



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

FACT SHEET

Creazione di servizi di gestione del dolore in contesti a basso e medio reddito

Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia

Fiona Blyth, MD, University of Sydney, Australia

Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Canada

Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam

BACKGROUND

La necessità di servizi di gestione del dolore in contesti a basso e medio reddito

Tutti i tipi di dolore – acuto, cronico e oncologico – sono sottotrattati a livello mondiale,⁹ nonostante i dati del Global Burden of Disease mostrino l'elevato carico di malattia non fatale dovuto a lombalgia e altre condizioni associate al dolore.¹² Nei Paesi a basso e medio reddito, questo carico è simile a quello dei Paesi ad alto reddito; in alcuni contesti, si prevede che il carico del dolore aumenterà con l'invecchiamento della popolazione. Inoltre, alcuni contesti a basso e medio reddito si trovano ad affrontare una sovradiagnosi del dolore e una gestione con cure di basso valore, danneggiando ulteriormente le persone che convivono con il dolore e creando sprechi nel sistema.^{13,15} Poiché i servizi per il dolore sono molto meno disponibili in contesti a basso e medio reddito, vi è un urgente bisogno di servizi per il dolore accessibili ed economici in questi contesti.

Tipologie di servizi di gestione del dolore

1. Servizio per il dolore acuto: questo servizio è solitamente gestito da anestesisti ed è principalmente dedicato al dolore postoperatorio acuto. Tuttavia, può anche essere gestito da infermieri e supervisionato da anestesisti.
2. Gestione del dolore oncologico: solitamente parte di un servizio di cure palliative, che può essere gestito da uno specialista del dolore, un anestesista, un oncologo, un medico o un chirurgo.

3. Centro di terapia del dolore: solitamente visita principalmente pazienti con dolore cronico non oncologico, ma può includere anche pazienti ambulatoriali con dolore oncologico; gestito da uno specialista del dolore o da qualsiasi operatore sanitario interessato alla gestione del dolore e con una formazione adeguata.

Idealmente, tutti i servizi per il dolore dovrebbero essere interdisciplinari, ovvero "trattamento multimodale fornito da un team multidisciplinare che collabora alla valutazione e al trattamento utilizzando un modello e obiettivi biopsicosociali condivisi". (Vedi la terminologia IASP per le definizioni di "multimodale" e "multidisciplinare").

Il team interdisciplinare dovrebbe comprendere medici di diverse specialità (ad esempio, anesthesiologia, medicina del dolore, neurologia, neurochirurgia, reumatologia, medicina riabilitativa, ortopedia, ecc.), psicologi clinici o psichiatri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, infermieri, farmacisti e altri professionisti sanitari competenti.¹⁰ Tuttavia, in realtà, molti dei gruppi di professionisti sanitari sopra menzionati potrebbero non essere nemmeno disponibili, e tanto meno lavorare nello stesso team interdisciplinare. Questo problema si riscontra in molti paesi a basso e medio reddito, così come in alcuni contesti di paesi ad alto reddito, come le popolazioni indigene rurali e remote.

SFIDE

Sistemi sanitari e politiche sanitarie

La gestione del dolore non è una priorità per la maggior parte dei governi e le risorse stanziare per supportare i servizi di assistenza al dolore sono scarse o inesistenti.² Inoltre, l'accesso ai farmaci antidolorifici, inclusi gli oppioidi, potrebbe essere limitato o inesistente, aggravato dalla paura degli oppioidi e dei loro effetti collaterali, nonché da convinzioni e atteggiamenti culturali nei confronti del dolore e della sua gestione.⁶ Politiche o strategie nazionali per la gestione del dolore sono pressoché inesistenti nei Paesi a basso e medio reddito. I servizi per il dolore in contesti con risorse limitate sono spesso limitati a specifiche tipologie di dolore o interventi e gestiti da singoli medici, ad esempio, per il sollievo dal dolore postoperatorio acuto, per la gestione del dolore oncologico attraverso servizi di cure palliative, blocchi nervosi e altri interventi.⁴

