



CEFALEE TODAY

for the research on headache and clinical neuroscience

N. 142 MARZO

EDITORIALE

CHERUBINO DI LORENZO - PAG. 2

FARMACI PER LA CEFALEA E NUOVO CODICE DELLA STRADA

GUIDO MANNAIONI - PAG. 3

LA NECESSITÀ DI MIGLIORARE IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLE DONNE AFFLITTE DA EMICRANIA: ESPERTI A CONFRONTO

SABINA CEVOLI - PAG. 4

CEFALEE IN CUCINA - CEFALEA E RAMADAN: UN BINOMIO FREQUENTE MA NON INSORMONTABILE

ELEONORA DI PIETRO - PAG. 5

CEFALEE TODAY AMARCORD - LA CYBERCONDRIA: L'IPOCONDRIA DEL NUOVO MILLENNIO?

ROBERTO NAPPI - PAG. 6



DIRETTORE SCIENTIFICO

Cherubino Di Lorenzo (Roma)

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Molinari (Pavia)

DIRETTORE EDITORIALE

Roberto Nappi (Pavia)

COMITATO EDITORIALE

Marta Allena (Pavia)
 Filippo Brighina (Palermo)
 Biagio Ciccone (Saviano)
 Alfredo Costa (Pavia)
 Vittorio di Piero (Roma)
 Federica Galli (Roma)
 Natascia Ghiotto (Pavia)
 Elena Guaschino (Pavia)
 Rosario Iannacchero (Catanzaro)
 Armando Perrotta (Pozzilli)
 Grazia Sances (Pavia)
 Elisa Sancisi (Ferrara)
 Marzia Segù (Vigevano)
 Cristina Tassorelli (Pavia)
 Cristiano Termine (Varese)

Per informazioni:

Francesca Cappelletti
 c/o Biblioteca
 IRCCS Fondazione Istituto Neurologico
 Nazionale C. Mondino,
 Università di Pavia
 Via Mondino 2 – 27100 Pavia
 E-mail: alcegroup@cefalea.it

*Inserito nel registro stampa e periodici
 del Tribunale di Pavia al numero 680 in
 data 03/09/2007*

Bollettino di informazione trimestrale

EDITORIALE

Cherubino Di Lorenzo

Dott. Cherubino Di Lorenzo
 Direttore Scientifico
 Cefalee Today

Ben ritrovati, amiche e amici, e diamo il benvenuto al ritorno della primavera, sperando davvero che sia di pace e benessere per tutti noi. Come tutte le primavere, il 21 di marzo ci ha portato pure la Giornata Mondiale della Consapevolezza sulla Cefalea a Grappolo (*Cluster Headache Awareness Day*), per cui un mio affettuoso saluto si rivolge in particolare a coloro che ne sono affetti, perché mai come adesso potrebbero sentirsi soli nella propria malattia, non vedendo all'orizzonte delle novità farmacologiche come quelle che stanno invece cambiando la vita di chi soffre di emicrania. Prepariamoci anche con lo spirito giusto alle prossime feste pasquali (senza eccessi, mi raccomando, sennò la testa si fa sentire!) e facciamo gli auguri ai nostri lettori di fede islamica per il Ramadan che volge al termine e ai quali abbiamo dedicato un pensiero speciale (ma non facciamo spoiler). Insomma, un periodo ricco di spiritualità: prima

o poi dovremmo affrontare l'argomento, non tutti lo sanno ma c'è uno stretto legame tra religione e cefalea.

Vediamo un po' cos'è accaduto nel mondo del mal di testa in questi mesi. Nel numero precedente ci eravamo detti che finalmente era stata approvata la rimborsabilità per l'atogepant, ormai disponibile pressoché in tutta Italia, a scopo preventivo; ebbene, pare che manchi davvero poco per un'analoga autorizzazione anche per l'utilizzo in acuto, stessa cosa pure per il rimegepant. Sono solo retroscena raccolti in ambienti istituzionali, ma pare che stavolta ci siamo. Parrebbe (il condizionale è d'obbligo) che la rimborsabilità come terapia sintomatica sarà possibile per chi abbia pregressi fallimenti con i triptani. Siccome l'ultimo farmaco di questa famiglia fu immesso in commercio più di 20 anni fa, direi che dovrebbero essersi accumulati tanti pazienti negli anni che potrebbero essere oggi elegibili per questa nuova opzione. Ciò ci intriga molto perché questa è davvero una rivoluzione: finora, i farmaci sintomatici ci aiutavano a gestire meglio il dolore, ma esponendo il paziente al rischio della cefalea da "rimbalzo". Invece, questa nuova famiglia di farmaci pare non faccia nulla del genere, essendo sia una terapia della fase acuta che di profilassi. Insomma, potrebbe davvero accadere che la Cefalea da uso eccessivo di analgesici possa accingersi a diventare un ricordo presente solo sui libri di Storia della Medicina. Staremo a vedere.

