

Automedicazione per il controllo del dolore: quando “il fai da te” può essere appropriato?

Ovidio Brignoli ¹, Pierangelo Lora Aprile ²

¹ Vice presidente Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie; ² Segretario scientifico Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Automedicazione nel controllo del dolore

Il dolore è una esperienza soggettiva, individuale e difficilmente condivisibile. La IASP (*International Association for the Study of Pain*) lo definisce “*un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata o meno a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di un simile danno*”. È il risultato di una serie di interazioni complesse (sistema nervoso, risposte metaboliche, immunologiche ecc.), modulato da diversi fattori (ambientali, culturali, fisici, affettivi ecc.), in grado di generare caratteristiche specifiche per ogni individuo. Il dolore è riscontrabile in diverse situazioni cliniche, rappresentando una delle manifestazioni più importanti di alcune malattie. Inoltre, tra i sintomi, è quello che mina maggiormente la qualità di vita del paziente sia dal punto di vista fisico che da quello psicologico. Questa dimensione di sofferenza rende evidente la presenza nel quotidiano di un universo di persone che soffrono di dolore e hanno necessità di controllarlo, spesso in modo indipendente dalla malattia che l’ha provocato.

Il dolore è tra le condizioni più comuni che devono essere affrontate nella pratica clinica quotidiana e il medico non può mai sottovalutare un sintomo che ha un forte impatto sul benessere biologico, psicologico, sociale ed economico del paziente ¹.

Il setting più appropriato per una prima risposta al cittadino con problemi di dolore è quello delle cure primarie: la maggior parte dei pazienti che necessitano di cure antalgiche dovrebbe essere gestita dal medico di medicina generale (MMG). Dai dati di alcune ricerche italiane condotte nell’ambito della

Medicina Generale (MG) si rileva che quasi il 90% dei problemi correlati al dolore che portano a consultare il medico sono riconducibili a tre cluster: malattie del sistema osteo-muscolare (ICDIX: 710-739); sintomi e stati morbosi mal definiti (ICDIX: 780-799); traumatismi (ICDIX: 800-999). In più del 50% dei casi la durata del dolore, riferita dal paziente al primo accesso, è inferiore a 30 giorni (nel 24,8% dei casi < 1 settimana). Al primo accesso nell’ambulatorio del medico in oltre due terzi dei pazienti viene prescritto un solo farmaco (75% farmaci antinfiammatori non steroidei – FANS – e 7,4% paracetamolo o sue associazioni), mentre nell’8,4% vengono prescritti due o più farmaci ^{2,3}.

Il sintomo dolore è particolarmente frequente nelle cosiddette “prestazioni non differibili”, condizioni che inducono a consultare il MMG al di fuori della sua attività programmata e che talvolta richiedono un intervento diagnostico-terapeutico.

Le cause che portano il paziente al consulto del medico sono molteplici ⁴, ma quelle che lo inducono a richiedere una visita “fuori programma” sono molto spesso le cause associate a dolore. In questi casi il dolore è in gran parte causato da condizioni cliniche che presentano uno stato infiammatorio correlato. Ne sono un esempio i casi di otite, sinusite, laringite, faringite, mal di denti, dolori muscolari, cervicalgia ecc.

In un ambulatorio di MG oltre il 60% dei malati con dolore acuto riceve una prescrizione di FANS e il 5,9% di paracetamolo.

Nella maggioranza dei disturbi non differibili il dolore non presenta particolari difficoltà diagnostiche ma richiede la massima attenzione nell’impostazione del trattamento. Infatti, anche se la componente infiam-

matoria è spesso rilevabile, la presenza di comorbidità o di patologie per le quali i farmaci antinfiammatori sono controindicati non rendono possibile l’utilizzo di un FANS alla posologia ritenuta efficace.

In sintesi i disturbi non differibili costituiscono per il MMG un sensibile aggravio del suo lavoro. Data la loro frequente correlazione con il dolore acuto infiammatorio, sarebbe auspicabile che il paziente, opportunamente educato, ricorresse ai farmaci di automedicazione come forma responsabile di autogestione. Tuttavia, a prescindere dalla inappropriata abitudine all’autoprescrizione, di cui già si è discusso, alcuni farmaci di automedicazione acquistabili senza ricetta medica, detti anche OTC (Over The Counter) o SOP (Senza Obbligo Prescrittivo), possono essere “pericolosi” in alcune persone, per la eventuale interazione con i farmaci assunti in modo continuativo per altre patologie.

