



Migliorare l'assistenza al dolore per le popolazioni culturalmente diverse nei Paesi ad alto reddito

- **Chinonso Igwesi-Chidobe, PhD:** School of Allied Health Professions and Midwifery, Faculty of Health Studies, University of Bradford, Bradford, United Kingdom; Global Population Health (GPH) Research Group, University of Nigeria, Nsukka, Nigeria
- **Saurab Sharma, PhD:** Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, Northern Sydney Local Health District; Pain Management Research Institute, Kolling Institute, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney and Northern Sydney Local Health District; School of Health Sciences, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales; Centre for Pain IMPACT, Neuroscience Research Australia, Sydney, Australia
- **Ursula Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.):** Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, USA

Introduzione

Nel contesto di questa scheda informativa, per popolazioni culturalmente diverse si intendono le popolazioni indigene e aborigene, le comunità di immigrati, i rifugiati e le comunità religiose. A livello mondiale, ci sono più di 150 milioni di lavoratori migranti internazionali le cui principali destinazioni sono i Paesi ad alto reddito del Nord America, dell'Europa settentrionale, meridionale e occidentale e del Medio Oriente.^{1,2} All'interno di questa popolazione ci sono 11,5 milioni di lavoratori domestici, di cui la maggioranza sono donne.³ Nella regione Asia-Pacifico, due terzi di tutta la migrazione avviene intraregionalmente e ha registrato un aumento costante dalla fine del XX secolo, raggiungendo i 65 milioni nel 2019.^{4,5}

L'assistenza alle popolazioni culturalmente diverse, in particolare nei Paesi ad alto reddito, è fondamentale perché hanno un elevato carico di malattie e sperimentano le maggiori disuguaglianze sanitarie, tra cui l'inaccessibilità alle cure, trattamenti diseguali, culturalmente inappropriati o inefficaci e scarsi risultati clinici.⁶⁻¹¹ I bisogni sanitari e il benessere delle popolazioni di lavoratori migranti sono rimasti una preoccupazione di salute pubblica trascurata e esistono pochi dati sul dolore cronico in questo gruppo.^{5,12}

L'assistenza alle popolazioni culturalmente diverse deve essere pianificata e implementata specificamente per raggiungere l'obiettivo di sviluppo sostenibile³. “Buona salute e benessere per tutti.”

Le disuguaglianze nell'onere del dolore cronico e nella sua gestione sono significative e particolarmente sproporzionate per le popolazioni culturalmente diverse nei Paesi ad alto reddito. Ad esempio, nel Regno Unito (UK), le persone di colore hanno il peso maggiore di dolore cronico in termini di prevalenza, gravità e limitazioni funzionali.¹³ Nel Regno Unito e negli Stati Uniti d'America (USA), i pazienti di colore sono i più propensi a segnalare esperienze di trattamento scadenti a causa di barriere legate alla comunicazione, raccomandazioni di trattamento non ottimali e utilizzo di strumenti/interventi culturalmente insensibili.^{14–17} Ad esempio, la percezione che i pazienti di colore necessitino di meno sollievo dal dolore ha contribuito in particolare alla disuguaglianza nella gestione del dolore per questi pazienti nei Paesi ad alto reddito.^{18–21} Rispetto alle persone non indigene, le persone indigene in tutto il mondo hanno una maggiore prevalenza di condizioni dolorose invalidanti (ad esempio, mal di schiena), che hanno un impatto sul benessere e sull'identità culturale e possono essere iatrogene.^{22,23} Nonostante ciò, incontrano barriere nell'accesso ai servizi sanitari occidentali a causa di insicurezze culturali, mancanza di consapevolezza della disponibilità dei servizi, razzismo e discriminazione, tra gli altri. Il risultato è una mancanza di fiducia e una comunicazione inadeguata con gli operatori sanitari, che contribuiscono a scarsi risultati clinici.²³

Di seguito vengono esaminate le attuali sfide per l'assistenza alle popolazioni culturalmente diverse nei paesi ad alto reddito e vengono proposte potenziali soluzioni.

