



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**IL DOLORE NEL BINOMIO INFERMIERE-PAZIENTE ATTRAVERSO IL  
MODELLO TRANSCULTURALE**

Relatrice: Dott.ssa Sonia Marcante

Laureanda: Marta Cvetkovic

Anno accademico 2022-2023



## **ABSTRACT**

**Background.** Con la crescente multiculturalità delle società odierne, l'attenzione all'approccio culturale nell'assistenza sanitaria è diventata imperativa. Questa revisione di letteratura esplora l'importanza di adottare un approccio culturalmente sensibile nella valutazione e gestione del dolore, concentrandosi sul ruolo essenziale degli infermieri in questa dinamica. Il riconoscimento delle diverse manifestazioni e percezioni del dolore in individui di culture differenti è fondamentale per fornire un'assistenza adeguata ed efficace.

**Obiettivo e Metodo.** L'obiettivo principale di questa revisione è sensibilizzare gli infermieri sull'importanza di comprendere e rispettare le sfumature culturali legate all'esperienza del dolore. Inoltre, si intende fornire agli infermieri strumenti pratici per valutare in modo accurato il dolore nei pazienti di diverse culture. La revisione si basa su un'analisi approfondita della letteratura scientifica disponibile, includendo studi che esplorano l'impatto delle differenze culturali sulla percezione del dolore e l'efficacia degli approcci culturalmente sensibili.

**Risultati.** Dai dati emergono sfide significative nell'uniformità dell'approccio alla gestione del dolore a causa delle influenze culturali. L'uso di stereotipi culturali predefiniti può ostacolare la comunicazione efficace e la comprensione. L'adozione di un approccio flessibile, che tenga conto delle peculiarità individuali, risulta quindi cruciale. Inoltre, emergerà l'importanza delle scale di misura ad hoc per valutare il dolore interculturale, con la "Facial Pain Scale" che si distingue per la sua affidabilità e adattabilità. Questa scala non verbale permette una valutazione accurata superando le barriere linguistiche e culturali.

**Discussioni.** L'approccio culturale alla gestione del dolore non solo facilita una migliore comprensione tra infermieri e pazienti, ma influisce positivamente sull'efficacia dei trattamenti e sulla riduzione dell'ansia legata al dolore. L'utilizzo della "Facial Pain Scale" e di strumenti analoghi rappresenta un passo concreto verso una valutazione più accurata e sensibile. Educare gli infermieri sulle sfumature culturali e promuovere l'uso di queste scale diventano fondamentali nell'ottica di un'assistenza completa e centrata sul paziente.

**Conclusioni.** In conclusione, questa revisione di letteratura sottolinea l'urgenza di un approccio culturale nell'assistenza al dolore. Gli infermieri possono svolgere un ruolo cruciale nell'assicurare un'assistenza più efficace e rispettosa delle diverse culture, attraverso l'integrazione di strumenti come la "Facial Pain Scale" e un impegno continuo nell'approfondire la conoscenza delle differenze culturali e quanto questo incida su una

buona assistenza e tempestività nella rilevazione, monitoraggio e successiva gestione del dolore. L'adozione di un approccio culturale si rivela essenziale per promuovere l'autonomia dell'infermiere e garantire un'assistenza di alta qualità in contesti sempre più diversificati culturalmente.

**Parole Chiave:** transculturalità, dolore, percezione del dolore, misurazione/rilevazione del dolore, scale del dolore, gestione del dolore, cultura, nursing, infermiere, nursing transculturale, cultura (antropologica), antropologia culturale, atteggiamento dell'infermiere.

**Keywords:** cross-cultural, pain, pain perception, pain measurement/assessment, pain scale, pain management, culture, nursing, nurse, transcultural nursing, culture (anthropological), cultural anthropology, nurse attitude.

## **INDICE**

INTRODUZIONE	1
<b>Capitolo 1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEI CONTESTI</b>	<b>3</b>
1.1 Alcune definizioni di base	4
1.2 Modalità e strumenti di rilevazione del dolore	5
1.3 Dati demografici	6
1.4 Rilevanza del problema per la professione infermieristica	6
<b>Capitolo 2. MATERIALI E METODI</b>	<b>9</b>
2.1 Obiettivo della ricerca	9
2.2 Quesito di ricerca	9
2.3 Fonti dei dati e criteri di selezione dei materiali	10
<b>Capitolo 3. RISULTATO DELLA RICERCA</b>	<b>13</b>
3.1 Elementi che influenzano la percezione del dolore: l'ottica transculturale	13
3.1.1 La concettualizzazione del dolore	14
3.1.2 Autoefficacia e dolore: il ruolo della mente nel controllo del dolore	15
3.1.3 Ambiente e percezione del dolore: un'analisi delle differenze intra-etniche	16
3.1.4 Credenze e componente religiosa in relazione alla percezione dolore	17
3.2 L'intensità del dolore riportato: cosa lo influenza	18
3.3 Le scale di valutazione del dolore in un'ottica transculturale	20
3.4 Scelte nel trattamento del dolore al variare della cultura	23
3.5 Bias del professionista sanitario dovuti al suo background culturale	23
<b>Capitolo 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE</b>	<b>27</b>
4.1 Discussione dei risultati	27
4.2 Limite della ricerca	29
4.3 Implicazioni per le ricerche future	29
4.4 Conclusione	30
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>31</b>
<b>ALLEGATO: Tabella sinottica degli articoli utilizzati nella tesi</b>	



## INTRODUZIONE

Il dolore è una delle circostanze della vita che più ci distanzia e che forse più ci unisce. Esso è un sintomo, un'esperienza soggettiva<sup>1</sup> che colpisce ogni individuo nel corso della vita. In ambito sanitario, spesso purtroppo è presente, in quanto data la sua natura si manifesta come una sentinella di possibili patologie o in realtà anche di semplice funzione dell'organismo, in risposta a determinati stimoli.

Il dolore non grava solamente sui pazienti, cioè coloro che lo sperimentano in prima persona, ma anche sulle loro famiglie, sugli amici, su chi si prende cura di loro (es. i caregiver) e, in definitiva, sull'intera società.

Si calcola che circa un quinto della popolazione mondiale sia afflitta da dolore cronico<sup>2</sup>, il che ammonta a circa 1,4 miliardi di persone e in ambito sanitario non mancano le persone che avvertono un dolore acuto.

La presenza del dolore rappresenta uno dei motivi più diffusi che spingono le persone a cercare assistenza medica<sup>3</sup> e a lasciare prematuramente il mondo del lavoro, contribuendo in ultima analisi alle richieste di pensionamento per disabilità<sup>4</sup>. Nonostante i decessi causati dal dolore siano relativamente rari, molte persone perdurano nella sofferenza e molte altre vivono insieme ad esso.

Le persone, che accedono ai servizi sanitari a causa del dolore, non sempre appartengono culturalmente alla regione in cui si trovano, soprattutto oggi dove i flussi migratori e la globalizzazione hanno reso la società un *melting pot*<sup>5</sup> di culture. In Italia, per esempio oggi vivono circa 5.030.716 stranieri. Il dolore stesso, essendo influenzato anche dalla cultura, è difficile da comprendere nella sua interezza soprattutto se ci si trova di fronte a barriere linguistiche e a vissuti di vita e/o malattia che modificano a loro volta la percezione dello stimolo doloroso, della sua trasmissione e della sua manifestazione.

Nella società odierna non è più possibile pensare, come professionisti sanitari, al dolore come “semplicemente” un qualcosa da rilevare, monitorare e gestire, senza considerarne appunto i meccanismi e i fattori che lo regolano. Bisogna riflettere su tutto ciò che lo regola

---

<sup>1</sup> Benedetti, F., 2020, Il dolore: dieci punti chiave per comprenderlo. Carrocci editore, p.11.

<sup>2</sup> Goldberg, D.S. and McGee, S.J., 2011, Pain as a Global Public Health Priority. BMC Public Health, 11, 770.

<sup>3</sup> Gureje, O., Simon, G.E., Von Korff, M., 2001, A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. Pain. 92: 195-200.

<sup>4</sup> Saastamoinen, P. et al., 2012, Pain and disability retirement: a prospective cohort study.

<sup>5</sup> Con il termine si intende quella società che vive e permette la commistione di individui di origini, religioni e culture diverse con il risultato di costruire un'identità condivisa.

e lo condiziona, in modo tale da poter agire il più correttamente possibile di fronte al dolore altrui, a maggior ragione in situazioni in cui non lo si può comprendere a parole.

La scelta di centrare il lavoro di tesi su questo tema è maturata a seguito di varie esperienze personali, tra cui l'attività di tirocinio curricolare (in cui mi sono trovata molto spesso a interagire con pazienti di culture differenti che si ritrovavano purtroppo piuttosto sole nel loro dolore), e un'esperienza Erasmus in Germania (in cui io stessa mi sono dovuta recare sola in Pronto Soccorso a seguito di una colica renale dove mi sentivo incompresa nel mio dolore). Inoltre, la transculturalità è un tema che ho molto a cuore, in quanto io stessa mi considero parte di questo processo. I miei genitori sono di origine croata ed io nascendo in Italia ho avuto la possibilità di sperimentare sulla mia pelle, concretamente, questo concetto ed infine ma non meno importante, il mio interesse nell'esplorare questo argomento per una futura espansione professionalizzante.

Mi sono interrogata su quale fosse l'approccio e le modalità con cui un Infermiere possa interfacciarsi con il dolore altrui, soprattutto quello provato da persone di appartenenza culturale differente, e su quali fossero le scale di valutazione più adeguate per monitorare e registrare questo sintomo, tutto questo supportato dalle evidenze scientifiche in materia.

L'obiettivo dell'Infermiere nell'assistenza, ad una persona che avverte dolore, dovrebbe rispecchiare le parole di Madleine Leiniger, pioniera<sup>6</sup> del nursing transculturale, che qui riporto:

*Per operare in maniera efficace con le persone appartenenti a culture diverse, occorre innanzitutto essere consapevoli della propria eredità culturale, in modo che possa servire come strumento per comprendere le altre culture. Questa comprensione dovrebbe permettere di rispettare le differenze e le somiglianze, al fine di conoscere e di reagire in modo appropriato a quel dono meraviglioso che è la diversità tra gli esseri umani.*

Come professionisti sanitari bisogna dunque avere la volontà di conoscere e di provare a comprendere, anche nel dolore.

---

<sup>6</sup> Leiniger, M. (1997), Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and practice: 40 Years. Image: the Journal of Nursing Scholarship, 29: 341-348. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01053.x>

## Capitolo 1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEI CONTESTI

### 1.1 Alcune definizioni di base

Il *dolore*. Sebbene sia una parola di uso comune e di cui intuitivamente si possa dare una definizione più o meno completa in qualsiasi fase della vita è corretto allinearsi in modo tale da avere chiaro cosa si intende effettivamente con questo termine. Non vi è attualmente una definizione condivisa in maniera unanime, bensì ognuno ha cercato di ampliare e perfezionare sempre più questa spiegazione.

Una delle proposte proviene dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) nel 1979 che lo definisce come: *un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno*.

Nel 2018, la IASP ha pensato di procedere alla revisione di questa definizione, allo scopo di introdurre delle variazioni che descrivano in modo ancora più accurato quella che è l'esperienza del dolore.

Nella fattispecie viene migliorata inserendo sei note integrative e aggiungendo inoltre l'etimologia della parola dolore:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

*Etimologia di "pain": Middle English, dal latino poena (pena, punizione), a sua volta dal πῶνις greco (pagamento, penalità, ricompensa).*

La *cultura* e l'*etnicità*. Nell'uso comune spesso questi due termini vengono utilizzati come sinonimi e per definirli anche in letteratura non sempre vengono ben distinti, il che a volte genera confusione. L'*etnia* è stata definita come l'insieme delle origini distintive condivise

o il background sociale e le tradizioni di un gruppo di persone che le tramandano di generazione in generazione. Queste insieme determinano un senso di identità che può comprendere una lingua e una religione comuni.<sup>7</sup> L'etnia è fluida e non deve essere confusa con la nazionalità, la migrazione o la razza.

La cultura invece si riferisce a modelli esplicativi, credenze, valori e costumi.<sup>8</sup> Questi modelli possono essere informati ed espressi in elementi come la dieta, l'abbigliamento o i rituali, o sotto forma di lingua e sistemi sociali o politici. Anche la cultura può essere fluida, in quanto si sviluppa nella vita delle persone anche a seguito delle relazioni che queste hanno con il mondo esterno.<sup>9</sup>

La *transculturalità*. Termine coniato per tradurre il termine inglese cross cultural, che indica più propriamente l'incrociarsi di varie culture, e usato nelle scienze sociali, specialmente in antropologia culturale e sociologia, con riferimento alla reciproca influenza che culture diverse hanno sui comportamenti individuali e collettivi.<sup>10</sup>

Il *Nursing transculturale*. È una disciplina pratica che si prefigge di rispondere al bisogno di assistenza del paziente, ma non deve prescindere dallo studio e dalla conoscenza della persona assistita, con la sua storia, la sua cultura, ma anche con le sue aspettative, per rispondere ai suoi bisogni assistenziali con efficacia, efficienza, adeguatezza e rispetto. L'approccio transculturale permette l'annullamento dell'estraneità, affronta il problema dell'alterità culturale, tanto nel momento diagnostico chiedendosi di quale problema infermieristico soffre la persona, tanto in quello prescrittivi, chiedendosi come può aiutarlo.

## **1.2 Modalità e strumenti di rilevazione del dolore**

In base a quanto stabilito dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche<sup>11</sup> e a quanto presente nelle attività cliniche ci si trova a dover documentare, monitorare e a gestire il dolore. Il primo passo da effettuare però è sempre la valutazione, dove quest'ultima deve essere possibilmente misurata e validata utilizzando degli strumenti ad hoc; per esempio delle scale di valutazione. Per cui un sintomo, come il dolore, deve essere avvalorato proprio

---

<sup>7</sup> Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. British Medical Journal, 309 (6950), 327-330.

<sup>8</sup> Crawley LM. Racial, cultural, and ethnic factors influencing end-of-life care. J Palliat Med. 2005;8 Suppl 1:S58-69.