È necessario quindi chiarire quali sono i confini entro i quali al paziente può essere concesso di automedicarsi con i farmaci OTC e SOP e quali sono i rischi della assunzione non controllata dal medico degli stessi farmaci qualora ricorrano particolari condizioni cliniche.

Automedicazione nel dolore acuto - ricorrente - cronico

Il dolore acuto è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell’ambiente o nell’organismo stesso. È quindi un dolore utile, che prima di essere affrontato e trattato va capito, interpretato e inserito nel corretto nesso eziopatogenetico al fine di individuare la terapia della patologia causale il più possibile adeguata.

In MG questo tipo di dolore è molto frequente. Si può infatti stimare che i pazienti affetti all'ambulatorio di un MMG (Fig. 1) siano per il 60% malati cronici noti, il 15% individui con patologia acuta (nei quali il dolore è quasi sempre presente), il 15% individui con sintomi poco definiti (cosiddetti MUS, *medically unexplained symptoms*, difficilmente ascrivibili a una specifica patologia, ma in cui il dolore è il sintomo riferito prevalente) e il restante 10% individui con altre necessità e bisogni (fra cui la prevenzione).

Nel complesso il 30% dei pazienti che giungono all'osservazione del MMG presentano un dolore acuto.

In una ricerca condotta nel 2004 nell'ambito della MG, su 361 pazienti⁵, accanto al 7% di dolore da cancro, emerge il 93% di casi con dolore non oncologico, in grande maggioranza legato all'apparato osteomuscolare (Fig. 1). Un'altra indagine⁴ su oltre 5.000 pazienti di 95 MMG di 14 regioni italiane ha evidenziato che più del 50% dei casi presenta dolore che non dura da più

di un mese e solo il 18% presenta dolore di durata superiore a 180 giorni, mentre un paziente su 4 ha un dolore che dura meno di una settimana (Fig. 2).

L'automedicazione è proponibile nei pazienti con alcuni tipi di dolore acuto (dolore associato a infiammazione delle prime vie respiratorie, dolore associato a traumi), nel dolore ricorrente (ad es. cefalea, dolori mestruali) e in alcune forme di dolore cronico riacutizzato (dolore artrosico meccanico-strutturale).

Automedicazione: compiti del MMG

È compito del MMG educare il proprio assistito affinché possa gestire con appropriatezza il controllo del dolore associato ad alcune condizioni cliniche senza sconfinare nella autoprescrizione.

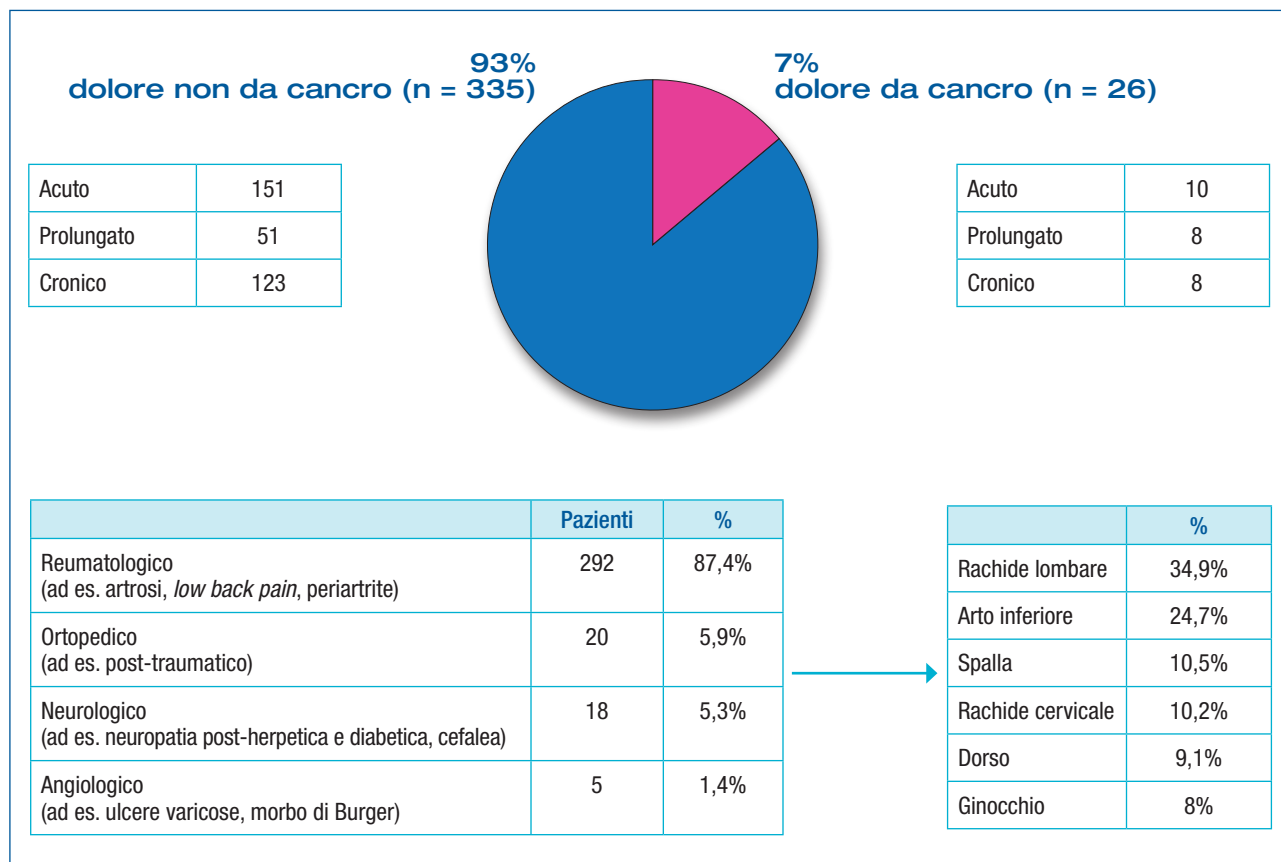
Il primo compito, infatti, è riconoscere i pazienti che fanno uso di farmaci per il controllo del dolore che per le loro caratte-