Sfide attuali

Comunicazione e barriere culturali

Le barriere comunicative influiscono sull'assistenza alle persone culturalmente diverse, poiché spesso esistono differenze linguistiche tra pazienti e operatori sanitari di diversa provenienza. L'incapacità degli operatori sanitari di comprendere appieno le esperienze di dolore di questi pazienti porta a un'assistenza non ottimale e di scarso valore.²⁴

Le espressioni del dolore culturalmente specifiche, ma importanti per i pazienti, possono essere ignorate, con conseguente insoddisfazione per l'assistenza. Nella cultura Igbo della Nigeria, non esiste una parola specifica per la depressione e le persone con lombalgia cronica usano spesso la parola "stanchezza" per spiegare la loro depressione, il che può influenzare le strategie di coping.^{25–30} Nella cultura coreana, l'uso di parole somatiche per spiegare gli stati emotivi innesca una maggiore empatia rispetto all'uso di parole emotive, il che suggerisce una certa influenza culturale della somatizzazione.^{31,32}

L'irrelevanza di molti strumenti di valutazione per i pazienti culturalmente diversi può avere un impatto sull'assistenza. Ad esempio, le scale numeriche di valutazione del dolore non

sono utili tra le persone di lingua nepalese, tra le quali si preferiscono le opzioni di valutazione verbale e facciale.³³ Allo stesso modo, la scala analogica visiva ha un'utilità clinica limitata tra i pazienti nigeriani rurali con lombalgia cronica.^{25,34} Le pratiche di guarigione religiose, spirituali, tradizionali e culturali possono essere in conflitto con gli approcci medici occidentali.³⁵ Il coinvolgimento della famiglia nel processo decisionale clinico è comune in molte culture non occidentali, il che potrebbe ostacolare la moderna gestione medica e, in definitiva, l'aderenza al trattamento e l'autogestione.

Problemi strutturali

La limitata competenza culturale degli operatori sanitari influisce negativamente sulla pertinenza e sulla qualità dei servizi di gestione del dolore per popolazioni culturalmente diverse.^{36,37} In molti Paesi ad alto reddito, spesso sono troppo pochi i medici provenienti da contesti culturalmente diversi che comprendano i contesti culturali di comunità culturalmente diverse. Un altro problema importante è la mancanza di inclusione di popolazioni culturalmente diverse nella ricerca clinica e negli studi clinici nei Paesi ad alto reddito; pertanto, le attuali evidenze difficilmente si applicano a questi individui.³⁸ Ciò lascia i medici con una comprensione limitata dell'idoneità, dell'accettabilità, dell'efficacia e della sicurezza degli interventi in questa popolazione, con conseguente trattamento non ottimale e accesso ridotto o ritardato a nuovi interventi.

La via da seguire

Formazione obbligatoria sulle competenze culturali

È necessaria una formazione obbligatoria sulle competenze culturali per tutti i clinici del dolore, per una valutazione e una gestione efficaci di popolazioni culturalmente diverse.³⁹ Alcuni Paesi come la Nuova Zelanda e l'Australia richiedono una formazione sulle competenze culturali come requisito per ottenere e mantenere l'abilitazione professionale. La formazione deve sviluppare capacità di comunicazione interculturale, un'efficace integrazione degli interpreti medici nelle visite cliniche e la comprensione delle variazioni culturali nell'espressione del dolore e nei meccanismi di coping tra popolazioni culturalmente diverse, riconoscendo al contempo le differenze individuali all'interno delle culture. Ciò può portare a un miglioramento della comunicazione, della fiducia, dell'aderenza al trattamento e dei risultati clinici. Sugeriamo una valutazione sistematica, pratica ed esperienziale della formazione sulle competenze culturali, il cui impatto può essere indagato in studi prospettici, piuttosto che un esercizio di selezione in cui i clinici, ad esempio, devono compilare domande a risposta multipla per ottenere l'abilitazione.

Sviluppo della forza lavoro attraverso la formazione di medici culturalmente diversi

Aumentare il numero di medici culturalmente diversi che parlano la lingua dei loro pazienti e ne comprendono il contesto culturale può migliorare l'alleanza terapeutica e i risultati del

trattamento per popolazioni culturalmente diverse.³⁹ La concordanza razziale ed etnica tra pazienti e medici del dolore migliora la comunicazione e i risultati sanitari.

Coinvolgimento della comunità per garantire l'appropriatezza delle cure per persone culturalmente diverse

Medici e ricercatori devono utilizzare misure di esito culturalmente appropriate, affidabili e valide nella pratica clinica.^{40,41} Le scale di valutazione dei volti e le scale di valutazione verbale tendono ad essere preferite e sono associate a meno errori rispetto alle scale di valutazione numerica e alle scale analogiche visive in alcune culture non occidentali, in particolare negli anziani e in coloro che hanno un'istruzione limitata.^{25,33} La formazione può essere accettabile ed efficace se sviluppata congiuntamente con comunità culturalmente diverse, poiché i messaggi saranno pertinenti e comprensibili.⁴² Pratiche terapeutiche tradizionali efficaci e sicure possono essere integrate nei servizi di gestione del dolore per migliorare la sensibilità culturale.^{27,28}