<sup>9</sup> Koffman J. Servicing multi-cultural needs at the end of life. J Ren Care. 2014;40 Suppl 1:6-15.

<sup>10</sup>Treccani, dizionario online.

<sup>11</sup> Nel capo IV "Rapporti con le persone assistite" art. 18 "Dolore".

per poter identificare eventuali miglioramenti o peggioramenti che dovessero susseguirsi nel tempo. Lo scopo nell'utilizzo di queste scale, oltre per il fattore meramente legale<sup>12</sup>, è quello di orientare le pratiche cliniche per migliorare e/o mantenere un determinato stato di salute. Nella concretezza del caso per migliorare il dolore portandolo da un determinato valore ad uno inferiore, oppure appunto annullarlo.

Le scale utilizzate nelle realtà cliniche dipendono sia dai protocolli messi in atto nella realtà aziendale ma anche dal contesto clinico in cui ci si trova per cui ad un paziente con demenza grave che non può comunicare verbalmente il proprio dolore viene utilizzata una scala NOPPAIN, mentre per pazienti vigili e orientati può essere proposta una scala Numeral Rating Scale.

La situazione si complica quando ci si trova di fronte ad un paziente con una barriera linguistica e/o che per cultura sia abituata ad un'altra valutazione del dolore e quindi può non essere più sufficiente proporre una scala di valutazione del dolore a priori ad un paziente in base al suo stato di coscienza o al suo stato cognitivo; bensì sarebbe più auspicabile applicare scale mirate al paziente che si ha di fronte, valutando dunque la sua appartenenza culturale.

### **1.3 Dati demografici**

In un mondo sempre più globalizzato e di continuo scambio ed incontro tra culture è fondamentale che anche in ambito sanitario le diversità, le similitudini, le peculiarità di ogni persona vengano prese in considerazione; soprattutto quando si considera un'esperienza così sgradevole e talvolta debilitante come il dolore.

Partendo dai dati demografici disponibili al 1° gennaio 2022 (ci si riferisce alla totalità di residenti registrati nell'anno 2021)<sup>13</sup>, attualmente la popolazione di stranieri residenti in Italia è di 5.030.716, su un totale di 59.030.133. Per quanto riguarda il Veneto, invece, gli stranieri ammontano a 493.119, su un totale di 4.847.745 residenti.

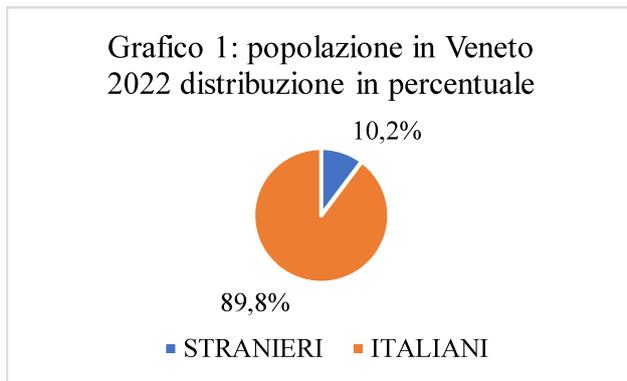
Dal momento che all'interno delle principali condizioni mediche che portano le persone straniere a cercare assistenza presso il pronto soccorso, si riscontra una percentuale del 3,8% legata al sintomo di dolore (secondo quanto riportato nell'Osservatorio Regionale sul

---

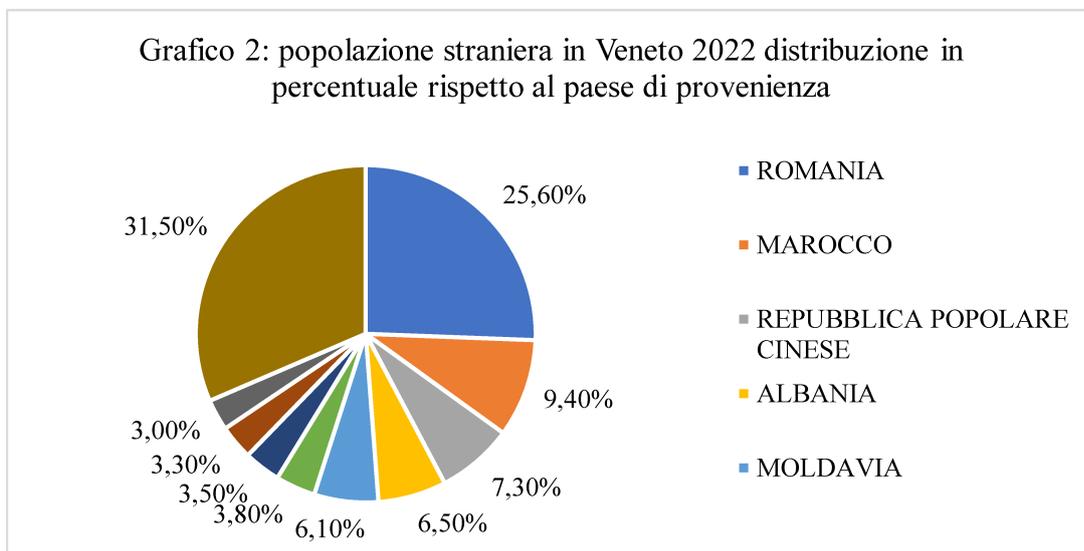
<sup>12</sup> Nell'art.7 della Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.

<sup>13</sup>ISTAT: sito web.

Fenomeno Migratorio del 2013), si intende investigare l'impatto della dimensione culturale sull'articolazione e il controllo di tale problematica.<sup>14</sup>



Fonte: elaborazione propria - Veneto, dati ISTAT 1° gennaio 2022



Fonte: elaborazione propria – Veneto, dati ISTAT 1° gennaio 2022

#### 1.4 Rilevanza del problema per la professione infermieristica

La rilevanza di questo tema non deriva solo dall'esperienza soggettiva, nella fattispecie quanto vissuto e visto durante le diverse esperienze di tirocinio avute in questi anni e di vita privata, o dalla componente demografica della fetta di popolazione a cui ci si riferisce; bensì anche dall'importanza che viene data all'infermiere in questo preciso ambito.

<sup>14</sup> Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche<sup>15</sup> nel capo IV “Rapporti con le persone assistite” art. 18 “Dolore”, afferma:

*L’infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.*

Come si può rispettare la volontà della persona se non la si conosce? Come si può considerare il vissuto del dolore della persona se questa appartiene ad un contesto culturale completamente differente?

Per eseguire quanto scritto nell’art.18 non è infatti sufficiente conoscere le tipologie di dolore in base alla sua eziologia (nocicettivo, patologico) oppure la sua irradiazione, la sua durata o tempo di insorgenza (acuto, cronico), la qualità (intermittente, permanente, colico...), la localizzazione (somatico, viscerale, neuropatico...) e tutto quello che è necessario per descriverlo. Diventa in questo momento fondamentale entrare in contatto con l’altro in maniera olistica, utilizzando un modello biopsicosociale.

Il dolore, infatti, è molto più complesso di quanto appena elencato.

Esso è un sintomo, un’esperienza soggettiva umana e la sua percezione è influenzata notevolmente da fattori psicologici, sociali, demografici e genetici/etnici.

Considerando ora alcuni studi rilevati -e riassunti poi i relativi esiti- da Benedetti, è emerso proprio quanto la cultura e il contesto psicosociale siano pregnanti, e dunque da considerare nella rilevazione del dolore e nella sua osservazione.

Per evidenziarne solo alcune, si può riportare l’esempio degli afroamericani affetti da dolore cronico. Questi ultimi non mostrano differenze significative rispetto alla popolazione bianca per quanto riguarda il riconoscimento dell’intensità del dolore; tuttavia, il loro stato emotivo e il disagio sono più marcati, e ciò si riflette in reazioni e comportamenti diversi in risposta agli stimoli dolorifici. Ciò è riscontrabile anche nelle popolazioni europee e mediterranee.

In generale si può affermare che mentre le reazioni al dolore sono minori nei popoli dell’Europa settentrionale, nell’Europa meridionale risultano più marcate, e questo vale per tutte le popolazioni mediterranee.

Sia le espressioni facciali, la vocalizzazione, le reazioni emotive e i comportamenti sono molto accentuati nell’Italia meridionale, dove la manifestazione del dolore può raggiungere

---

<sup>15</sup>Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e del Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019.

livelli che non si riscontrano, per esempio, nei norvegesi. Le urla e il pianto sono tipici delle popolazioni mediterranee, mentre l'inibizione di tali comportamenti è tipica delle popolazioni europee più settentrionali. In una classica situazione sperimentale, in cui viene indotto dolore in soggetti volontari, per esempio mediante una piccola scossa elettrica, la reazione di un individuo dell'Europa settentrionale è platealmente diversa da una persona dell'Europa meridionale. Il primo in genere tende a rimanere impassibile, con un'espressione facciale neutra, assenza di vocalizzazione, scarsi segni di reazioni emotive e motorie. Al contrario, il secondo è invece molto più reattivo e spesso mostra tutto il suo disagio mediante diversi tipi di vocalizzazione, differenti espressioni facciali (corrugamento delle sopracciglia, digrignamento dei denti ecc.), esagerate reazioni motorie.

Tali differenze sono attribuibili a fattori culturali, ma non solo; infatti, contribuiscono a tale variabilità anche diversi fattori genetici. In effetti, non è facile distinguere tra fattori culturali e genetici quando si parla di differenze etniche. L'ipotesi per ora più accreditata è che ambedue i fattori giochino un ruolo centrale.<sup>16</sup>

Tornando a quanto affermato nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche sempre nel capo IV “Rapporti con le persone assistite” art. 21 “Strategie e modalità comunicative”, viene aggiunto che:

*L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.*

Una persona appartenente ad una cultura differente spesso può trovarsi di fronte anche ad una barriera linguistica non indifferente, per cui l'infermiere si deve fare garante nel porre in atto comportamenti che possano favorire la comunicazione e se non c'è vera comprensione, non solo della componente verbale -attraverso il quale viene solo espresso il 7% del messaggio<sup>17</sup>- ma anche e soprattutto della parte paraverbale e non verbale è pressoché impossibile garantire quanto indicato dall'art. 21.

Da non dimenticare vi sono anche l'art.3 e il 7 che si occupano dell'aspetto della non discriminazione e di quanto l'infermiere debba farsi garante delle richieste e delle necessità assistenziali del paziente, abbattendo le disuguaglianze, anche se presenti differenze linguistiche e/o culturali, e rispettare fino in fondo quanto desiderato e voluto dal paziente.

---

<sup>16</sup>Benedetti F, Il dolore: dieci punti chiave per comprenderlo, Carocci Editore 2019.

<sup>17</sup> Dato relativo allo studio condotto da A. Mehrabian nel 1972 su “Non-verbalcommunication”.

Dunque, non è possibile ignorare -in base a quanto descritto finora- quanto, possedere una maggiore conoscenza degli aspetti e dei contenuti che modificano la percezione, la manifestazione e la comunicazione del dolore nelle diverse culture possa solamente rendere gli Infermieri sempre più *consapevoli, autonomi e responsabili*.<sup>18</sup>

## **Capitolo 2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Obiettivo della ricerca**

L'obiettivo di questa tesi è di esplorare come gli infermieri possono monitorare e gestire efficacemente il dolore dei pazienti appartenenti a culture diverse, partendo sempre dalla sua comprensione e ricezione. Tutto ciò al fine di garantire una cura adeguata e una miglior qualità della vita di questi individui.

In particolare, la tesi si concentrerà sui modi in cui gli infermieri possono comprendere e rispettare le differenze culturali che possono influenzare la percezione e l'espressione del dolore da parte dei pazienti, nonché sulla necessità di utilizzare tecniche di comunicazione efficaci per garantire che i pazienti si sentano ascoltati e compresi.

Attraverso l'analisi di studi di caso e di ricerche empiriche, la tesi mira a fornire una serie di raccomandazioni pratiche per gli infermieri che lavorano con pazienti provenienti da culture diverse, al fine di migliorare la loro capacità di monitorare e gestire il dolore in modo efficace e sensibile alle diverse esigenze culturali e utilizzando gli strumenti più corretti (es. differenti scale di dolore, questionari...).

### **2.2 Quesito di ricerca**

I quesiti di ricerca di partenza di questo elaborato sono i seguenti:

- Possono le credenze sul dolore di una determinata cultura influenzare le scelte di adesione o meno ad una terapia antalgica?
- Ci sono differenze nelle manifestazioni del dolore nelle diverse culture?
- Ci sono scale più opportune di altre che possano indagare in maniera più efficace il dolore al variare della cultura?

Per condurre la revisione della letteratura sono stati costruiti un P.I.O. ed un P.I.C.O.

---

<sup>18</sup>Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, art.1.

Il primo, riguardante la conoscenza della modificazione della percezione e manifestazione del dolore nelle diverse culture.

P: pazienti appartenenti a culture diverse che avvertono dolore;

I: registrare la percezione e manifestazione del dolore;

O: garantire appropriata ed efficace comprensione del dolore.

Il secondo, riguardante gli strumenti e le scale da utilizzare per la rilevazione, il monitoraggio e la gestione del dolore nelle diverse culture.

P: pazienti appartenenti a culture diverse che avvertono dolore;

I: utilizzo di metodi-strumenti mirati rispetto al contesto culturale;

C: utilizzo di scale standard;

O: controllo, registrazione e corretto monitoraggio del dolore.

### **2.3 Fonti dei dati e criteri di selezione dei materiali**

La ricerca della letteratura è stata effettuata utilizzando la banca dati Medline, tramite il motore di ricerca Pubmed nel mese di dicembre 2022. Per condurre la ricerca e selezionare gli articoli pertinenti, sono state utilizzate le seguenti parole chiave: pain perception, pain measurement methods, pain threshold ethnology, culture, cross-cultural comparison, cultural characteristics, assessment, cross-cultural validation, pain intensity.