ristiche devono essere assunti sotto sorveglianza medica. Spesso i pazienti utilizzano i FANS a dosaggi terapeutici come analgesici, talvolta non seguendo quanto riportato nel foglietto illustrativo con riferimento ai dosaggi e al ritmo di somministrazione, il che significa che il farmaco può venire erroneamente assunto, con effetti indesiderati soprattutto sul sistema cardiovascolare (ipertensione), gastroenterico e renale. In una delle cartelle cliniche più utilizzate dagli MMG è presente una scheda che prevede, in un apposito campo, la segnalazione di farmaci assunti in precedenza.

Anche nei dolori muscolari (da contrattura) è frequente constatare l'utilizzo di miorilassanti, ad esempio la tiocolchicoside (disponibile sia come farmaco con obbligo di prescrizione che come medicinale OTC, ma unicamente in formulazioni topiche) associata a un FANS, a volte anche per via parenterale, senza considerazione per l'allarme lanciato dalla Agenzia del Farmaco sull'utilizzo di questo farmaco.

FIGURA 1.

Risultati di un'indagine sul dolore in MG (da Lamberts et al., 1984, mod.)⁶.

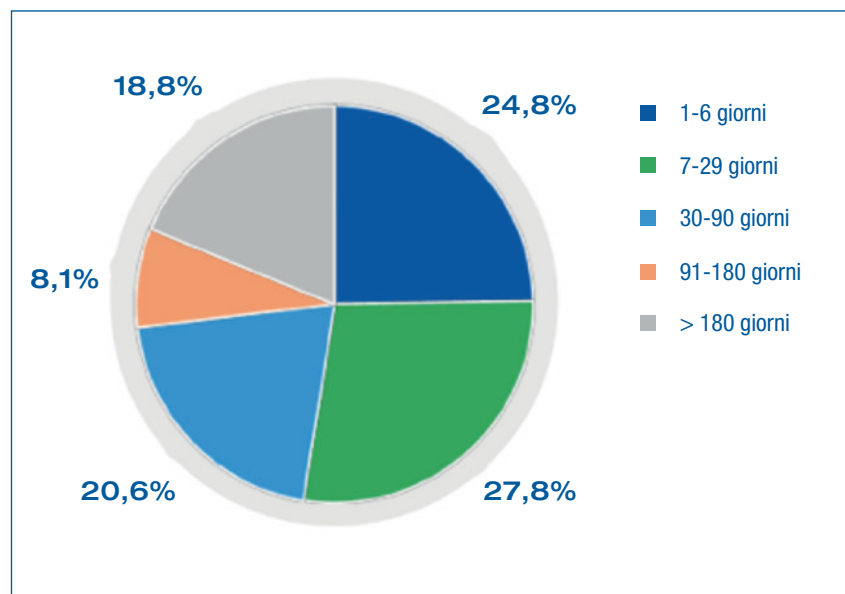


Un secondo compito è identificare il paziente affidabile che può essere educato alla automedicazione per alcune condizioni cliniche molto frequenti (dolore associato a flogosi delle alte vie respiratorie e piccoli traumi in cui non vi sia sospetto di lesioni tissutali che richiedono intervento). Sono soprattutto le “persone sane” quelle che potrebbero beneficiare della automedicazione senza accedere all’ambulatorio. È importante per questo spiegare che il dolore è di tipo infiammatorio per cui può essere controllato in modo eccellente con i farmaci OTC, associando un antinfiammatorio a bassa dose con un farmaco analgesico ad azione centrale come il paracetamolo (sempre come farmaco senza obbligo di ricetta), ottenendo una azione sinergica (cosiddetta terapia combinata). In commercio sono disponibili molti antinfiammatori OTC e il paracetamolo 500 mg (SOP). È comunque bene informare che l’automedicazione è un provvedimento breve che non può superare i giorni di trattamento indicati nel foglietto illustrativo e che oltre questo periodo, se il dolore persiste, è bene rivolgersi al medico.

Più problematica è l’educazione alla automedicazione nel paziente con patologie croniche e in politerapia. In questo caso anche i farmaci senza obbligo di ricetta possono essere controindicati. Nei pazienti a rischio cardiovascolare, ad esempio, l’assunzione continuativa in prevenzione secondaria di Aspirina a basse dosi controindica l’assunzione dei FANS comunemente utilizzati, poiché essi interferiscono con l’azione antitrombotica della Aspirina. Vi sono studi che hanno dimostrato che i dosaggi più alti di Aspirina conservano il profilo antitrombotico atteso⁷⁻⁹ e può essere consigliata per pochi giorni (se non vi sono particolari problemi gastrici) l’assunzione di Aspirina a dosi antinfiammatorie (300-350 mg) associata o meno al paracetamolo.