Considerazioni politiche

Sostenere un'assistenza clinica equa, di alto valore e culturalmente sensibile a livello nazionale e istituzionale e scoraggiare l'assistenza non basata sull'evidenza e di basso valore è fondamentale per migliorare l'assistenza alle comunità culturalmente diverse. Lo sviluppo congiunto di risorse educative sul dolore in più lingue per promuovere una più profonda comprensione del dolore e dell'autogestione tra comunità culturalmente diverse può rafforzarle e contribuire a migliorare l'autogestione del dolore. L'inclusione di programmi di ricerca su popolazioni culturalmente diverse nei programmi di finanziamento dovrebbe essere una priorità per migliorare l'assistenza a queste popolazioni. Le questioni critiche oggetto di ricerca potrebbero essere l'adattamento culturale delle misure di esito riferite dai pazienti, la co-progettazione e la sperimentazione di interventi sul dolore culturalmente appropriati che tengano conto delle prove scientifiche, della teoria e del contesto.^{43,44}

Conclusione

Sono necessari approcci completi, basati sull'evidenza, multidimensionali e multilivello che coinvolgano decisori politici, operatori sanitari, ricercatori, sistemi sanitari e comunità per migliorare l'assistenza alle popolazioni culturalmente diverse nei paesi ad alto reddito. Non si tratta di un approccio unidirezionale, ma di un percorso logico e necessario affinché culture diverse possano imparare le une dalle altre, riconoscendo e rispettando i diversi modi di vivere, esprimere e gestire il dolore.

Bibliografia

1. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(7):e872-e882.
2. International Labour Organisation. *ILO Global Estimates on Migrant Workers*.; 2015. Available at: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf. Accessed 6 June 2025.
3. World Health Organisation. *Women on the Move: Migration, Care Work and Health*.; 2017. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513142>. Accessed 6 June 2025.
4. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. *Asia-Pacific Migration Report 2020: Assessing Implementation of the Global Compact for Migration*.; 2020. Available at: <https://www.unescap.org/resources/asia-pacific-migration-report-2020>. Accessed 6 June 2025.
5. Chan J, Dominguez G, Hua A, Garabiles M, Latkin CA, Hall BJ. The social determinants of migrant domestic worker (MDW) health and well-being in the Western Pacific Region: A Scoping Review. *PLOS Glob Public Heal*. 2024;4(3):e0002628. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002628>
6. MacKinnon NJ, Emery V, Waller J, et al. Mapping health disparities in 11 high-income nations. *JAMA Netw open*. 2023;6(7):e2322310-e2322310. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22310>
7. Marcus K, Balasubramanian M, Short S, Sohn W. Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Aust N Z J Public Health*. 2022;46(1):7-9. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13190>
8. Khatri RB, Assefa Y. Access to health services among culturally and linguistically diverse populations in the Australian universal health care system: issues and challenges. *BMC Public Health*. 2022;22(1):880. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13256-z>
9. Hernández A, Ruano AL, Marchal B, San Sebastián M, Flores W. Engaging with complexity to improve the health of indigenous people: a call for the use of systems thinking to tackle health inequity. *Int J Equity Health*. 2017;16:1-5. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0521-2>
10. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, Seenan C, Blane DN. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J Pain*. 2023;17(5):479-490. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
11. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *Eur Sociol Rev*. 2017;33(1):137-153. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw019>
12. Urrego-Parra HN, Rodriguez-Guerrero LA, Pastells-Peiro R, et al. The health of migrant agricultural Workers in Europe: a scoping review. *J Immigr Minor Heal*. 2022;24(6):1580-1589. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01330-y>