Le stringhe di ricerca formulate sono le seguenti:

1.a (cross-cultural) and (perception of pain)

1.b ((cross-cultural) and (pain perception)) and (pain sensitivity)

2.a ((different culture) and (pain measurement)) and (pain management)

2.b ((different culture) and (pain measurement)) and (pain management) and (pain assessment)

*Tabella 1: strategie della ricerca bibliografica*

STRINGHE DI RICERCA	ARTICOLI REPERITI	ARTICOLI SELEZIONATI
1.a	61	15
1.b	7	4
2.a	138	5
2.b	34	4

I filtri utilizzati in Pubmed per la selezione degli articoli sono stati selezionati per la tipologia di studi (revisione narrativa, sistematica e/o con meta-analisi, esperimento causale controllato e studio randomizzato e studio pilota) e per le data di pubblicazione: ultimi 10 anni.

Gli articoli sono stati ulteriormente circoscritti in base alla pertinenza del contenuto e agli obiettivi della ricerca sulla finalità di questa tesi, descritti nella sezione apposita.

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati: pazienti che avvertivano dolore acuto o cronico o indotto con età superiore ai 18 anni di appartenenza culturale differente rispetto allo studio proposto, testi in lingua inglese, italiana, spagnola, croata, tedesca, russa.

I criteri di esclusione sono: studi su animali, età dei pazienti o del campione inferiore a 18 anni, studi che non esaminavano le differenze sulle credenze del dolore, full text/abstract o poster non disponibili, studi di genere.

Dagli articoli riportati in Tabella 1 ne sono stati reperiti 240, di questi 28 sono stati selezionati per la stesura della tesi.

Sono stati inoltre consultati i siti sottoelencati per lo sviluppo della medesima:

- AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco;
- FNOPI - Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche;
- IASP – Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore;
- ISS - Istituto Superiore della Sanità – EPICENTRO;
- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica;
- MS - Ministero della Salute;
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence;
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità;
- ONU - Organizzazione delle Nazioni Unite.

La consultazione dei documenti in versione elettronica degli articoli scientifici è stata possibile grazie all'utilizzo del servizio Auth-proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università degli Studi di Padova.



## Capitolo 3. RISULTATI DELLA RICERCA

### 3.1 Elementi che influenzano la percezione del dolore: l'ottica transculturale

Una ricerca<sup>19</sup> ha rilevato che gli asiatici americani sono più reattivi al dolore fisico rispetto agli asiatici europei. Ciò deve essere dovuto non solo alla differente residenza geografica della popolazione in questione (e le sue successive conseguenze; come accesso a servizi differenti, contatto con culture europee, differenti stili di vita...) ma viene rilevato anche un diverso livello di acculturazione degli asiatici americani rispetto a quelli europei.

L'ipotesi da verificare è se vi sia una correlazione tra livello di studio conseguito nella prima e nella seconda popolazione e un cambiamento direttamente correlato alla differente percezione del dolore. Per verificare questa ipotesi sono stati condotti due studi. Nel primo studio, i due gruppi sono stati sottoposti ad un flusso di pressione a freddo. L'evidenza di una maggiore risposta al dolore è stata riscontrata negli asiatici americani. Il secondo studio ha ulteriormente controllato per etnia e ha replicato questo schema, riscontrando reazioni al dolore più elevate tra gli studenti cinesi continentali che però vivono a Hong Kong rispetto agli studenti cinesi di Hong Kong. Questi risultati suggeriscono che anche il livello di scolarizzazione incide come componente della cultura nella sensibilità al dolore fisico.<sup>20</sup>

Con questo studio si può dunque dedurre che parlare solamente di soglia del dolore individuale o di dolore come esperienza "soggettiva" è estremamente limitante e imprecisa, come affrontato nel Cap.1.1. Per capire affondo la percezione del dolore e cosa lo influenza a 360 gradi bisogna prendere in considerazione una moltitudine di aspetti, che prendano in esame non solo appunto il singolo in quanto tale, ma come facente parte di una società, seguendo dunque il modello biopsicosociale (introdotto da Engel nel 1977).

Si affronta in questo capitolo una panoramica dei meccanismi e degli aspetti che influenzano la percezione del dolore di ognuno e il ruolo della cultura in questo processo.

---

<sup>19</sup> Chan MYP, Hamamura T, Janschewitz K. Ethnic differences in physical pain sensitivity: role of acculturation. *Pain*. 2013 Jan;154(1):119-123. doi: 10.1016/j.pain.2012.09.015. Epub 2012 Oct 4. PMID: 23149393.

<sup>20</sup> Chan MYP, Hamamura T, Janschewitz K. Ethnic differences in physical pain sensitivity: role of acculturation. *Pain*. 2013 Jan;154(1):119-123.

### 3.1.1 La concettualizzazione del dolore

Il dolore è una delle componenti nell'ambito sanitario più comuni e costose al mondo. Non è ancora stata identificata una soluzione unica a questo problema, forse a causa della complessità dei modi in cui i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono per contribuire e mantenere questo problema. La cultura è solo uno di questi fattori.<sup>21</sup>

Una componente essenziale viene occupata dalla concettualizzazione del dolore. Questo aspetto viene influenzato in parte anche dalla cultura di appartenenza di un individuo ed è sia un processo attivo, ma fa anche parte di quelle attività che appartengono all'individuo e si sviluppano nel corso della sua intera vita.

Per esplorare le influenze etnoculturali sull'esperienza del dolore cronico (e dunque quanto la concettualizzazione del dolore influisca sulla percezione del dolore) è stato condotto uno studio coinvolgendo tre comunità australiane culturalmente e linguisticamente diverse. Sono stati condotti sei focus group con soggetti appartenenti a gruppi quali mandei, assiri e vietnamiti. Ai partecipanti sono state poste domande generali sul significato del dolore cronico, sull'accettazione, sulle aspettative della comunità etnoculturale e sugli approcci alla gestione del dolore. I temi dell'identità etnoculturale e dello status di migrante si sono intrecciati nel modello esplicativo del dolore unico comunicato per ogni comunità. Il modello esplicativo per la concettualizzazione del dolore, ovvero biopsicosociale, biomedico o un modello tradizionale orientale, ha inquadrato gli approcci dei partecipanti alla ricerca della salute e alla gestione del dolore. Questa categorizzazione e successiva elaborazione ha dimostrato che il dolore cronico viene concettualizzato teoricamente e vissuto in modi diversi dalle comunità di migranti. La raccolta delle conoscenze, delle credenze e dei valori culturali, insieme alle circostanze della migrazione, può aiutare gli infermieri (e più in generale il personale sanitario) a fornire un'assistenza sanitaria culturalmente "rispondente" e quindi a migliorare i risultati per le comunità di migranti con dolore.<sup>22</sup>

Nel contesto della Regione Veneto è utile tenere in mente la prevalenza di alcuni gruppi culturali che sono: la popolazione cinese, romena, moldava, albanese e marocchina. Nello

---

<sup>21</sup> Sharma S, Abbott JH, Jensen MP. Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain. *Braz J Phys Ther.* 2018 Sep-Oct;22(5):345-346.

<sup>22</sup> Brady B, Veljanova I, Chipchase L. An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities. *Rheumatol Adv Pract.* 2017 Jun 30;1(1):rkx002.

specifico, dunque, in alcune regioni dell'Africa centrale e in Albania, il dolore è spesso considerato una componente inevitabile della vita che deve essere sopportata. Nei paesi nordafricani, il dolore è spesso associato a una connotazione religiosa di purificazione dei peccati. In Europa dell'Est, invece, viene adottato un approccio biomedico in cui il dolore è considerato il risultato di una causa fisica. La medicina tradizionale cinese, invece, considera la salute come il risultato di un equilibrio armonico tra Yin e Yang; pertanto, il dolore viene interpretato come la conseguenza della mancanza di tale equilibrio. Tuttavia, in contesti migratori, il dolore può acquisire una connotazione più biomedica.<sup>23</sup>

### **3.1.2 Autoefficacia e dolore: il ruolo della mente nel controllo del dolore**

La cultura non influenza solamente la concettualizzazione del dolore, e conseguentemente la percezione, la comunicazione e la scelta di aderire o meno ad una terapia ma anche l'autoefficacia nella gestione del dolore. Dove per autoefficacia si intende:

*la percezione o la convinzione che una persona ha rispetto alla propria capacità di affrontare efficacemente una situazione specifica o di raggiungere un obiettivo desiderato*<sup>24</sup>

In altre parole, l'autoefficacia si riferisce alla fiducia di una persona nelle proprie abilità e nella propria capacità di avere successo in una determinata attività o situazione. Questa convinzione personale può influire sull'impegno, sulla perseveranza e sulle scelte di una persona, nonché sulla sua capacità di superare eventuali ostacoli o sfide che possono presentarsi.

In base a quanto emerso dagli studi presi in considerazione dalla revisione sistematica di Orhan C et al si è giunti alla conclusione che, per quanto riguarda l'autoefficacia, ci sono prove preliminari che i caucasici hanno un'autoefficacia più elevata rispetto agli afroamericani. Questa minore autoefficacia è dovuta al fatto che vi era associato un dolore e

---

<sup>23</sup> Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

<sup>24</sup> Bandura A., Autoefficacia. Teoria e Applicazioni, Trento, Erikson, 2000.

a una funzionalità totale peggiore e alle credenze dirette sul dolore (e qui si ritorna dunque alla concettualizzazione del dolore nelle diverse culture).<sup>25</sup>

### **3.1.3 Ambiente e percezione del dolore: un'analisi delle differenze intra-etniche**

La cultura a sua volta viene influenzata anche dal contesto in cui un determinato gruppo si trova, e nello specifico dall'ambiente in cui una persona con una determinata cultura viene inserita. Studi precedenti avevano dimostrato che le risposte al dolore variavano in base all'etnia, però si è riscontrato (anche in base allo studio qui di seguito proposto) che risposte a certe qualità del dolore variano anche all'interno dello stesso gruppo etnico (e dunque non è sufficiente parlare di etnia o cultura di appartenenza).<sup>26</sup>

Da cosa è dovuta questa variazione? Quanto preso in esame ha evidenziato che vi sono differenze intra-etniche in popolazioni che vivono nel proprio paese d'origine rispetto alla stessa popolazione però immigrata in un altro paese.

La popolazione coinvolta nello studio è stata quella coreana. Il primo gruppo vive in Corea del Sud, mentre il secondo negli Stati Uniti. Entrambi appartengono alla cultura coreana ma sono stanziati in due realtà molto differenti; dunque, anche la concettualizzazione del dolore e le relative risposte al dolore potrebbero variare. Questo è quanto affrontato dallo studio, che in questo modo ha individuato dei possibili fattori che contribuiscono conseguentemente all'ambiente a modificare la percezione del dolore di questa popolazione in setting diversi.

In conclusione, dunque sono state riscontrate differenze intra-etniche nella gravità del dolore e nella catastrofizzazione del dolore tra i coreani che vivono in Corea del Sud e coreani che vivono negli Stati Uniti. Nello specifico i primi hanno riportato un dolore notevolmente inferiore che i secondi.

I risultati evidenziano l'influenza dei fattori culturali e ambientali sulle risposte al dolore negli immigrati coreani degli Stati Uniti. Fattori socioculturali come la concordanza etnica

---

<sup>25</sup> Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Mukhtar NB, Lenoir D, Meeus M. Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*. 2018 Nov;21(6):541-558.

<sup>26</sup> Kim HJ, Chang SJ, Park H, Choi SW, Juon HS, Lee KE, Ryu H. Intra-Ethnic Differences in Chronic Pain and the Associated Factors: An Exploratory, Comparative Design. *J Nurs Scholarsh*. 2020 Jul;52(4):389-396. doi: 10.1111/jnu.12564. Epub 2020 May 15. PMID: 32413245.

tra paziente e professionista sanitario, la disponibilità di reti sociali e di supporto e lo status giuridico di immigrato possono spiegare alcune delle disparità nelle condizioni di salute croniche e nei comportamenti sanitari.

I livelli più elevati di intensità del dolore, rilevati appunto nei coreani stanziati negli Stati Uniti, potrebbero essere dovuti alle difficoltà di assimilazione culturale negli Stati Uniti. Uno studio ha riportato che i coreani, anche dopo l'immigrazione negli Stati Uniti, tendono a mantenere le proprie norme e valori culturali. Questo isolamento culturale dei coreani-americani potrebbe creare situazioni di stress nella vita quotidiana, che potrebbero contribuire a intensificare l'esperienza del dolore soggettivo. In aggiunta alla difficoltà di integrazione degli immigrati, si è registrata un'aumentata difficoltà economica rispetto alle loro controparti che vivono in Corea del Sud.

Altro fattore è la barriera linguistica. È possibile che le esperienze passate dei coreani-americani siano peggiori a causa della scarsa qualità della gestione del dolore nella realtà sanitaria statunitense. Le barriere linguistiche incontrate dagli stessi potrebbero aver impedito loro di cercare un'assistenza adeguata al trattamento del dolore. Infatti, quasi tutti i coreani-americani di questo studio hanno riferito di parlare prevalentemente il coreano.

### **3.1.4 Credenze e componente religiosa in relazione alla percezione dolore**

Una parte dell'individuo da considerare è l'insieme delle credenze dovute e non dovute dalla religione. Il dolore ne viene influenzato? La revisione sistematica<sup>27</sup> che ne tratta non ha riscontrato un'affidabilità statistica in base a quanto rilevato dagli studi presi in esame. Per cui questo aspetto della cultura, per quanto riguarda la mera percezione del dolore, può non essere così significativo. Mentre rispetto alla parte della scelta nei trattamenti o nella manifestazione del dolore, la componente religiosa gioca un ruolo importante, come si vede nel Cap. 3.4.

