizzazioni di pazienti, esiste l'opportunità di progredire verso un modello più inclusivo, collaborativo e incentrato sulla persona.

Il futuro della gestione del dolore dipende dalla nostra capacità di costruire ponti, ridurre le disuguaglianze e rafforzare le reti internazionali. Le strategie proposte in questo documento mirano ad accelerare questo processo e, in ultima analisi, a superare le barriere alla partecipazione alle comunità globali per la cura del dolore da parte di ricercatori e operatori sanitari provenienti da contesti a basso e medio reddito.

## **Bibliografia**

1. Haun JN, Nakase-Richardson R, Cotner BA, Agtarap SD, Martin AM, Tweed A, et al. Stakeholder engagement to identify implementation strategies to overcome barriers to delivering chronic pain treatments: A NIDILRR and VA TBI model systems collaborative project. *J Head Trauma Rehabil.* 2024;39(1):E29-E40. doi: [10.1097/HTR.0000000000000920](https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000920)
2. Fernández-López JA. PROMIS®: A platform to evaluate health status and the results of interventions. *Semergen.* 2014;40(7):355-356. doi: [10.1016/j.semerg.2014.06.015](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.015)
3. Lakha SF, Ballantyne P, Badr H, Agboatwala M, Mailis A, Pennefather P. Perspective of pain clinicians in three global cities on local barriers to providing care for chronic noncancer pain patients. *Pain Res Manag.* 2019;2019:3091309. doi: [10.1155/2019/3091309](https://doi.org/10.1155/2019/3091309)
4. Ng W, Slater H, Starcevic C, Wright A, Mitchell T, Beales D. Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain.* 2021;162(8):2154-85. doi: [10.1097/j.pain.0000000000002217](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002217)
5. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritization and action. *BMC Public Health.* 2013;13:1229. doi: [10.1186/1471-2458-13-1229](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229)
6. Darnycka Bélizaire MR, Ineza L, Fall IS, Ondo M, Boum Y II. From barrier to enabler: Transforming language for global health collaboration. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(6):e0003237. doi: [10.1371/journal.pgph.0003237](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003237)
7. Shipton EA, Bate F, Garrick R, Steketee C, Visser EJ. Pain medicine content, teaching and assessment in medical school curricula in Australia and New Zealand. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):110. doi: [10.1186/s12909-018-1204-4](https://doi.org/10.1186/s12909-018-1204-4)

8. Sam S, Sharma R, Corp N, Igwesi-Chidobe C, Babatunde OO. Shared decision making in musculoskeletal pain consultations in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int Health*. 2020;12(5):455-71. doi: [10.1093/inthealth/ihz077](https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz077)
9. Neira-Fernández KD, Gaitán-Lee L, Gómez-Ramírez OJ. Barreras y facilitadores para la investigación en ciencias de la salud durante la crisis del COVID-19: una revisión de alcance. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(4):377-95. doi: [10.18597/rcog.3788](https://doi.org/10.18597/rcog.3788)
10. Hansford K. Understanding barriers and facilitators to non-pharmaceutical chronic pain research engagement among people living with chronic pain in the UK: a two-phase mixed-methods approach. *BMJ Open*. 2024;14:e089676. doi: [10.1136/bmjopen-2024-089676](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089676)
11. Harrison D, Belton J, Birnie K. Partnering with people with lived experience in pain research. 17 January 2022. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/partnering-with-people-with-lived-experience-in-pain-research/>.
12. Eccleston C, Fisher E, Craig L, Duggan GB, Rosser BA, Keogh E. Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(6):CD010152. doi: [10.1002/14651858.cd010152.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.cd010152.pub2)
13. Morais C, Moyano J, Belton J, Moyo N. Global inequities in pain treatment: how future research can address this better. 18 January 2022. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/global-inequities-in-pain-treatment-how-future-research-can-address-this-better/>.
14. Brett J. A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. *Patient*. 2014;7(4):387-95. doi: [10.1007/s40271-014-0065-0](https://doi.org/10.1007/s40271-014-0065-0)

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