13. England PH. Chronic Pain in Adults 2017: Health Survey for England. Published online 2020. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940858/Chronic_Pain_Report.pdf. Accessed 6 June 2025.
14. Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain Manag.* 2019;9(3):317-334. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0030>
15. Bazargan M, Loeza M, Ekwegh T, et al. Multi-Dimensional Impact of Chronic Low Back Pain among Underserved African American and Latino Older Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7246. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147246>
16. Burton AE, Shaw RL. Pain management programmes for non-English-speaking black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care.* 2015;13(4):187-203. <https://doi.org/10.1002/msc.1099>
17. Robinson-Lane SG, Booker SQ. Culturally responsive pain management for Black older adults. *J Gerontol Nurs.* 2017;43(8):33-41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170224-03>
18. 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. *Proc Natl Acad Sci.* 2016;113(16):4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
19. Schoenthaler A, Williams N. Looking Beneath the Surface: Racial Bias in the Treatment and Management of Pain. *JAMA Netw Open.* 2022;5(6):e2216281-e2216281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.16281>
20. Akinlade O. Taking black pain seriously. *N Engl J Med.* 2020;383(10):e68. <https://doi.org/10.1056/nejmpv2024759>
21. Strand NH, Mariano ER, Goree JH, et al. Racism in pain medicine: we can and should do more. In: *Mayo Clinic Proceedings.* Vol 96. Elsevier; 2021:1394-1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.030>
22. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002654>
23. Struyf N, Vanwing T, Jacquet W, Ho-A-Tham N, Dankaerts W. What do we know about Indigenous Peoples with low back pain around the world? A topical review. *Scand J Pain.* 2024;24(1):20230114. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0114>
24. Okolo CA, Babawarun O, Olorunsogo TO. Cross-cultural perspectives on pain: a comprehensive review of anthropological research. *Int J Appl Res Soc Sci.* 2024;6(3):303-315. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i3.888>
25. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. "A life of living death": the experiences of people living with chronic low back pain in rural Nigeria. *Disabil Rehabil.* 2017;39(8). <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161844>
26. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Kitchen S, Godfrey EL. Unconventional Practitioners' Causal Beliefs and Treatment Strategies for Chronic Low Back Pain in Rural Nigeria. *Heal Serv Insights.* 2018;11. <https://doi.org/10.1177/1178632918808783>

27. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA, Ozumba B. The coping strategies employed by individuals with chronic low back pain: secondary qualitative analysis of data from diverse adult populations in two sub-Saharan African countries. *Front Rehabil Sci.* 2024;5:1442789. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1442789>
28. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA. Adaptive coping strategies for rehabilitation of people with non-specific chronic lower back pain or non-specific chronic neck pain. *Front Rehabil Sci.* 2025;6:1551777. <https://doi.org/10.3389/fresc.2025.1551777>
29. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Only two subscales of the Coping Strategies Questionnaire are culturally relevant for people with chronic low back pain in Nigerian Igbo populations: a cross-cultural adaptation and validation study. *J Patient-Reported Outcomes.* 2021;5:1-16. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00367-1>
30. Igwesi-Chidobe CN, Muomah RC, Sorinola IO, Godfrey EL. Detecting anxiety and depression among people with limited literacy living with chronic low back pain in Nigeria: adaptation and validation of the hospital anxiety and depression scale. *Arch Public Heal.* 2021;79(1):72. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00586-4>
31. Choi E, Chentsova-Dutton Y, Parrott WG. The effectiveness of somatization in communicating distress in Korean and American cultural contexts. *Front Psychol.* 2016;7:383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383>
32. Ma-Kellams C. Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: a review of the literature and directions for future research. *Front Psychol.* 2014;5:1379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01379>
33. Pathak A, Sharma S, Jensen MP. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain reports.* 2018;3(5). <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000672>
34. Igwesi-Chidobe CN, Coker B, Onwasigwe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Biopsychosocial factors associated with chronic low back pain disability in rural Nigeria: A population-based cross-sectional study. *BMJ Glob Heal.* 2017;2(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000284>
35. Sharma S, Pathak A, Parker R, et al. 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. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2024;54(8):560-572. <https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406>
36. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
37. Flynn PM, Betancourt H, Emerson ND, Nunez EI, Nance CM. Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2020;26(3):271. <https://doi.org/10.1037/cdp0000295>
38. Henley P, Martins T, Zamani R. Assessing ethnic minority representation in fibromyalgia clinical trials: a systematic review of recruitment demographics. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(24):7185. <https://doi.org/10.3390/ijerph20247185>

39. Nair L, Adetayo OA. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast Reconstr Surgery–Global Open*. 2019;7(5):e2219.
<https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
40. Lor M, Hammes AM, Arcia A. Development of a culturally appropriate faces pain intensity scale for Hmong patients. *Pain Med*. 2024;25(1):89-92.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnad109>
41. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0): development and validation of the Nigerian Igbo version in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 Nov 17;21(1):755. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03763-8>
42. Sharma S, Jensen MP, Moseley GL, Abbott JH. Results of a feasibility randomised clinical trial on pain education for low back pain in Nepal: the Pain Education in Nepal-Low Back Pain (PEN-LBP) feasibility trial. *BMJ Open*. 2019;9(3):e026874.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026874>
43. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Igbo Brief Illness Perceptions Questionnaire: A Cross-cultural adaptation and validation study in Nigerian Populations with Chronic Low Back Pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(3):399-411.
<https://doi.org/10.3233/bmr-191687>
44. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. Evidence, theory and context: Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care setting-the good back program. *BMC Public Health*. 2020;20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8392-7>

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