I dati relativi alla relazione tra religiosità e intensità del dolore sono contrastanti. Mentre la maggior parte degli studi ha mostrato correlazioni positive deboli o statisticamente

---

<sup>27</sup> Najem C, Mukhtar NB, Ayoubi F, van Oosterwijck J, Cagnie B, De Meulemeester K, Meeus M. Religious Beliefs and Attitudes in Relation to Pain, Pain-Related Beliefs, Function, and Coping in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*. 2021 Dec;24(8):E1163-E1176. PMID: 34793635.

insignificanti. Solo uno studio ha mostrato una correlazione negativa significativa tra religiosità e intensità del dolore, suggerendo che più la persona è religiosa, meno sperimenta il dolore o inversamente.<sup>28</sup>

I limiti nello studio di quanto la religiosità influenzi la percezione del dolore sono dovuti al fatto che negli studi effettuati spesso non viene vista la religiosità nella sua complessità, e dunque con un dominio ampio e costituito da tre dimensioni principali. Queste tre dimensioni sono: l'attività religiosa organizzativa, l'attività religiosa non organizzativa e la religiosità intrinseca o soggettiva. Pertanto, i risultati della revisione suggeriscono che un quadro comune e un insieme standardizzato di scale di religiosità, che misurino non solo il livello di religiosità dei pazienti ma anche i diversi domini della religiosità, dovrebbero essere utilizzati nella futura ricerca sanitaria, in modo tale da riuscire a studiare la correlazione tra religiosità e i diversi domini del dolore. Inoltre, la ricerca futura dovrebbe concentrarsi sullo studio dell'"analgesia indotta dalla religione" e dei possibili percorsi di controllo del dolore che ne sono alla base.

### **3.2 L'intensità del dolore riportato: cosa lo influenza**

Il modo in cui persone diverse comunicano il dolore è influenzato dalla loro cultura. Ad esempio, in alcune culture asiatiche si tende a evitare di parlare del proprio dolore. Inoltre, quando gli asiatici riferiscono di provare dolore, sono meno diretti con personale sanitario non asiatico rispetto a quando comunicano con qualcuno della stessa etnia. Questo ha un'importante implicazione nella gestione del dolore in ambito sanitario quando si ha in cura un paziente avente queste origini, in particolar modo quando sono coinvolti un paziente asiatico e un curante non asiatico che parla una lingua diversa.<sup>2930</sup>

---

<sup>28</sup> Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, Smothers Z, Pais-Ribeiro J, Abbott JH, Jensen MP. Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *J Relig Health*. 2022 Jun;61(3):2331-2385. doi: 10.1007/s10943-019-00914-7. Erratum in: *J Relig Health*. 2019 Oct 26;: PMID: 31535274.

<sup>29</sup> Sharma S, Abbott JH, Jensen MP. Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain. *Braz J Phys Ther*. 2018 Sep-Oct;22(5):345-346. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.07.002. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30126712; PMCID: PMC6157457.

<sup>30</sup> Lor M, Koleck TA. Patient Race, Ethnicity, Language, and Pain Severity in Primary Care: A Retrospective Electronic Health Record Study. *Pain Manag Nurs*. 2022 Aug;23(4):385-390. doi:10.1016/j.pmn.2022.01.007. Epub 2022 Mar 6. PMID: 35260338; PMCID: PMC9308623.

Anche fattori psicologici come le strategie di coping del dolore, l'umore e l'ipervigilanza sono stati individuati come fattori che contribuiscono alle differenze tra gruppi etnici nella risposta al dolore. Per esempio, gli afroamericani hanno costantemente riportato livelli più elevati di catastrofizzazione e di coping passivo, che sono stati associati a una maggiore sensibilità al dolore.<sup>31</sup>

Da una prospettiva più biologica, le differenze etniche nel dolore possono essere correlate ad alterazioni dei meccanismi endogeni di controllo del dolore. Alcune risposte cardiovascolari e neuroendocrine indotte dallo stress erano più fortemente associate all'inibizione del dolore tra i bianchi rispetto agli afroamericani, fornendo prove di differenze etniche nella modulazione endogena del dolore. Più recentemente si è evidenziato che i bianchi hanno livelli di ossitocina più elevati rispetto agli afroamericani e che l'ossitocina spiega in parte la differenza di questo gruppo etnico (rispetto agli afroamericani) nella tolleranza al dolore ischemico. Inoltre, recenti evidenze suggeriscono un significativo contributo genetico alle risposte sperimentali al dolore, anche se l'entità della varianza genetica nella sensibilità al dolore continua a essere incerta.<sup>32</sup>

I fattori socioeconomici svolgono altrettanto un ruolo importante nell'intensità del valore riportato. In base a ricerche precedenti è stato dimostrato che gli afroamericani riferiscono un'intensità del dolore più elevata rispetto ad altri gruppi etnici. Questo è dovuto al fatto che sono stati riportati anche livelli maggiori di altri elementi che possono influenzare notevolmente la risposta al dolore, tra cui: sintomi del disturbo da stress post-traumatico, la catastrofizzazione del dolore e i disturbi del sonno. È stata testata l'ipotesi che i fattori quali lo status socioeconomico (cioè reddito, istruzione, occupazione, reddito percepito...) possano spiegare in gran parte queste differenze etniche. Il risultato della ricerca conferma quanto preventivato in quanto, per esempio nella realtà di Chicago, è stato rilevato che questi

---

<sup>31</sup> Rahim-Williams B, Riley JL 3rd, Williams AK, Fillingim RB. A quantitative review of ethnic group differences in experimental pain response: do biology, psychology, and culture matter? *Pain Med.* 2012 Apr;13(4):522-40. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01336.x. Epub 2012 Mar 5. PMID: 22390201; PMCID: PMC3349436.

Losin EAR, Woo CW, Medina NA, Andrews-Hanna JR, Eisenbarth H, Wager TD. Neural and sociocultural mediators of ethnic differences in pain. *Nat Hum Behav.* 2020 May;4(5):517-530. doi: 10.1038/s41562-020-0819-8. Epub 2020 Feb 3. Erratum in: *Nat Hum Behav.* 2020 Mar 3;: PMID: 32015488; PMCID: PMC7494052.

<sup>32</sup> Rahim-Williams B, Riley JL 3rd, Williams AK, Fillingim RB. A quantitative review of ethnic group differences in experimental pain response: do biology, psychology, and culture matter? *Pain Med.* 2012 Apr;13(4):522-40. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01336.x. Epub 2012 Mar 5. PMID: 22390201; PMCID: PMC3349436.

soggetti molto probabilmente, nel corso della loro vita, hanno sperimentato una maggiore esposizione a eventi traumatici, che conseguentemente possono portare a sviluppare i sintomi di un disturbo post-traumatico da stress. La maggiore vigilanza e i pregiudizi “attentivi” verso ulteriori minacce di crimini violenti, come sperimentati maggiormente in questo gruppo nel corso della loro vita, possono, a loro volta, amplificare l'intensità del dolore e gli sforzi per far fronte efficacemente al dolore.<sup>33</sup>

In alcune aree di provenienza (Nord Africa ed Est Europa) tendono a descrivere il dolore utilizzando modi di dire, ma mentre il Nord Africa tende ad enfatizzare, le persone dell'Est Europa utilizzano invece termini più generici. La popolazione cinese ha delle difficoltà legate all'utilizzo di espressioni di descrizione del dolore, che risultano spesso di difficile comprensione. Anche quanto espresso nel momento in cui si prova dolore varia da cultura a cultura. Tendenzialmente nei pazienti africani, cinesi e albanesi emergono comportamenti più stoici, mentre i paesi dell'Est Europa, indiani e Nord Africa risultano più emotivi nell'espressione del dolore. Anche per questo elemento, emerge una differenza tra quanto accade nel paese d'origine ed in Italia, con rilevazione di un'amplificazione dell'espressione di dolore, legata a una consapevolezza che esso non significa debolezza ma reazione funzionale a quanto provato.<sup>34</sup> Relativamente a quanto espresso precedentemente un altro studio, dove però venivano coinvolti soggetti di origine cinese in relazione con personale sanitario cinese hanno mostrato un comportamento non verbale nei confronti del dolore più elevato rispetto agli euro-canadesi.<sup>35</sup>

### **3.3 Le scale di valutazione del dolore in un'ottica transculturale**

Una parte della ricerca e ipotesi è verificare, partendo dalla base che la percezione del dolore può variare in base alle credenze culturali e alle esperienze individuali, se sia opportuno

---

<sup>33</sup> Lillis TA, Burns J, Aranda F, Burgess HJ, Purim-Shem-Tov YA, Bruehl S, Beckham JC, Pinkerton LM, Hobfoll SE. Race-related differences in acute pain complaints among inner-city women: the role of socioeconomic status. *J Behav Med.* 2020 Oct;43(5):791-806. doi: 10.1007/s10865-019-00123-3. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31832845; PMCID: PMC7289669.

<sup>34</sup> Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

<sup>35</sup> Hsieh AY, Tripp DA, Ji LJ. The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviours of pain. *Pain.* 2011 Sep;152(9):2016-2022. doi: 10.1016/j.pain.2011.04.023. Epub 2011 May 26. PMID: 21616598.

utilizzare scale di valutazioni del dolore differenti, al variare della cultura di una persona. È importante inoltre individuare se la variabile “cultura” sia un criterio eleggibile per utilizzare una determinata scala di valore piuttosto che un’altra o se vi sia una scala di valutazione del dolore universalmente efficace per tutte le culture.

Da diversi studi<sup>36</sup> emerge che la principale variabilità nella valutazione del dolore viene fatta, ed è culturalmente rilevante, nelle scale in cui si valuta quanto una determinata patologia influenzi la qualità di vita del paziente e dunque in maniera più ampia su quanto questo dolore interagisca con la vita quotidiana della persona.

Un esempio di queste scale è la Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) che però non ci permette di misurare numericamente quanto questo dolore sia intenso o meno, ma è più efficace nel comunicare il disagio percepito ed è stata rilevata come culturalmente valida in diverse culture.<sup>37</sup> La maniera di utilizzo prevede che i pazienti illustrino il loro carico di sofferenza indicando la distanza tra il "sé" e il cerchio della malattia, dove una distanza minore indica un carico di sofferenza maggiore. Per valutarne invece il dolore sarebbe più opportuno affiancarla con una scala VAS per quantificarne effettivamente un valore.<sup>38</sup> La difficoltà linguistica, nell’utilizzo di questo strumento, è impattante dunque sarebbe opportuno usufruire di mediatori culturali o di dispositivi elettronici per la traduzione simultanea.

Nella comunità asiatico-americana è stato effettuato uno studio che ha comparato la McGill Pain Questionnaire-Short Form (MPQ-SF) e la Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF) dove entrambe sono risultate valide nella concordanza e adeguatezza del dolore riportato ma la BPI-SF è risultata meno ridondante negli item che la MPQ-SF.<sup>39</sup>

In comunità non-occidentali (es. la nepalese o indiana) è preferibile utilizzare la Faces Pain Scale-Revised, seguita dalla Verbal Rating Scale (VRS). La Scala di valutazione numerica (NRS) e la Scala analogica visiva (VAS) sono risultate entrambe le meno preferite e hanno

---

<sup>36</sup> Peter, N., Kleinjung, T., Horat, L. et al. Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) as a novel visual assessment tool for the burden of suffering in tinnitus patients. *Health Qual Life Outcomes* 14, 47 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0454-2>.

<sup>37</sup> Ibidem.

<sup>38</sup> Sensky T, Büchi S (2016) PRISM, a Novel Visual Metaphor Measuring Personally Salient Appraisals, Attitudes and Decision-Making: Qualitative Evidence Synthesis. *PLoS ONE* 11(5): e0156284. doi:10.1371/journal.pone.0156284.

<sup>39</sup> Shin H, Kim K, Young Hee Kim, Chee W, Im EO. A comparison of two pain measures for Asian American cancer patients. *West J Nurs Res.* 2008 Mar;30(2):181-96. doi: 10.1177/0193945907303062. Epub 2007 Jul 2. PMID: 17607053.

registrato tassi più elevati di risposte errate, soprattutto tra i partecipanti più anziani. Tuttavia, tutte le scale hanno dimostrato un'adeguata validità di costrutto come misura dell'intensità del dolore tra i partecipanti in grado di utilizzare accuratamente tutte e quattro le scale.<sup>40</sup>

Quanto invece considerato come più efficace per misurare il dolore da rilevare nel momento dell'accertamento è l'utilizzo della scala NRS, considerata semplice e affidabile anche in un contesto di differenza culturale.<sup>41</sup> Tuttavia, per alcuni pazienti dell'Est Europa, l'utilizzo della scala è risultato di difficile applicazione, dunque la presenza di scale tradotte, potrebbe facilitare la comprensione reciproca.<sup>42</sup>

Nella ricerca scientifica, per condurre studi di comparazione, è stato riscontrato che il numero inferiore di bias viene garantito attraverso l'utilizzo della Faces Pain Scale Revised (FPS-R).<sup>43</sup> Ciò è permesso in quanto è stato rilevato che al variare della cultura non cambiano le rappresentazioni dei movimenti facciali in rapporto all'intensità del dolore.<sup>44</sup>

Considerando invece la realtà veneta, è stato riscontrato -per i gruppi etnici maggiormente rappresentati in questa regione-, che le opzioni da prediligere nell'utilizzo di scale del dolore sono per tutti, indistintamente, la Facial Pain Scale, la Numeric Pain Rating Scale (per quest'ultima è importante essere sicuri che il paziente abbia compreso il suo utilizzo, poiché nel caso in cui questo non accadesse il dato non sarebbe attendibile e con molta probabilità il paziente indicherebbe un numero fortunato) e la Visual Analog Scale con valori da zero a dieci (questa è da evitare nella comunità cinese perché sono soliti leggere verticalmente

---

<sup>40</sup> Pathak A, Sharma S, Jensen MP. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain Rep.* 2018 Aug 6;3(5):e672. doi: 10.1097/PR9.0000000000000672. PMID: 30534623; PMCID: PMC6181466.

<sup>41</sup> Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP. Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. *J Pain Res.* 2021 Apr 21;14:1129-1139. doi: 10.2147/JPR.S303305. PMID: 33907460; PMCID: PMC8071079.

<sup>42</sup> Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

<sup>43</sup> Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP. Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. *J Pain Res.* 2021 Apr 21;14:1129-1139. doi: 10.2147/JPR.S303305. PMID: 33907460; PMCID: PMC8071079.

Jensen MP, Castarlenas E, Roy R, Tomé Pires C, Racine M, Pathak A, Miró J. The Utility and Construct Validity of Four Measures of Pain Intensity: Results from a University-Based Study in Spain. *Pain Med.* 2019 Dec 1;20(12):2411-2420. doi: 10.1093/pm/pny319. PMID: 30877801.