Risorse limitate

Nei contesti a basso e medio reddito vi è una generale mancanza di risorse – finanziarie, di spazio e di personale – e molti operatori sanitari svolgono più ruoli; pertanto, l'istituzione di un servizio per il dolore dovrebbe essere un'attività che va oltre le loro mansioni "principali". Inoltre, alcuni membri specifici del team interdisciplinare, ad esempio gli psicologi clinici, in particolare quelli con formazione ed esperienza adeguate nella gestione del dolore, potrebbero essere carenti o addirittura assenti.⁵

Uso continuato del modello biomedico per la gestione del dolore

Ciò è dovuto alla scarsa conoscenza della comprensione biopsicosociale del dolore e alla necessità di competenze interdisciplinari più ampie, soprattutto per il dolore cronico non oncologico. Inoltre, gli operatori sanitari potrebbero non possedere le competenze adeguate per implementare questo modello di cura meno familiare in contesti clinici di routine. Pertanto, gli approcci terapeutici si concentrano su fisioterapia passiva, farmaci e interventi sul dolore (ad esempio, blocchi nervosi, steroidi epidurali, ecc.) volti a fornire sollievo dal dolore. Sebbene questi possano essere appropriati per il dolore acuto e per alcuni tipi di dolore oncologico, sono inefficaci e possono persino essere dannosi per il dolore cronico non oncologico; inoltre, dirottano risorse preziose verso trattamenti inutili per molte persone affette da dolore.¹ D'altro canto, molti studi hanno dimostrato l'efficacia dell'approccio biopsicosociale fornito da un team interdisciplinare.⁷

SOLUZIONI

Attività di lobbying e advocacy

L'attività di lobbying per richiedere risorse per i servizi di trattamento del dolore può essere sostenuta presentando l'elevato carico di malattia non fatale derivante dalle condizioni associate al dolore, utilizzando i dati del Global Burden of Disease. Inoltre, è importante dimostrare l'impatto di una buona gestione del dolore a livello locale (ad esempio, riduzione delle complicanze postoperatorie con una buona gestione del dolore acuto, rientro anticipato al lavoro per i pazienti con dolore cronico), e la voce dei pazienti (persone con esperienza diretta) può essere molto incisiva. Vale anche la pena fare lobbying a livello governativo per ottenere cambiamenti nelle politiche sanitarie, ad esempio sostenendo l'istituzione di una politica nazionale sulla gestione del dolore, utilizzando esempi di politiche simili provenienti da altri Paesi^{3,11}, adattate ai contesti a basso e medio reddito. Anche gli amministratori sanitari devono essere formati per garantire che i finanziamenti disponibili siano destinati a interventi efficaci (cure ad alto valore) e non sprecati in interventi con risultati limitati (cure a basso valore).¹³

Formazione e istruzione

I medici pionieri che hanno istituito con successo servizi per il dolore in contesti a basso e medio reddito sono stati "campioni"⁵ appassionati, tenaci e innovativi, disposti a condividere le proprie esperienze; anche ottenere il supporto di colleghi e operatori sanitari di altre specialità è utile. Quando le risorse sono limitate e la gestione del dolore è una componente importante del lavoro, è fondamentale creare opportunità di formazione e istruzione adeguate per gli operatori sanitari che lavorano in servizi clinici in cui la gestione del dolore è una componente importante del lavoro. Ciò include la conoscenza e la comprensione del modello biopsicosociale del dolore e la competenza nell'applicazione di trattamenti basati sull'evidenza per diverse tipologie di dolore. Il trattamento

farmacologico, le terapie mirate al movimento e alla funzionalità e gli approcci di autogestione attiva del dolore sono tutti componenti importanti della formazione di coloro che lavorano in questi contesti. Ciò include la formazione multidisciplinare di tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle cliniche del dolore (ad esempio, non psicologi che forniscono informazioni ai pazienti sugli approcci psicologici alla gestione del dolore cronico).⁴

