



Il dolore nelle popolazioni di rifugiati e sfollati

- **Amanda C de C Williams, PhD:** University College London, UK
- **Lester E Jones, PhD:** Singapore Institute of Technology, Singapore
- **Jordi Miró, PhD:** University Rovira i Virgili, Spain

Il dolore è spesso trascurato e sottotrattato nelle popolazioni vulnerabili, inclusi rifugiati e sfollati, spesso in Paesi limitrofi a basso o medio reddito. Anche coloro che vivono in Paesi ospitanti ad alto reddito, con sistemi sanitari solidi, incontrano notevoli ostacoli a una valutazione e a un trattamento adeguati del dolore.

La situazione dei rifugiati e degli sfollati

Gli sfollati fuggono dalle loro case a causa di conflitti, persecuzioni o disastri ambientali, in cui possono perdere familiari, case, mezzi di sussistenza e status legale. Queste esperienze traumatiche sono aggravate da condizioni di vita precarie, come la vita nei campi profughi, dove anche i beni di prima necessità, come alloggio e cibo, sono spesso insufficienti. Nei Paesi ad alto reddito, rifugiati e richiedenti asilo possono anche incontrare difficoltà come l'incertezza dello status giuridico e finanziario, l'alloggio temporaneo, limitazioni al lavoro e, in alcuni casi, la detenzione. A queste sfide si aggiunge la necessità di orientarsi in sistemi sanitari complessi e non familiari.

Molti sfollati sono sopravvissuti a gravi violazioni dei diritti umani, tra cui la tortura. Tuttavia, la tortura spesso non viene denunciata a causa di fattori quali sfiducia, barriere linguistiche, sentimenti di vergogna, stress traumatico e altre ragioni personali o culturali. I sopravvissuti alla tortura sperimentano comunemente una costellazione di sintomi, tra cui disturbo da stress post-traumatico, depressione e ansia. Questi sintomi interagiscono con il dolore creando condizioni croniche complesse e invalidanti ^[1]. L'isolamento sociale e la mancanza di supporto familiare possono peggiorare significativamente l'esperienza del dolore nelle popolazioni di rifugiati.

Il dolore nei rifugiati è spesso complesso e scarsamente correlato alla storia di lesioni o patologie sottostanti. Una valutazione approfondita è fondamentale a causa della maggiore probabilità di condizioni non trattate ma potenzialmente curabili. Le convinzioni della persona che soffre di dolore sulle sue cause possono differire significativamente da quelle

degli operatori sanitari. Sebbene possa non esserci un riconoscimento apparente di una componente psicologica del dolore, da parte della persona che soffre o dell'operatore sanitario, questa può essere implicita in un linguaggio non psicologico in alcuni modelli culturali di cattiva salute e dolore ^[1].

Cura del dolore per gli sfollati

La disponibilità di servizi specialistici per il dolore nei Paesi ospitanti varia notevolmente; molti non ne hanno. Nei campi profughi, l'assistenza sanitaria si concentra spesso principalmente sulla medicina d'urgenza, che può includere servizi psichiatrici o psicologici. Questi servizi sono in genere attrezzati per affrontare il dolore con chiare cause anatomopatologiche, ma raramente dispongono delle competenze, delle risorse o delle infrastrutture per gestire dolori più complessi. Inoltre, i servizi psichiatrici e psicologici forniti da organizzazioni umanitarie provenienti da Paesi ad alto reddito possono enfatizzare lo stress post-traumatico a scapito di altri problemi di salute e possono etichettare il dolore come "psicosomatico", precludendo un'adeguata indagine o trattamento delle condizioni dolorose.

Le prove sull'efficacia del trattamento del dolore nei rifugiati rimangono limitate, in particolare nei bambini e negli adolescenti ^[6]. In assenza di dati solidi, è necessario seguire le migliori pratiche per la valutazione e il trattamento, ma con considerazioni specifiche: fornire spiegazioni chiare e culturalmente attente al dolore; garantire un consenso pienamente informato (poiché tecnologie e pratiche potrebbero essere poco familiari o intimidatorie); e riconoscere la possibilità di condizioni mediche prevalenti nei Paesi a basso reddito ma raramente riscontrate nel Paese ospitante ^[1, 5].