<sup>44</sup> Chen C, Crivelli C, Garrod OGB, Schyns PG, Fernández-Dols JM, Jack RE. Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Oct 23;115(43):E10013-E10021. doi: 10.1073/pnas.1807862115. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30297420; PMCID: PMC6205428.

invece che orizzontalmente e quindi si incorrerebbe in un numero maggiore di bias, dunque per questi si predilige la Facial Pain Scale).<sup>45</sup>

### **3.4 Scelte nel trattamento del dolore al variare della cultura**

La maggioranza dei gruppi culturali è a favore dell'utilizzo di antidolorifici, spesso combinati con trattamenti tradizionali che includono l'uso di erbe o alimenti (in particolare nel Nord Africa), noti per la loro efficacia terapeutica. Gli immigrati cinesi utilizzano un'ampia gamma di rimedi alternativi, ma in minor numero rispetto al loro paese d'origine. Alcuni trattamenti sono correlati all'interpretazione culturale del dolore: ad esempio, nella cultura indiana, se il dolore è associato al malocchio, viene curato con monili protettivi. Gli immigrati dell'Europa orientale preferiscono quasi esclusivamente gli antidolorifici farmacologici. In generale, l'accesso ai servizi sanitari comporta l'accettazione del trattamento farmacologico.<sup>46</sup>

In sintesi, la cultura influenza l'interpretazione del dolore, ma quando la gestione del dolore avviene in contesti culturali diversi, le credenze sul trattamento e sulla sua manifestazione tendono ad adattarsi maggiormente alla cultura dominante. Nel corso del processo migratorio, la percezione del dolore si mescola con la cultura dominante e assume forme di sincretismo culturale<sup>47</sup> (come quanto visto nello studio riportato nel Cap. 3.1.3).

### **3.5 Bias del professionista sanitario dovuti al suo background culturale**

La qualità delle cure dipende principalmente dalla percezione che il personale di assistenza ha dello stato mentale e fisico dei pazienti. Una percezione conflittuale può causare problemi di comunicazione, ridotta aderenza e trattamenti inappropriati. Il background culturale degli infermieri e le loro credenze possono influire sul trattamento del dolore, soprattutto sulla valutazione del dolore che può essere influenzata dall'interazione tra infermieri e pazienti. Pertanto, la valutazione delle diverse culture e credenze relative alla salute e alla malattia,

---

<sup>45</sup> Gilver A, Harshil B, Maani-Fogelman P.A, The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care, May 22 2023.

<sup>46</sup> Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

<sup>47</sup> Ibidem.

insieme ai comportamenti associati, è fondamentale per fornire cure culturalmente appropriate per le diverse popolazioni.

La recente ricerca<sup>48</sup> ha suggerito diversi fattori che influenzano l'assistenza fornita dai professionisti, tra cui stereotipi o pregiudizi basati sull'identità culturale dei pazienti. Gli stereotipi etnici possono influire sulla valutazione del dolore e possono essere causati da un razzismo conscio o subconscio che porta a un trattamento insufficiente del dolore.

L'esperienza culturale gioca un ruolo importante nell'efficacia della comunicazione tra paziente e operatore, in termini di credibilità percepita del paziente o dell'operatore stesso. Inoltre, gli operatori possono avere una conoscenza culturale insufficiente necessaria per un trattamento efficace del dolore cronico. Problemi legati alle differenze linguistiche tra operatore e paziente possono anche rendere difficile la comunicazione efficace tra di loro.

Infine, il rapporto tra operatore e paziente può essere ostacolato da professionisti culturalmente insensibili. Alcuni studi hanno evidenziato che le valutazioni del dolore dei pazienti e degli operatori potrebbero non corrispondere spesso all'identità etnica del paziente, portando a una sottovalutazione o sovrastima del dolore del paziente rispetto alla valutazione self-report.

In sintesi, le differenze culturali possono influenzare le preferenze di trattamento sia per il paziente che per l'operatore, in relazione agli stereotipi, ai giudizi e alla percezione del paziente.<sup>49</sup>

Per questo motivo il personale sanitario, per comprendere pienamente la necessità di trattamento e l'effettivo dolore di un paziente e orientare più correttamente i suoi interventi assistenziali e di cura, dovrebbe porsi una serie di quesiti rispetto a (individuati dall'American Society for Pain Management Nursing nel 2018 – e seguono i principi base della teoria di Leininger):

- Identificare i modelli e il significato di salute per la persona;
- Fornire un sostegno per comprendere le decisioni infermieristiche;
- Comprendere se la sua famiglia è solo un nucleo o si tratta di una famiglia allargata;

---

<sup>48</sup> Latina R., Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: non solo infermieristica..., Pain Nursing Magazine. Articolo 1-3 2021.

<sup>49</sup> Re G.L, Andreola I., Il dolore: un approccio culturalmente sensibile, L'infermiere 2020;57:4, 6-10.

- Qual è il suo ruolo all'interno della sua famiglia?
- Utilizza modelli alimentari specifici?
- Quale lingua o dialetto parla?
- Quale modello di comunicazione verbale o non verbale adotta?
- Quali sono le sue maggiori tradizioni culturali?
- Qual è la sua religione di riferimento rispetto al suo credo?
- Come influisce la religione sul suo personale modo di percepire la salute?
- Quali attitudini nei confronti della salute e malattia?
- Chi prende decisioni rispetto al suo stato di salute?
- Quali rimedi e rituali preferisce per guarire dalla malattia?
- Cosa pensa del suo dolore?
- Come il suo dolore interferisce con la sua vita?
- Quanto è intenso il suo dolore?
- Chi può aiutarla per il suo dolore?
- Con chi vuole parlare del suo dolore?
- Quale trattamento ha provato per il suo dolore?



## **Capitolo 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE**

Nel corso della presente revisione di letteratura, sono stati esaminati numerosi studi e ricerche relativi alla percezione, gestione e monitoraggio del dolore con un'ottica transculturale. Durante quest'analisi, sono emersi diversi punti cruciali che forniscono una prospettiva dettagliata sull'evoluzione delle conoscenze in questo campo e quanto questo tema stia diventando sempre più cruciale nella pratica clinica odierna.

In questa sezione conclusiva, verranno dunque riassunti i principali temi e risultati emersi dalla letteratura esaminata, al fine di tracciare una panoramica chiara e sintetica dello stato attuale della ricerca. Verranno inoltre evidenziate le criticità e i punti di forza di questa revisione e i possibili spunti di ulteriori ricerche future.

### **4.1 Discussione dei risultati**

Uno dei tratti distintivi che emergono dalla revisione è la crescente consapevolezza dell'importanza della corretta gestione del dolore del paziente appartenente ad una cultura differente, partendo innanzitutto dalla sua comprensione da parte dell'equipe sanitaria.<sup>50</sup> Questo è essenziale per accrescere le possibilità di una risposta infermieristica adeguata e pertinente ad una società sempre più ricca di culture.

Gli autori convergono nel riconoscere quanto sia determinante il ruolo della cultura nell'influenza della percezione del dolore, però questo da solo non spiega quanto sia molto più complesso il sapere indicare con certezza questa risposta fisiologica ad un evento traumatico e/o a uno stimolo doloroso. Una componente importante da valutare è anche l'ambiente, in cui una persona appartenente ad una determinata cultura, cresce e vive perché anche questo si sovrappone e si interpone con il background culturale del soggetto che conseguentemente influenza in maniera significativa le risposte agli stimoli dolorosi sia in un ambiente sperimentale controllato (dunque inducendo il dolore) e sia in presenza di dolore acuto e/o cronico.<sup>51</sup>

Tutti questi aspetti devono essere conosciuti dall'equipe sanitaria per adeguare la cura e l'assistenza nel miglior modo possibile.

---

<sup>50</sup> Gilver A, Harshil B, Maani-Fogelman P.A, The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care, May 22 2023.

<sup>51</sup> Kim HJ, Chang SJ, Park H, Choi SW, Juon HS, Lee KE, Ryu H. Intra-Ethnic Differences in Chronic Pain and the Associated Factors: An Exploratory, Comparative Design. J Nurs Scholarsh. 2020 Jul;52(4):389-396. doi: 10.1111/jnu.12564. Epub 2020 May 15. PMID: 32413245.

Tuttavia, la letteratura rivela ancora alcune discrepanze nei risultati ottenuti da varie ricerche, indicando la necessità di ulteriori indagini per chiarire quanto effettivamente per esempio la religione oggi sia un elemento che influenzi in maniera significativa le risposte al dolore, le credenze risultano omogenee per quanto riguarda l'influenza della religione sulla visione dell'esperienza dolorosa ma non necessariamente la risposta coincideva sempre con quanto ipotizzato.<sup>52</sup>

Nel caso della realtà veneta, dove la popolazione straniera è rappresentata da (in ordine decrescente di numerosità) rumeni, marocchini, cinesi e albanesi è emerso che:

*Tabella 2: manifestazione e scale di valutazione del dolore transculturale in Veneto*

<b>Popolazione</b>	<b>Manifestazione del dolore</b>	<b>Scale di valutazione</b>	<b>Scelte di trattamento</b>
Rumeni	Utilizzare modi di dire (con termini generici)	FPS	Antidolorifici
Marocchini	Utilizzare modi di dire (in modo molto enfatico)	FPS	Antidolorifici combinati con trattamenti tradizionali (erbe o alimenti)
Cinesi	Tendenzialmente più stoici (e notoriamente vi è una maggiore barriera linguistica)	FPS (Da evitare la Visual Analog Scale in quanto i pazienti sono soliti leggere verticalmente rispetto ad orizzontalmente)	Antidolorifici combinati con trattamenti di medicina cinese (quest'ultimi in minor numero quando si trovano in Italia)
Albanesi	Espressioni emotive al dolore	FPS	Nulla di specifico rilevato

<sup>52</sup> Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, Smothers Z, Pais-Ribeiro J, Abbott JH, Jensen MP. Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *J Relig Health*. 2022 Jun;61(3):2331-2385. doi: 10.1007/s10943-019-00914-7. Erratum in: *J Relig Health*. 2019 Oct 26;: PMID: 31535274.

## **4.2 Implicazioni per le ricerche future**

Rimane tuttora aperto il dibattito e/o un effettivo accertamento su come sia opportuno agire di fronte ad una popolazione eccessivamente o al contrario riduttiva nella manifestazione del dolore, se in tal senso sia necessario modulare quanto dichiarato e fornire ulteriori trattamenti farmacologici o ridurli e questo è un campo senz'altro da esplorare, per poter garantire una pratica sempre più consapevole ed efficace.

Al momento quanto emerge dagli studi presi in esame è che sia necessario considerare dapprima la cultura di appartenenza del soggetto e, in base ai presupposti e al contesto in cui ci si trova, di agire valutando tutte le componenti della comunicazione (risposte verbali, paraverbali e non verbali)<sup>53</sup>. Questo però richiede notevoli capacità empatiche e profonde conoscenze del paziente che si ha in carico.

E' necessario ampliare ulteriormente la ricerca verso una rilevazione dell'efficacia di utilizzo di sole tecniche farmacologiche o sole tecniche non farmacologiche o miste per la riduzione o il controllo del dolore in pazienti di culture diverse.

## **4.3 Limiti dello studio**

Nonostante i progressi significativi compiuti in quest'area, partendo appunto anche dall'interesse mostrato con il Nursing Transculturale di M. Leininger gli studi sociali e culturali presenti sul territorio italiano sono ancora pochi, infatti gli articoli inclusi all'interno della revisione sono relativi ad un panorama statunitense dove vi è una preponderanza massiva di altri gruppi culturali che non sono perfettamente speculari alla realtà italiana, o veneta. Per questo motivo le parti relative ad altre popolazioni prese in esame non sono state riportate in questa revisione. Sono stati invece inclusi i principi chiave della ricerca ed eventualmente considerati nelle parti generali o nella definizione dei contenuti.

Gli articoli inclusi all'interno della ricerca hanno previsto la valutazione di differenti stimoli dolorosi ma per garantire risultati più uniformi sarebbe più opportuno considerare o solo il dolore acuto o il cronico o quello indotto sperimentalmente, per poter fare una comparazione sullo stesso piano.

Questo scritto non si pone l'obiettivo di essere esaustivo nella comprensione del dolore di una persona poiché si entra in un territorio di dinamiche biopsicosociali, ma si occupa

---

<sup>53</sup> Gilver A, Harshil B, Maani-Fogelman P.A, The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care, May 22 2023.

appunto solo della componente culturale del paziente; è opportuno dunque ricordare che è solo una delle moltissime sfaccettature che devono essere considerate nella valutazione del dolore in ambito clinico.

#### **4.4 Conclusione**

In conclusione, attraverso questa revisione di letteratura, si è dipanato un quadro esaustivo delle prospettive e delle scoperte legate all'argomento fondamentale della comprensione e gestione del dolore, focalizzato su pazienti appartenente a culture diverse. Le ricerche esaminate hanno illuminato le molteplici sfaccettature di questa sfida, fornendo una base robusta per la presente ricerca. Tuttavia, l'importanza di adeguarsi alle specificità culturali nell'affrontare il dolore rimane un terreno aperto per ulteriori esplorazioni e approfondimenti.

La comprensione derivante da questa revisione di letteratura costituisce un fondamentale punto di partenza per il lavoro futuro, volto a colmare le attuali lacune e a contribuire in modo significativo alla promozione di pratiche più consapevoli e con un approccio "culturalmente sensibile" nella gestione del dolore. Attraverso la sinergia tra le conoscenze consolidate e le nuove prospettive, si potranno gettare le basi per un approccio più completo e inclusivo alla cura e al benessere di tali pazienti, rappresentando così un prezioso contributo alla crescita complessiva del sapere in questo campo in costante evoluzione.

## BIBLIOGRAFIA

Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP. *Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research*. J Pain Res. 2021 Apr 21;14:1129-1139. doi: 10.2147/JPR.S303305. PMID: 33907460; PMCID: PMC8071079.

Bandura A., *Autoefficacia. Teoria e Applicazioni*, Trento, Erikson, 2000.

Benedetti, F., 2020, *Il dolore: dieci punti chiave per comprenderlo*. Carrocci editore.