La cefalea è il dolore che più di ogni altro si presenta obbligando il paziente al ricorso farmacologico ed è stata oggetto dello studio SIMG METEOR¹⁰. In genere le persone con cefalea nota al medico (purtroppo la minoranza) hanno ricevuto istruzioni dettagliate sia per riconoscere la cefalea ricorrente (che si presenta con le medesime caratteristiche) sia, e soprattutto, per riconoscere le “red flag” che devono met-

FIGURA 2.
Durata del dolore al primo accesso dal MMG.



terla in allarme e indurla a consultare il medico. Il 60% delle persone con cefalea sceglie la automedicazione e l’operatore sanitario a cui chiede più frequentemente consiglio è il farmacista. Diventa molto rilevante, quindi, la collaborazione tra il medico e il farmacista, il quale ha il compito di consigliare in modo corretto i farmaci per la cefalea dispensabili senza prescrizione medica, favorire il ricorso alle cure mediche del paziente cefalalgico, educare il paziente a un corretto uso dei farmaci e al monitoraggio dell’andamento dei sintomi (diario della cefalea), riconoscere eventuali sintomi di allarme che richiedono nell’immediato le cure mediche, prevenire e identificare l’abuso di analgesici.

Un altro capitolo delicato per l’automedicazione è il dolore viscerale (toracico e addominale). In questi casi la necessità di identificare la possibile causa sottesa, potenzialmente anche grave, rende indispensabile il consulto medico.

Il dolore addominale ricorrente (ad es. nella sindrome del colon irritabile) non può essere distinto dal paziente da un dolore spia di patologie intra-addominali che richiedono interventi urgenti. Nel caso di patologie viscerali (diverticolite, colecistite, tumori ecc.), infatti, è frequente rilevare un “dolore riferito”, ovvero un dolore sentito in una area superficiale del tronco o dell’addome per un fenomeno percettivo

del dolore legato alla coniugazione anatomica della innervazione proveniente dai visceri e dalla parete addominale/toracica. Pertanto è sempre necessario il consulto del medico.

Da ultimo, ma non meno importante, è utile richiamare il rilevante contributo della farmacovigilanza nel campo degli effetti avversi dei farmaci OTC per il controllo del dolore. È da notare che le informazioni che supportano la sicurezza e l’efficacia derivano quasi esclusivamente dai trials clinici controllati e dai dati della farmacovigilanza. Ciascuno di tali approcci ha limiti e non può sempre prevedere i risultati che si otterranno in condizioni di non prescrizione. In assenza di prescrizione, c’è un minor controllo sull’uso delle medicine e quindi l’ampliamento della categoria dei farmaci da banco può aumentare la probabilità che il farmaco venga usato per patologie non indicate, dosi non previste, periodi non consigliati, in associazione ad altri farmaci e/o alimenti che ne modificano sicurezza ed efficacia. Per questo motivo i farmacisti potrebbero giocare un ruolo di primaria importanza e vi sono studi¹¹ che ad esempio lo dimostrano nei casi di richiesta di farmaci per la cefalea. Molti farmacisti hanno riferito di aver concentrato molta più attenzione da quel momento in poi sul problema cefalea, e che lo studio ha aumentato il loro rapporto relazionale

con i pazienti. Inoltre l'elevato numero di diari restituiti (82%) al farmacista, unitamente alla buona qualità dei dati raccolti, indica che tale studio è stato gradito dai pazienti stessi.