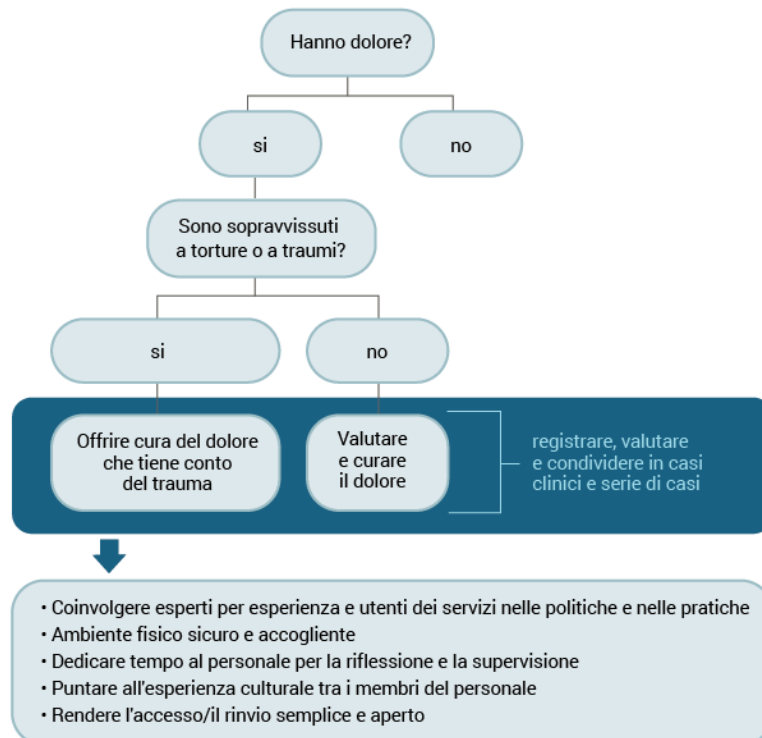
I medici dovrebbero chiedere informazioni sul dolore senza aspettare che siano i pazienti a sollevarlo ^[7; Figura 1]. Questo processo potrebbe richiedere interpreti, supporti visivi come disegni del corpo per una comunicazione chiara e tempo extra per garantire una comprensione accurata. I medici dovrebbero anche informarsi sulle esperienze dei pazienti, comprese le circostanze che circondano il loro sfollamento, come la perdita di persone care, case ed effetti personali, e il loro viaggio, spesso segnato da notevoli difficoltà, violenza e traumi ^[1,7]. Il dolore spesso ha significati complessi e culturalmente specifici, rendendo essenziale affrontare gli obiettivi del trattamento con sensibilità, tenendo conto delle convinzioni personali, culturali, spirituali e di salute. I rifugiati e gli sfollati dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione della loro assistenza sanitaria per evitare di perpetuare atteggiamenti coloniali su bisogni e soluzioni.

Laddove si sospetti tortura, i medici devono indagare con sensibilità, puntando a costruire la fiducia: la tortura mina la fiducia e, in alcuni casi, il personale sanitario è stato coinvolto nella tortura di una persona. ^[3,4] Costruire la fiducia richiede chiarezza sulla riservatezza, in particolare nelle situazioni in cui gli operatori sanitari potrebbero essere tenuti a raccogliere e condividere informazioni sullo stato civile o sul diritto ai servizi sanitari con le autorità per l'immigrazione.

La fisioterapia è spesso il trattamento per il dolore culturalmente più accettabile. La fisioterapia pratica può aiutare a ricostruire la fiducia e a promuovere il coinvolgimento se attuata secondo principi basati sulla psicologia o sulla comprensione del trauma ^[2,5]. Nei campi profughi psichiatri e psicologi, medici e infermieri dovrebbero essere formati nella valutazione e nella gestione del dolore, consentendo loro di offrire un supporto basato sull'evidenza scientifica alle persone in queste popolazioni vulnerabili.

È urgente condurre ricerche, inclusi studi di casi, per comprendere meglio la gestione del dolore, nonché l'adattamento e la riabilitazione a lungo termine, con o senza trattamento.

Figura 1: Per i pazienti rifugiati o sfollati



Bibliografia

1. Amris K, Jones LE, Williams ACdeC. Pain from torture: assessment and management. Pain Reports 2019;4(6):e794. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6903341/>
2. Dee JM, Gell N, van Eeghen C, Littenberg B. Physical therapy for survivors of torture: a scoping review. Torture Journal 2024;34(1):113-27. <https://tidsskrift.dk/torture-journal/article/view/138985/188965>
3. Haoussou K. When your patient is a survivor of torture. Br Med J 2016;355:i5019. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5019>
4. Kaur G. Chronic pain in refugee torture survivors. J Global Health 2017;7(2):010303. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5804708/>

5. McGowan E, Beamish N, Stokes E, Lowe R. Core competencies for physiotherapists working with refugees: a scoping review. *Physiotherapy*. 2020 Sep 1;108:10-21. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.004>
6. Roman-Juan J, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. Immigration background as a risk factor of chronic pain and high-impact chronic pain in children and adolescents: differences as a function of age. *Pain* 2024;165(6):1372-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38189183/>
7. Williams AD, Hughes J. Improving the assessment and treatment of pain in torture survivors. *BJA Education* 2020;20(4):133-8. [https://www.bjaed.org/article/S2058-5349\(20\)30003-2/fulltext](https://www.bjaed.org/article/S2058-5349(20)30003-2/fulltext)

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