Brady B, Veljanova I, Chipchase L. *An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities*. Rheumatol Adv Pract. 2017 Jun 30;1(1):rkx002.

Chan MYP, Hamamura T, Janschewitz K. *Ethnic differences in physical pain sensitivity: role of acculturation*. Pain. 2013 Jan;154(1):119-123. doi: 10.1016/j.pain.2012.09.015. Epub 2012 Oct 4. PMID: 23149393.

Chen C, Crivelli C, Garrod OGB, Schyns PG, Fernández-Dols JM, Jack RE. *Distinct facial expressions represent pain and pleasure across cultures*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2018 Oct 23;115(43):E10013-E10021. doi: 10.1073/pnas.1807862115. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30297420; PMCID: PMC6205428.

Crawley LM. *Racial, cultural, and ethnic factors influencing end-of-life care*. J Palliat Med. 2005;8 Suppl 1:S58-69.

Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, Smothers Z, Pais-Ribeiro J, Abbott JH, Jensen MP. *Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review*. J Relig Health. 2022 Jun;61(3):2331-2385. doi: 10.1007/s10943-019-00914-7. Erratum in: J Relig Health. 2019 Oct 26;: PMID: 31535274.

Gilver A, Harshil B, Maani-Fogelman P.A, *The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care*, May 22 2023.

Goldberg, D.S. and McGee, S.J., 2011, *Pain as a Global Public Health Priority*. BMC Public Health, 11, 770.

Gureje, O., Simon, G.E., Von Korff, M., 2001, *A cross-national study of the course of persistent pain in primary care*. Pain. 92: 195-200.

Hsieh AY, Tripp DA, Ji LJ. *The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviours of pain*. Pain. 2011 Sep;152(9):2016-2022. doi: 10.1016/j.pain.2011.04.023. Epub 2011 May 26. PMID: 21616598.

Jensen MP, Castarlenas E, Roy R, Tomé Pires C, Racine M, Pathak A, Miró J. *The Utility and Construct Validity of Four Measures of Pain Intensity: Results from a University-Based Study in Spain*. *Pain Med*. 2019 Dec 1;20(12):2411-2420. doi: 10.1093/pm/pny319. PMID: 30877801.

Kim HJ, Chang SJ, Park H, Choi SW, Juon HS, Lee KE, Ryu H. *Intra-Ethnic Differences in Chronic Pain and the Associated Factors: An Exploratory, Comparative Design*. *J Nurs Scholarsh*. 2020 Jul;52(4):389-396. doi: 10.1111/jnu.12564. Epub 2020 May 15. PMID: 32413245.

Koffman J. *Servicing multi-cultural needs at the end of life*. *J Ren Care*. 2014;40 Suppl 1:6-15.

Latina R., *Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: non solo infermieristica...*, *Pain Nursing Magazine*. Articolo 1-3 2021.

Leininger, M. (1997), *Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and practice: 40 Years*. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 29: 341-348. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01053.x>

Lillis TA, Burns J, Aranda F, Burgess HJ, Purim-Shem-Tov YA, Bruehl S, Beckham JC, Pinkerton LM, Hobfoll SE. *Race-related differences in acute pain complaints among inner-city women: the role of socioeconomic status*. *J Behav Med*. 2020 Oct;43(5):791-806. doi: 10.1007/s10865-019-00123-3. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31832845; PMCID: PMC7289669.

Lor M, Koleck TA. *Patient Race, Ethnicity, Language, and Pain Severity in Primary Care: A Retrospective Electronic Health Record Study*. *Pain Manag Nurs*. 2022 Aug;23(4):385-390. doi:10.1016/j.pmn.2022.01.007. Epub 2022 Mar 6. PMID: 35260338; PMCID: PMC9308623.

Losin EAR, Woo CW, Medina NA, Andrews-Hanna JR, Eisenbarth H, Wager TD. *Neural and sociocultural mediators of ethnic differences in pain*. *Nat Hum Behav*. 2020 May;4(5):517-530. doi: 10.1038/s41562-020-0819-8. Epub 2020 Feb 3. Erratum in: *Nat Hum Behav*. 2020 Mar 3;: PMID: 32015488; PMCID: PMC7494052.

Najem C, Mukhtar NB, Ayoubi F, van Oosterwijck J, Cagnie B, De Meulemeester K, Meeus M. *Religious Beliefs and Attitudes in Relation to Pain, Pain-Related Beliefs, Function, and Coping in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review*. *Pain Physician*. 2021 Dec;24(8):E1163-E1176. PMID: 34793635.

Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Mukhtar NB, Lenoir D, Meeus M. *Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review*. *Pain Physician*. 2018 Nov;21(6):541-558.

Pathak A, Sharma S, Jensen MP. *The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries*. *Pain Rep*. 2018 Aug 6;3(5):e672. doi: 10.1097/PR9.0000000000000672. PMID: 30534623; PMCID: PMC6181466.

Peter, N., Kleinjung, T., Horat, L. et al. *Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) as a novel visual assessment tool for the burden of suffering in tinnitus patients*. *Health Qual Life Outcomes* 14, 47 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0454-2>.

Rahim-Williams B, Riley JL 3rd, Williams AK, Fillingim RB. *A quantitative review of ethnic group differences in experimental pain response: do biology, psychology, and culture matter?* *Pain Med*. 2012 Apr;13(4):522-40. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01336.x. Epub 2012 Mar 5. PMID: 22390201; PMCID: PMC3349436.

Re G.L, Andreola I., *Il dolore: un approccio culturalmente sensibile*, *L'infermiere* 2020;57:4, 6-10.

Saastamoinen, P. et al., 2012, *Pain and disability retirement: a prospective cohort study*.

Senior PA, Bhopal R. *Ethnicity as a variable in epidemiological research*. *British Medical Journal*, 309 (6950), 327-330.

Sensky T, Büchi S (2016) *PRISM, a Novel Visual Metaphor Measuring Personally Salient Appraisals, Attitudes and Decision-Making: Qualitative Evidence Synthesis*. *PLoS ONE* 11(5): e0156284. doi:10.1371/journal.pone.0156284.

Sharma S, Abbott JH, Jensen MP. *Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain*. *Braz J Phys Ther*. 2018 Sep-Oct;22(5):345-346. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.07.002. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30126712; PMCID: PMC6157457.

Shin H, Kim K, Young Hee Kim, Chee W, Im EO. *A comparison of two pain measures for Asian American cancer patients*. *West J Nurs Res*. 2008 Mar;30(2):181-96. doi: 10.1177/0193945907303062. Epub 2007 Jul 2. PMID: 17607053.

Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C., *L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore*, XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di

Medicina delle Migrazioni Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Torino. 11-14 maggio 2016.

N.	AUTORE E TIPO DI STUDIO	MATERIALI E METODI	PRINCIPALI RISULTATI
1	Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP Studio osservazionale	<p><u>Obiettivo:</u> valutare la validità e l'utilità di quattro misure comunemente utilizzate dell'intensità del dolore in un campione di pazienti con dolore cronico della Thailandia e confrontare i risultati del campione attuale con i risultati pubblicati di ricerche condotte in altri Paesi, al fine di identificare la misura o le misure più appropriate per la ricerca transnazionale.</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> I partecipanti dovevano avere almeno 18 anni, riferire di aver provato dolore in almeno una parte del corpo per più di tre mesi ed essere in grado di capire e parlare il thailandese.</p> <p><u>Criteri di esclusione:</u> pazienti con dolore dovuto a tumore e quelli con una storia di deterioramento cognitivo, di disabilità visiva o di malattia psichiatrica significativa in base all'esame della cartella clinica.</p> <p><u>Outcome:</u> VAS, VRS-6, NRS-11, and FPS-R.</p>	I risultati indicano che sono valide tutte e quattro le scale prese in considerazione. Tuttavia, è stata riscontrata una variabilità nei tassi di risposta errata, con la VAS che ha registrato i tassi di risposta errata più elevati (45%) e la NRS-11 che ha registrato i tassi di risposta errata più bassi (15%). La VAS è stata anche la scala meno preferita (9%) e la NRS-11 la più preferita (52%). L'istruzione e l'età erano significativamente associate ai tassi di risposta errata e il livello di istruzione alla preferenza per la scala.
2	Brady B, Veljanova I, Chipchase L. Studio focus group	<p><u>Obiettivo:</u> Esplorare le influenze etnoculturali sul dolore cronico in tre diverse comunità appartenenti a gruppi etnici in Australia.</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> età &gt;18 anni, dolore cronico &gt;3 mesi, immigrati di prima generazione appartenenti a assiri, cinesi e vietnamiti.</p> <p><u>Outcome:</u> religione, cultura di genere e familiare, cultura sociale, credenze mediche, vissuto del dolore.</p>	E' statisticamente rilevante la differenza che si è misurata nel riportare il dolore cronico in base all'appartenenza socio-culturale. Nello studio sono suddivise nei vari outcome e comparati tra i tre gruppi presi in esame.
3	Brady B, Veljanova I, Andary T, Southwell T, Chipchase L Studio multicentrico	<p><u>Obiettivo:</u> Riconoscere la diversità etnoculturale nella valutazione del dolore cronico – validazione della rappresentazione pittorica della malattia e del sé (PRISM) da utilizzare con pazienti appartenenti a culture diverse</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> etnia di prima generazione-assiri, arabi, vietnamiti, età &gt;18 anni, dolore cronico &gt;3 mesi.</p> <p><u>Outcome:</u> Brief Pain Inventory (BPI), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) e Short Form 36 Health Survey (SF-36).</p>	La valutazione del dolore PRISM ha dimostrato un'affidabilità test-retest da moderata a buona per i pazienti arabi (ICC 0,76; 95% CI 0,65-0,84), assiri (ICC 0,65; 95% CI 0,50-0,76) e vietnamiti (ICC 0,82; 95% CI 0,73-0,88). Sono state riscontrate correlazioni moderate tra gli item PRISM "dolore" e i punteggi parziali di BPI, DASS e SF-36 (p <0,001). Le interpretazioni dell'iter "dolore" da parte dei pazienti erano in linea con le definizioni accettate di sofferenza, a sostegno della validità del contenuto del PRISM. Per gli item aggiuntivi (PRISM+), è stata osservata un'affidabilità test-retest da moderata a buona (ICC 0,67-0,88) e l'analisi qualitativa ha evidenziato che ogni item rifletteva valori sociali e culturali.
4	Chan MYP, Hamamura T, Janschewitz K. RCT	<p><u>Obiettivo:</u> Misurare se la scolarizzazione possa essere una variabile adeguata da considerare per spiegare le differenze di sensibilità al dolore (indotto sperimentalmente) però comparato tra asiatici ed europei</p> <p><u>Criteri di inclusione/esclusione:</u> I partecipanti sono stati esclusi se avevano problemi di dolore cronico, ipertensione, disturbi circolatori, una storia di eventi cardiaci, malattie metaboliche o neuropatia; se stavano usando farmaci su prescrizione, inclusi</p>	Per quanto emerso da questo studio si può affermare che la scolarizzazione influisce sulla sensibilità al dolore.

		<p>analgesci, tranquillanti e antidepressivi; se stavano assumendo farmaci per la pressione sanguigna; se erano in gravidanza o se erano fumatori.</p> <p><u>Definizione concettuale della variabile:</u> Divisione in americani-asiatici di prima e seconda generazione, idem con americani di origine europea.</p> <p><u>Outcome:</u> soglia del dolore e tolleranza, intensità e sgradevolezza del dolore, differenze tra i diversi generi</p>	
5	<p>Chen C, Crivelli C, Garrone OGB, Schyns PG, Fernández-Dols JM, Jack RE</p> <p>Studio data-driven</p>	<p><u>Obiettivo:</u> Individuare le diversità dell'espressività facciale con dolore e durante l'orgasmo nelle diverse culture</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> persone &gt;18 anni di diverse culture</p> <p><u>Outcome:</u> espressività facciale attraverso server di elaborazione dati</p>	<p>In particolare, dimostriamo che in entrambe le culture le rappresentazioni mentali del dolore e dell'orgasmo comprendono movimenti facciali opposti: mentre il dolore è caratterizzato da movimenti che contraggono il volto verso l'interno (ad esempio, abbassamento delle sopracciglia, corrugamento del naso e sollevamento delle guance), l'orgasmo è rappresentato da movimenti facciali che espandono il volto verso l'esterno (ad esempio, sollevamento delle sopracciglia in entrambe le culture; apertura della bocca e sollevamento delle palpebre tra gli occidentali). Questi movimenti facciali contrastanti sono quindi i candidati principali per comunicare questi diversi stati affettivi agli altri (43) e per influenzare il loro comportamento, ad esempio per chiedere aiuto in caso di dolore o per indicare il completamento di un atto sessuale nell'orgasmo. Per capire quali movimenti facciali servano alla comunicazione sociale e quali siano principalmente una risposta fisiologica è necessario comprendere meglio come i contesti sociali (ad esempio, le diadi) influenzino i comportamenti facciali nelle diverse culture.</p> <p>In ogni caso, i nostri dati mostrano che espressioni facciali distinte possono essere utilizzate per trasmettere gli stati affettivi estremi del dolore e dell'orgasmo in entrambe le culture.</p>
6	<p>Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, Smothers Z, Pais-Ribeiro J, Abbott JH, Jensen MP</p> <p>Revisione sistematica</p>	<p><u>Obiettivo:</u> Esaminare in che misura la religione/spiritualità influenza la percezione del dolore e le credenze sul dolore stesso.</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> utilizzando i criteri PROSPERO che in questa revisione erano definiti da- età &gt;18 anni con dolore cronico, studi che riportavano misure quantitative legate all'intensità del dolore e agli altri outcome, con misure relative all'associazione tra dolore e spiritualità, studi osservativi, pubblicati in spagnolo/italiano/portoghese/inglese.</p> <p><u>Outcome:</u> funzione/credenze legate al dolore, risposte di Coping e catastrofizzazione.</p>	<p>Otto studi hanno valutato l'associazione tra religiosità/spiritualità e intensità del dolore.</p> <p>La tendenza principale di questi studi è stata quella di associazioni non significative tra l'intensità del dolore e vari domini di religiosità e benessere spirituale e/o religioso. Due studi hanno trovato un'associazione statisticamente significativa, ma negativamente debole, tra l'intensità del dolore e il benessere spirituale. Harrison et al hanno riscontrato risultati contrastanti: l'intensità del dolore ha mostrato un'associazione negativa significativa frequentando la chiesa e/o pregando.</p>
7	<p>Gilver A, Harshil B, Maani-Fogelman P.A</p>	<p><u>Obiettivo:</u> Identificare alcune percezioni culturali del dolore, esaminare le barriere culturali alle cure palliative, descrivere le differenze culturali nel dolore,</p>	<p>I cinesi possono credere che il dolore derivi da uno squilibrio tra yin e yang.</p>