Conclusioni

L'autoprescrizione di farmaci da parte dei pazienti è un fenomeno non solo da scoraggiare ma anche da identificare, soprattutto nella terapia del dolore: molti pazienti assumono FANS a dosaggio terapeutico senza conoscerne le controindicazioni, le interazioni con la terapia continuativa e gli effetti indesiderati potenzialmente anche gravi.

L'autoprescrizione può avvenire anche con farmaci OTC/SOP se non si rispettano indicazioni, dosi, posologia. Un suggerimento è quello di segnalare il dato in cartella.

L'automedicazione, al contrario, è auspicabile se vengono osservate alcune regole vincolanti. È opportuno utilizzare farmaci OTC/SOP a dosaggio e posologia consigliate. Tali farmaci sono stati autorizzati perché in possesso di alcune caratteristiche: possiedono un profilo farmacologico di rischio favorevole; sono presenti sul mercato da un periodo di tempo tale e venduti in quantità tali da ritenersi sicuri in assenza di controindicazioni; sono indicati per patologie che non necessitano di uno stretto controllo medico. Per le persone "sane" è in genere sufficiente ricordare che innanzitutto vanno seguite le indicazioni del foglietto illustrativo e che per aumentare l'efficacia del tratta-

mento, trattandosi spesso di dolore acuto infiammatorio, può essere opportuno associare un antinfiammatorio al paracetamolo. È auspicabile invece che l'automedicazione venga discussa e autorizzata dal medico (anche come possibilità futura di trattare patologie molto frequenti come il dolore associato a flogosi acute delle vie aeree, piccoli traumatismi, riacutizzazioni di dolori osteo-articolari) nei pazienti con patologie croniche. Particolare attenzione deve essere riservata al problema delle interazioni tra farmaci (ad es. Aspirina, terapia anticoagulante ecc.).

Nel caso della cefalea è rilevante il contributo che può essere portato dal farmacista ai pazienti non noti al medico, mentre è essenziale una condivisione della autogestione dei farmaci prescritti dal medico nei pazienti noti, attraverso l'uso di strumenti validati come il diario della cefalea.

Nessun tipo di automedicazione è consigliabile per i pazienti con comorbilità importante o dolore viscerale in cui sono sempre opportune una visita medica per accertare la causa del dolore, una attenta valutazione clinica da parte del medico e una scelta razionale dei farmaci da somministrare.

Bibliografia

- 1 Schug SA, Goddard C. *Recent advances in the pharmacological management of acute and chronic pain*. Ann Palliat Med 2014;3:263-75.
- 2 Trifirò G, Sessa E, Mazzaglia G, et al. *Tramadol prescribing pattern among Italian general practitioners: a population based study*.

Pharmacoepidemiol Drug Saf 2004;1:A397.

- 3 Piccoliori G, Pecchioli S, Sessa E, et al. *Italian pain research: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico*. Rivista SIMG 2009;3:7-14.
- 4 Piccoliori G, Pecchioli S, Lora Sessa E, et al. *Italian pain research: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico*. Rivista SIMG 2009;(3);7-14.
- 5 Lora Aprile P, Trifirò G, Mazzaglia G, et al. *Assessment of prolonged-release tramadol efficacy and safety in general medical practice: a prospective observational study*. Drug Safety 2004;27:12;944.
- 6 Lamberts H, Meads S, Wood M. *Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system*. Public Health Rep 1984;99:597-605.
- 7 Antiplatelet Trialists' Collaboration. *Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy: prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients*. BMJ 1994;308:81-106.
- 8 Patrono C. *The multifaceted clinical readouts of platelet inhibition by low-dose aspirin*. J Am Coll Cardio 2015;66:74-85.
- 9 Patrono C, Baigent C. *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the heart*. Circulation 2011;123:907-16.
- 10 Roncolato M, Brignoli O. *Migraine epidemiology therapy and economics: an outcome research*. European Neurology 2000;43:102-6.
- 11 Novelle R, et al. *Ibuprofen, aspirin, and paracetamol compared in a community study*. Pharm J 1987;238:561-4.