Gestione del dolore a livello di comunità

La gestione del dolore a livello di comunità è fondamentale come parte di un piano integrato per affrontare le crescenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi per il dolore in contesti a basso e medio reddito. I servizi di gestione del dolore a livello istituzionale sono costosi e spesso inaccessibili a molte persone con dolore in contesti con risorse insufficienti.^{4,14} La gestione del dolore a livello di comunità è conveniente, promuove l'intervento precoce, offre opportunità per migliorare la continuità delle cure e rafforza le persone attraverso l'esperienza vissuta del dolore e le loro comunità, poiché consente opzioni di gestione del dolore in contesti vicini a dove vivono. Pertanto, il decentramento dei servizi di gestione del dolore e la loro integrazione nelle strutture di assistenza primaria e comunitaria dovrebbero essere prioritari nei sistemi sanitari con risorse insufficienti. Questo approccio sfrutta le risorse locali e le strutture sanitarie esistenti per estendere l'assistenza alle popolazioni svantaggiate (ad esempio, comunità rurali e remote). Pertanto, i sistemi sanitari nei contesti a basso e medio reddito dovrebbero innovare le strategie per sfruttare la forza lavoro esistente, come gli operatori sanitari di comunità, nella gestione essenziale del dolore, inclusi screening e segnalazioni. Gli investimenti in approcci di gestione del dolore basati sulla comunità offrono soluzioni alternative per affrontare il crescente peso delle condizioni di dolore nei contesti a basso e medio reddito. L'approccio alla gestione del dolore basato sulla comunità è inoltre in linea con gli sforzi globali per promuovere la copertura sanitaria universale e l'equo accesso ai servizi sanitari.⁸

CONSIGLI PRATICI PER IL SUCCESSO

Esempi di servizi interdisciplinari per il dolore di successo istituiti in contesti a basso e medio reddito sono disponibili nel Capitolo 5 del Manuale IASP Multidisciplinary Pain Center.¹⁰

Alcuni consigli pratici per coloro che desiderano istituire servizi per il dolore in contesti a risorse limitate:

- 1. La formazione è essenziale:** coloro che desiderano istituire servizi per il dolore dovrebbero ricevere una formazione di base fondata sul modello biopsicosociale per comprendere il ruolo delle diverse specialità nel team e sottolineare l'approccio globale alla gestione del dolore.
- 2. Perseveranza e determinazione sono fondamentali:** in molti contesti a basso e medio reddito, la gestione del dolore si è tradizionalmente basata su trattamenti monomodali. Il

passaggio a un approccio multidisciplinare può rappresentare un cambiamento culturale e questo processo richiede tempo e impegno significativi per avere successo.

3. Avere un team è fondamentale: data la natura multiforme del dolore cronico, la sua gestione richiede il contributo di diverse specialità. Inoltre, l'istituzione di un servizio multidisciplinare per il dolore richiede molto tempo e impegno, che non possono essere svolti da una singola persona. Inizia a costruire il team condividendo ciò che stai facendo con i colleghi e lascia che siano loro a venire da te con una buona comprensione di cosa aspettarsi e di come possono contribuire.

4. Sono necessari tutoraggio e supporto: in molti contesti a basso e medio reddito, la gestione del dolore non è ancora riconosciuta come un campo medico specializzato, né tantomeno come un servizio interdisciplinare. L'implementazione di un tale servizio potrebbe richiedere cambiamenti nelle politiche. Pertanto, contattare persone con influenza a livello locale e internazionale è fondamentale per sostenere la tua causa e amplificare i tuoi sforzi.

Bibliografia

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: [10.2519/jospt.2022.10788](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10788)
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: [10.1097/j.pain.0000000000003369](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003369). PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87-94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.

7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444)
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)70154-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70154-3)
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ.* 2018 Sep;18(9):265-270. doi: [10.1016/j.bjae.2018.05.006](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006). Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.
11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsang.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000454](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454). PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low-and Middle-Income Countries Series. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: [10.2519/jospt.2024.12406](https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406)
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 153-155. doi: [10.1093/bja/aev449](https://doi.org/10.1093/bja/aev449)
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. *BMJ Global Health* 2022;7:e008696. doi:10.1136/ bmjgh-2022-008696

Revisori del documento

- Lester Jones, MScMed(PM), Singapore Institute of Technology, Singapore
- Margarita Calvo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
- Saurab Sharma, PhD, Royal North Shore Hospital, Australia

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