		illustrare come l'équipe interprofessionale può collaborare con il paziente e la famiglia per alleviare il dolore nell'ambito delle cure palliative.	Alcune culture ritengono che si debba sopportare il dolore con coraggio e fungere da modello, forse per migliorare la propria posizione nella vita dopo la morte. Alcune culture ritengono che il dolore sia un segno di progresso verso la guarigione. Alcune culture, come quella degli indiani d'America, degli asiatici, dei neri e degli ispanici, sono molto stoiche nei confronti del dolore e possono mantenere un'espressione facciale neutra nonostante il forte dolore. Alcune religioni possono credere che il dolore faccia parte del piano di Dio, sia una prova di fede o una penitenza per i peccati commessi in passato.
8	Goldberg, D.S. and McGee, S.J. Studi per creazione di articolo e base per la stesura di un libro su questo tema	<u>Obiettivo:</u> Definire e affrontare il dolore come problema di salute pubblica globale, definire le priorità e formulare le politiche di salute pubblica per affrontare questo problema (che, come la maggior parte delle altre malattie croniche non trasmissibili, sta crescendo sia in termini di numero assoluto che di iniqua distribuzione nel mondo).	La prevalenza, l'incidenza e le vaste conseguenze sociali e sanitarie del dolore globale richiedono che la comunità della salute pubblica presti la dovuta attenzione a questo problema. In questo modo, gli operatori sanitari e i professionisti della salute pubblica avranno una comprensione più completa del dolore e delle risposte appropriate di salute pubblica e politica sociale a questo problema.
9	Gureje, O., Simon, G.E., Von Korff, M., Studio transnazionale osservazionale	<u>Obiettivo:</u> Identificare il numero di persone che accedono alle cure per dolore <u>Criteri di inclusione:</u> I 15 centri sono stati selezionati in base a: diversità di cultura e sviluppo economico, accesso alle popolazioni di pazienti delle cure primarie, capacità dimostrata di attuare il protocollo di studio e approvazione da parte dei comitati etici locali.	La prevalenza di sindromi dolorose persistenti al basale variava notevolmente tra i vari. Dei 1083 pazienti con dolore persistente al basale, 555 hanno continuato a soddisfare i criteri per il disturbo da dolore persistente (una probabilità ponderata di non guarigione del 49,2%). I centri variavano ampiamente nel tasso di mancata guarigione e la variabilità significativa tra i centri è stata confermata da un'analisi di regressione logistica che controllava per età e sesso.
10	Hsieh AY, Tripp DA, Ji LJ. RCT	<u>Obiettivo:</u> Esaminare l'influenza della concordanza/discordanza nel riportare il dolore percepito a livello verbale e non verbale, differenza vista tra cinesi e popolazione europea. <u>Criteri di inclusione/esclusione:</u> <u>Inclusione:</u> Studenti universitari fluenti in inglese, e della popolazione cinese fluenti in mandarino, tempo di residenza in Canada: da 1 mese a 9 anni. <u>Esclusione:</u> persone che riferivano dolore persistente da almeno 3 mesi. <u>Outcome:</u> soglia/tolleranza al dolore, intensità del dolore.	I risultati hanno dimostrato che un ambiente etnicamente concorde (quindi cinesi in un ambiente che li comprende, es. Infermiere di origini cinesi) aumenta le manifestazioni verbali del dolore.
11	Jensen MP, Castarlenas E, Roy R, Tomé Pires C, Racine M, Mirò J Studio di indagine	<u>Obiettivo:</u> L'intensità del dolore è il dominio più comunemente valutato nella ricerca sul dolore e nei contesti clinici. Per facilitare la ricerca transculturale, è necessario conoscere le proprietà psicometriche delle misure dell'intensità del dolore in individui di paesi diversi. Tuttavia, la maggior parte di questa ricerca è stata condotta in Paesi di lingua inglese.	I tassi di completamento errato delle quattro scale sono stati uniformemente bassi (range = 1-2%). L'NRS-11 ha avuto il tasso di preferenza più alto (31%), sebbene un numero sostanziale di partecipanti abbia preferito anche le altre tre scale (range = 22-24%). I risultati supportano l'utilità e la validità costruttiva di tutte

		<p><b>Criteri di inclusione:</b> Per essere idonei, i potenziali partecipanti dovevano avere almeno 18 anni, riferire di aver provato dolore in almeno una parte del corpo negli ultimi tre mesi per un periodo di tempo qualsiasi ed essere in grado di leggere e scrivere in spagnolo.</p> <p><b>Outcome:</b> NRS, VAS, FPS-R</p>	e quattro le scale di intensità del dolore in questo campione di lingua spagnola.
12	Kim HJ, Chang SJ, Choi SW, Juon H, Lee K, Ryu H Studio comparativo	<p><b>Obiettivo:</b> Descrivere e confrontare i livelli di gravità e interferenza del dolore, la catastrofizzazione del dolore e i fattori associati tra anziani coreani che vivono in Corea del Sud e coreani americani che vivono negli Stati Uniti con dolore cronico.</p> <p><b>Criteri di inclusione:</b> Sono stati inclusi 270 individui (138 coreani residenti in Corea del Sud e 132 coreano-americani residenti negli Stati Uniti), di età superiore ai 65 anni, con dolore cronico auto-riferito, definito come almeno 3 mesi di dolore muscoloscheletrico persistente.</p> <p><b>Outcome:</b> gravità del dolore, l'interferenza del dolore e la catastrofizzazione del dolore</p>	All'analisi multivariata, i coreano-americani avevano livelli più elevati di gravità del dolore e di catastrofizzazione del dolore rispetto ai coreani. I sintomi depressivi, la qualità del sonno e la qualità della vita correlata alla salute erano fattori significativi per la gravità del dolore, l'interferenza del dolore e la catastrofizzazione del dolore per entrambi i gruppi. Tra questi fattori, la qualità della vita correlata alla salute era il fattore più significativo per la previsione della gravità del dolore e dell'interferenza del dolore, mentre i sintomi depressivi erano il fattore più significativo per la previsione della catastrofizzazione del dolore per entrambi i gruppi.
13	Koffman J.	<p><b>Obiettivo:</b> Identificare le influenze culturali sui sintomi della malattia avanzata, la comunicazione e il ruolo della religione e della spiritualità.</p>	<p>Spesso le modalità di fine vita vengono decise in base alla cultura dominante del posto e non centrata sul paziente e sulla sua famiglia.</p> <p>Non tutti i gruppi sociali o culturali reagiscono al dolore nello stesso modo. Il modo in cui le persone comprendono e rispondono al dolore, sia in se stesse che tra gli altri, può essere influenzato dal loro background culturale;</p> <p>Come e se le persone scelgono di comunicare il proprio dolore agli operatori sanitari e agli altri può essere influenzato da fattori culturali.</p>
14	Latina R, Paterninani A Revisione di letteratura	<p><b>Obiettivo:</b> Individuare gli aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore, non solo infermieristica</p> <p><b>Criteri di inclusione:</b> non indicati</p> <p><b>Outcome:</b> non indicati</p>	Il dolore impone alla medicina un nuovo paradigma: da una medicina del corpo a una medicina centrata sull'identità di colui che viene assistito, in cui vengono presi in considerazione il legame con la società, la cultura, il vissuto e gli aspetti affettivi da cui proviene l'individuo, i quali non solo determinano la soglia di percezione, ma soprattutto la risposta adattiva (coping) di quella persona e solo di quella, per il sollievo dal suo dolore. E una esperienza umana da rispettare e comprendere, che coinvolge aspetti emotivi, cognitivi e anche sociali.
15	Lillis TA, Burns J, Aranda F, Burgess HJ, Purim-Shem-Tov YA, Bruehl S, Beckham JC,	<p><b>Obiettivo:</b> Misurare se i fattori che influenzano lo status socio-economico della persona (come: reddito, educazione, lavoro, percezione delle entrate rispetto ai bisogni primari di base) possono spiegare le differenze di segnalazione del dolore acuto tra donne di diverse etnie.</p> <p><b>Criteri di inclusione/esclusione:</b></p>	I risultati evidenziano che quanto osservato possa essere in gran parte dovuto a differenze etniche.

	Pinkerton LM, Hobfoll SE  Studio longitudinale	<p>Delle donne inizialmente contattate (1.921) solo 663 sono state incluse nello studio in quanto ritenute idonee. 25 sono state escluse in quanto nell'intervista hanno indicato la loro razza come "altro" o si sono identificate in più di una razza. Quest'ultimo gruppo nello specifico era troppo esiguo per essere contato a livello statistico, per cui è stato escluso.</p> <p>Caratteristiche del campione: donna, età: 18-40 anni, premenopausa, livello linguistico sufficiente a comprendere la prova, presenza di un dolore acuto (sedi: al torace, addomino-pelvica, cervicali e spalle, lombalgia e emicrania).</p> <p>Criteri di esclusione: dolore/patologie concomitanti che alterano lo stato cognitivo-percettivo, dolore cronico, dipendenza da sostanze, uso di oppioidi nei 3 mesi precedenti, dolore causato da trauma.</p> <p><u>Outcome:</u> studiati- stato socioeconomico, durata e qualità del sonno, catastrofizzazione al dolore, sindrome post-traumatica da stress</p> <p>Poi evidenziati secondo due criteri- l'intensità del dolore e quanto questo dolore influisse sulla vita quotidiana.</p>	
16	Lor M, Koleck TA Studio retrospettivo	<p><u>Obiettivo:</u> Descrivere la documentazione indicante il dolore trascritto dai pazienti stessi suddiviso nelle diverse etnie coinvolte (principalmente spagnoli, Hmong, Lao, Khmer con l'ausilio di un interprete inglese)</p> <p><u>Criteri di inclusione/esclusione:</u> Studio di dati presenti su cartelle cliniche di una struttura di cure primarie (di 79.195 visite di pazienti).</p> <p><u>Outcome:</u> È stata utilizzata la regressione Hurdle per esplorare l'effetto della razza, etnia e della lingua sulla probabilità di avere dolore e la sua intensità (controllando per età, sesso e anamnesi). I test Mann-Whitney sono stati utilizzati per esplorare l'influenza che aveva la conoscenza della lingua inglese rispetto al non conoscerla e sulla gravità del dolore riportata all'interno di un'etnia.</p>	<p>I punteggi del dolore erano più alti per i pazienti con conoscenza limitata dell'inglese, rispetto a quelli che parlavano inglese, all'interno della categoria di razza asiatica o di etnia ispanica/latina. L'età avanzata, il sesso femminile, la razza nera o afroamericana e la lingua spagnola o lao aumentavano la probabilità di avere dolore. Questi stessi fattori, insieme alla razza degli Indiani d'America o dei Nativi dell'Alaska, hanno contribuito a una maggiore gravità del dolore. La razza asiatica, invece, ha diminuito la probabilità di riferire un dolore e ha contribuito a una minore gravità del dolore. Dunque, sia l'etnia che la lingua influiscono nel riportare fedelmente il livello di dolore percepito.</p>
17	Losin EAR, Woo CW, Medina NA, Andrews-Hanna JR, Eisenbarth H, Wager TD Parte di manoscritto che riporta uno studio sperimentale	<p><u>Obiettivo:</u> identificare se ci sono mediatori neurali e socioculturali delle differenze etniche nel dolore</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> I partecipanti erano 97 individui (47 maschi, età compresa tra 19 e 54 anni; M = 28,98, SD = 5,56), 33 soggetti afroamericani (15 maschi), 32 soggetti americani bianchi non ispanici (16 maschi) e 32 soggetti americani bianchi ispanici (16 maschi), in base all'etnia dichiarata. I partecipanti sono stati reclutati nell'area di Denver attraverso Craigslist o uno dei tre diversi gruppi di soggetti dell'Istituto di genetica comportamentale (IBG) dell'Università del Colorado Boulder, al fine di sfruttare i dati genetici esistenti su questi partecipanti nelle analisi future. I partecipanti hanno dichiarato di non avere diagnosi neurologiche o psichiatriche attuali o recenti (ultimi 6 mesi) e di non fare uso di farmaci psicoattivi o antidolorifici. I partecipanti hanno inoltre riferito di non avere condizioni mediche legate al dolore, di non avere motivi per ritenere</p>	<p>I risultati supportano l'ipotesi che i livelli più elevati di dolore riferito dagli afroamericani rispetto ai bianchi non ispanici possano derivare in parte da differenze nei sistemi cerebrali extra-nocicettivi implicati nella modulazione, nella valutazione e nella cronicizzazione del dolore, che a loro volta possono derivare dagli effetti a lungo termine di un trattamento sociale negativo. Le minoranze etniche, in particolare gli afroamericani, sopportano un carico sproporzionato di dolore e le sue conseguenze negative a livello sanitario e finanziario. I nostri risultati suggeriscono che i livelli più elevati di dolore riferiti dagli afroamericani in contesti sperimentali e clinici riflettono probabilmente differenze nella valutazione interna del dolore e delle sue conseguenze sul comportamento, e che gli interventi volti a ridurre la discriminazione razziale e ad aumentare la fiducia dei medici tra gli</p>

		<p>di essere particolarmente sensibili o insensibili al calore da contatto e di non provare attualmente una quantità insolita di dolore.</p> <p><u>Criteri di esclusione:</u> Nove partecipanti sono stati esclusi dalle presenti analisi per i seguenti motivi: errore dello stimolatore termico, claustrofobia, non si adattava alla bobina della testa, filo metallico nelle estensioni dei capelli, trovava il dolore intollerabile, non soddisfaceva i criteri demografici.</p>	<p>afroamericani possono contribuire ad alleviare queste disparità di dolore.</p>
18	<p>Najem C, Mukhtar NB, Ayoubi F, van Oosterwijk J, Cagnie B, De Meulemeester K, Meeus M</p> <p>Revisione sistematica</p>	<p><u>Obiettivo:</u> identificare se e come le credenze e gli atteggiamenti religiosi possono influenzare l'intensità del dolore, l'interferenza del dolore, le credenze e le cognizioni legate al dolore, le emozioni e il coping dei pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico.</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> Questa revisione sistematica è stata condotta e riportata seguendo le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). È stata condotta una ricerca elettronica in 4 banche dati online (PubMed, Embase, Web of science e PsychArticles) e integrata da una ricerca a mano. Due revisori hanno eseguito in modo indipendente lo screening di ammissibilità, la valutazione del rischio di bias e l'estrazione dei dati.</p> <p><u>Outcome:</u> intensità del dolore, interferenza del dolore, credenze e cognizioni legate al dolore, emozioni, disabilità, funzionamento fisico e coping.</p>	<p>Nella revisione sono stati inclusi nove studi trasversali e uno studio caso-controllo.</p> <p>La qualità metodologica degli studi inclusi variava da bassa ad alta. I risultati raccolti sull'associazione tra religiosità e intensità del dolore, disabilità o interferenza del dolore sono risultati contrastanti. L'evidenza limitata suggerisce che la religiosità è associata positivamente a credenze e cognizioni peggiori legate al dolore, emozioni peggiori legate al dolore e migliore accettazione del dolore.</p> <p>Non sono disponibili dati sufficienti a sostegno dell'affermazione che la religiosità sia negativamente associata a al funzionamento fisico e all'autoefficacia legata al dolore nelle persone con dolore muscoloscheletrico cronico.</p>
19	<p>Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Mukhtar NB, Lenoir D, Meeus M</p> <p>Revisione sistematica</p>	<p><u>Obiettivo:</u> Verificare se le credenze sul dolore, cognizione e comportamento sono influenzate dalla razza, etnia e dalla cultura in pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> età &gt;18 anni, pazienti con dolore cronico muscoloscheletrico, valutazione delle credenze sul dolore, presenza di full text in inglese, francese o olandese, studi caso controllo, di coorte.</p> <p><u>Criteri di esclusione:</u> studi su animali, età &lt;18 anni, studi che non esaminavano le differenze sulle credenze del dolore, full text/abstract o poster non disponibili.</p> <p><u>Outcome:</u> differenze nelle strategie di Coping, differenze nella credenza e percezione della malattia, attitudine al dolore e credenze</p>	<p>Esiste una moderata evidenza che gli afroamericani utilizzano più strategie di coping basate sulla preghiera, sulla speranza e sulle emozioni rispetto ai caucasici. Esistono anche prove preliminari sulle differenze tra afroamericani e caucasici in alcune strategie di coping come la distrazione, la catastrofizzazione e la risoluzione dei problemi. Esistono evidenze preliminari sulle differenze nelle strategie di coping del dolore tra Stati Uniti e Portogallo, Stati Uniti e Singapore e tra 4 Paesi francofoni. È emerso che i pazienti spagnoli affetti da fibromialgia (FM) hanno una percezione della malattia più negativa rispetto ai pazienti olandesi. Ci sono prove preliminari che i caucasici hanno una maggiore autoefficacia rispetto agli afroamericani. È stato inoltre dimostrato che i neozelandesi hanno aspettative di salute più interne rispetto ai pazienti statunitensi. È stato dimostrato in via preliminare che i caucasici affetti da artrite reumatoide (AR) hanno più convinzioni di controllo positivo rispetto agli afroamericani. Infine, è stato dimostrato che i pazienti statunitensi ritengono di essere più disabili, mentre i singaporiani interpretano il dolore secondo una prospettiva biomedica tradizionale.</p>

20	Pathak A, Shazam S, Jensen MP Studio osservazionale	<p><u>Obiettivo:</u> Validare una scala del dolore in paesi non occidentali (Es. Nepal)</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> pazienti nepalesi con dolore muscoloscheletrico</p> <p><u>Outcome:</u> identificare quale delle 4 scale del dolore comunemente utilizzate è la più preferita dai nepalesi, confrontare i tassi di errore, determinare se la preferenza e i tassi di errore sono influenzati dall'età o dal livello di istruzione e valutare la validità del costrutto di ciascuna scala utilizzando l'analisi dei fattori.</p>	<p>I risultati indicano che la Faces Pain Scale-Revised è la scala più preferita, seguita dalla Verbal Rating Scale. La Scala di valutazione numerica e la Scala analogica visiva sono risultate entrambe le meno preferite e hanno registrato tassi più elevati di risposte errate, soprattutto tra i partecipanti più anziani. Tuttavia, tutte le scale hanno dimostrato un'adeguata validità di costrutto come misura dell'intensità del dolore tra i partecipanti in grado di utilizzare accuratamente tutte e 4 le scale.</p>
21	Peter, N., Kleinjung, T., Horat, L. et al. Studio osservazionale	<p><u>Obiettivo:</u> Validare la PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) come nuovo strumento di valutazione visiva del carico di sofferenza nei pazienti affetti da acufene.</p> <p><u>Criteri di inclusione:</u> Da dicembre 2012 a maggio 2014, a 257 pazienti (96 donne (37,4%), 161 uomini (62,6%)) affetti da acufeni è stato chiesto di partecipare allo studio prima o durante la visita programmata presso il reparto di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Universitario di Zurigo. I pazienti sono stati inclusi nello studio quando avevano almeno 18 anni, parlavano correntemente la lingua tedesca, avevano conoscenze informatiche sufficienti per partecipare a un sondaggio online e riferivano di soffrire di acufeni da almeno un mese. Dei 257 pazienti, 188 soggetti hanno compilato l'indagine e completato il PRISM entro il periodo di tempo sopra indicato.</p> <p><u>Criteri di esclusione:</u> Trentaquattro pazienti non sono stati inclusi a causa dell'insufficiente conoscenza della lingua tedesca. Trentacinque pazienti hanno rifiutato di partecipare allo studio.</p>	<p>Il carico di sofferenza misurato con il PRISM era correlato alla gravità dell'acufene (THI e TQ), ai sintomi depressivi (BDI) e alla qualità di vita correlata alla salute (WHOQOL-BREF) (tutti <math>p \leq 0,001</math>). Nei tre gruppi PRISM la gravità dell'acufene (THI e TQ) e i sintomi depressivi (BDI) differivano significativamente (tutti <math>p \leq 0,01</math>).</p>
22	Rahim-Williams B, Riley JL 3rd, Williams AK, Fillingim RB Revisione sistematica	<p><u>Obiettivo:</u> confronto tra le risposte sperimentali al dolore tra afroamericani e bianchi non ispanici e altri gruppi etnici e differenze intra-culturali.</p> <p><u>Criteri di inclusione/esclusione:</u> Incluso gli studi che si concentravano specificamente sul confronto tra gruppi etnici e razziali (e se erano stati utilizzati stimoli dolorosi sperimentali. Dei 472 studi identificati, venticinque articoli soddisfacevano i criteri di inclusione (nell'articolo identificati nella Tab.3).</p> <p><u>Definizione concettuale della variabile:</u> Le differenze tra gruppi etnici riflettono inevitabilmente un'influenza olistica di fattori biologici, sociali, culturali e psicologici, e psicologici, bisogna dunque vedere il singolo seguendo il modello biopsicosocioculturale del dolore.</p> <p><u>Outcome:</u> soglia e tolleranza al dolore, intensità, livello di sgradevolezza e/o valutazioni di superamento della soglia per stimoli termici, freddi, ischemici, meccanici/pressivi o elettrici.</p>	<p>Divisi in due categorie di confronto tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afro-americani e bianchi non ispanici;</li> <li>• Bianchi non ispanici e diversi gruppi etnici;</li> </ul> <p>La revisione delle differenze tra gruppi etnici nel dolore sperimentale indica prove generalmente coerenti riguardo alle differenze tra gruppi etnici nelle risposte al dolore sperimentale, in particolare per gli studi che confrontano afroamericani e bianchi non ispanici. Gli afroamericani hanno riportato risposte percettive più forti agli stimoli dolorosi, in particolare una minore tolleranza al dolore e valutazioni più elevate degli stimoli soprasoglia. Tuttavia, le prove sono meno chiare per quanto riguarda i meccanismi alla base di queste differenze. Il fatto che le differenze etniche emergano in tutte le modalità di stimolo depone a sfavore dei meccanismi periferici, e diversi studi indicano come fattori importanti sia le variabili psicosociali sia le risposte endogene di inibizione del dolore. La revisione evidenzia i potenziali</p>

			meccanismi che si ritiene influenzino le differenze tra gruppi etnici nei risultati sperimentali del dolore.
23	Re G.L, Andreola I. Articolo per rivista FNOPI – revisione di letteratura	<u>Obiettivo:</u> fornire informazioni del vissuto del dolore di un paziente con una cultura diversa e le risposte dell'infermiere alle sue richieste <u>Criteri di inclusione:</u> Selezione di articoli da database, quali: PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Web of Science e Scopus. Utilizzando keywords quali: pain, culture, nursing, nurse, "transcultural nursing", "culture (anthropological)", "cultural anthropology", "nurse attitude". Una prima selezione è avvenuta per pertinenza all'argomento, rilevanza di titolo (anche dell'abstract); ulteriore screening considerando la pertinenza e/o rilevanza dopo lettura integrale dei full text e dei documenti eleggibili.	Ogni cultura interpreta il dolore attribuendogli un significato specifico, il che si traduce in varie modalità di percezione, tolleranza e manifestazione esterna dei sintomi. Questa diversità ha un impatto diretto sulla valutazione e sulla gestione infermieristica del dolore. In un contesto sociosanitario sempre più caratterizzato dalla multiculturalità, l'infermiere non può più evitare l'approccio al dolore con sensibilità culturale e sicurezza. Questo non solo è un obbligo etico, ma contribuisce anche a migliorare l'efficacia delle cure fornite.
24	Saastamoinen, P Studio di coorte prospettico	<u>Obiettivo:</u> Identificare se vi è una correlazione tra dolore cronico e pensionamento per invalidità <u>Criteri di inclusione:</u> In questo studio abbiamo utilizzato 4 esiti di pensionamento: pensionamento di invalidità per tutte le cause, per malattie muscoloscheletriche, per disturbi mentali e per cause diverse da malattie muscoloscheletriche o disturbi mentali.	I soggetti che riferivano dolore cronico si sono ritirati per invalidità più spesso di quelli senza dolore o con dolore acuto durante il follow-up.
25	Sensky T, Büchi S Revisione sistematica	<u>Obiettivo:</u> Quantificare l'accuratezza di PRISM per misurare e valutare gli atteggiamenti e i processi decisionali personalmente rilevanti. <u>Criteri di inclusione:</u> Nelle pubblicazioni identificate venivano descritti i compiti di PRISM e PRISM+ [2-4], utilizzando Ovid Medline, Scopus e la Web of Science Core Collection, integrati da ricerche con Google Scholar.	Sono state identificate cinquantadue pubblicazioni, per un totale di 8254 partecipanti. Facilitato da semplici istruzioni, il PRISM è stato utilizzato con gruppi di pazienti in diversi contesti e culture. Come misura della sofferenza, il PRISM, con poche eccezioni, si è comportato come ci si aspettava secondo la concettualizzazione seminale della sofferenza di Eric Cassell. Il PRISM è stato utilizzato anche per valutare le convinzioni o gli atteggiamenti nei confronti di condizioni di lavoro stressanti, relazioni interpersonali, consumo di alcol e suicidio, tra gli altri.
26	Scharma S, Abbott JH, Jensen MP Editoriale	<u>Obiettivo:</u> sensibilizzare i clinici a valutare il background culturale della persona quando presenta dolore cronico <u>Outcome:</u> Il ruolo della cultura in diversi ambiti come: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel dolore cronico</li> <li>• Nella comunicazione del dolore</li> <li>• Sulle credenze del dolore</li> <li>• Coping del dolore</li> </ul>	La cultura è un importante ambito sociale che i medici dovrebbero considerare nel trattamento del dolore cronico. Dati questi effetti culturali, è importante adattare le valutazioni e i trattamenti biopsicosociali a una cultura prima di utilizzarli nella pratica clinica.
27	Shin H, Kim K, Young Hee Kim, Chee W, Im EO Studio sperimentale	<u>Obiettivo:</u> Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare e confrontare le proprietà psicometriche del MPQ-SF e del BPI-SF tra i pazienti oncologici asiatici americani. Gli obiettivi specifici erano: (a) valutare e confrontare l'affidabilità del MPQ-SF e del BPI-SF tra i pazienti oncologici asiatico-americani e (b) valutare e confrontare la validità del MPQ-SF e del BPI-SF tra i pazienti oncologici asiatico-americani.	I risultati indicano che tra gli asiatici americani entrambe le scale del dolore sono internamente coerenti, alcuni item di ciascuna sono ridondanti e la BPI-SF è più valida della MPQ-SF.

		<p><u>Criteria di inclusione:</u> Pazienti provenienti da diverse aree geografiche per permettere la generalizzazione, pazienti &gt;18 anni con cancro, accettato il consenso, appropriatezza delle risposte date attraverso elaboratore al computer, persone che comprendessero l'inglese.</p> <p><u>Outcome:</u> Efficacia MPQ-SF vs BPI-SF</p>	
28	Zannoni Monntanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C. Poster di un congresso	<p><u>Obiettivo:</u> L'obiettivo è analizzare l'influenza della cultura sull'espressione, la gestione e i trattamenti del dolore, dato che rappresenta il 3,8% delle principali patologie che portano le persone straniere al pronto soccorso</p> <p><u>Criteria di inclusione:</u> pazienti afferenti ad un'AULSS, cinesi, sud-centro africani, pakistani/indiani ed est europei.</p>	Il significato del dolore, la sua descrizione, come viene espresso, le scelte di trattamento e gli strumenti per rilevarlo e valutarlo sono culturalmente sensibili e hanno bisogno di essere adattati al variare della cultura di appartenenza.