Venendo alle dolenti note, ancora oggi non si sa nulla delle norme attuative riguardanti la determinazione di abolire la sospensione mensile dopo 12 mesi di terapia con gli anticorpi. Siccome – per citare un mio vecchio professore – si tollera bene solo il dolore degli altri, devo concludere che chi deve prendere tale decisione non soffra di mal di testa, probabilmente.

Veniamo adesso ai contenuti di questo numero, che speriamo siano di vostro interesse (fateci sapere cosa ne pensate).

Siccome l'8 marzo è anche stata la Giornata Internazionale dei Diritti della Donna, non possiamo che celebrarla a modo nostro, ospitando un articolo della dottoressa Sabina Cevoli dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, autrice di un recente articolo scientifico sulla necessità di migliorare il percorso diagnostico terapeutico delle donne afflitte da emicrania. Dalle sue parole scopriamo che ancora è forte lo stigma nei confronti delle donne che lamentano il mal di testa. Ciò le spinge a nascondere la malattia e a rivolgersi tardi al medico. Pertanto, è fondamentale aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sul problema dell'emicrania nella popolazione femminile di tutte le età garantire un'adeguata assistenza medica ed evitare tanta sofferenza inutile.

Veniamo invece alla consueta intervista di apertura del nostro Roberto Nappi con il prof. Guido Man-naioni, farmacologo tossicologo dell'Università degli Studi di Firenze. L'argomento ce lo avete chiesto in molti e non è stato semplice trovare risposta: possiamo sentirvi sicuri al volante, con i farmaci che assumiamo per curare il nostro mal di testa? Abbiamo delle limitazioni alla guida o corriamo il rischio di risultare positivi ai test delle forze dell'ordine? Recenti annunci politici e clamore giornalistico hanno spaventato molti tra voi e sono venute fuori vecchie paure unite a qualche leggenda metropolitana. Vediamo allora di cosa si tratta.

Per la rubrica Cefalea in Cucina, la nostra dottoressa Eleonora di Pietro ci parla proprio del Ramadan e di come tale pratica religiosa possa essere gestita al meglio senza eccessivi patemi dalle persone di fede islamica rispettose dei precetti della propria religione.

Infine, per la rubrica Amarcord, ecco un articolo del nostro Roberto Nappi, risalente al lontano 2007 sul tema della cybercondria. L'articolo fu scritto ai tempi della scoperta da parte del grande pubblico del mitico "dottor Google", che ha fomentato l'ipocondria delle persone come mai prima d'allora. Se ne parlava all'epoca, in piena infodemia, come di un effetto collaterale della rete. Oggi quel testo torna come mai attuale, essendo arrivato nelle case delle persone "dottor Chat GPT", che ci porta a una cybercondria 2.0 figlia dell'Intelligenza Artificiale. Come sempre, spero che gli argomenti siano di vostro gradimento. Buona lettura e fateci conoscere i vostri commenti.

Farmaci per la Cefalea e nuovo Codice della Strada

Guido Mannaioni



Prof Guido Mannaioni MD, PhD
Department of Neuroscience,
Psychology, Drug Research and
Child Health (NEUROFARBA),
Section of Pharmacology and
Toxicology, Università degli
Studi di Firenze and SOD
Tossicologia Medica e Centro
Antiveneni Azienda Ospedaliero
Universitaria Careggi di Firenze

Prof. Mannaioni, i farmaci per la cefalea possono risultare positivi ai test salivari per droghe?

In generale no, i farmaci utilizzati nella profilassi e nella terapia sintomatica della cefalea non rientrano tra le sostanze ricercate nei test salivari standard (THC, cocaina, oppiacei, MDMA, amfetamine e metamfetamine). Tuttavia, falsi positivi sono possibili, anche se molto rari. Ad esempio l'ibuprofene, in passato, è stato segnalato in alcuni studi aneddotici e non controllati come potenziale fonte di falsi positivi per cannabinoidi (THC), ma si tratta di casi isolati, datati e con test di vecchia gene-

razione. I test moderni sono molto più specifici. Il paracetamolo non dà falsi positivi noti per droghe d'abuso. Alcuni antidepressivi triciclici possono dare interferenze marginali in test immunoenzimatici molto sensibili, ma è improbabile che questo accada nei test rapidi salivari standard in uso alle forze dell'ordine. In ogni caso, non dobbiamo dimenticarci che i test salivari sono test di screening a cui seguiranno, in caso di positività, dei test di conferma che confermeranno o meno la presenza di molecole proibite con assoluta certezza.

Alcuni farmaci per cefalea influenzano la capacità di guida. Sono ricercati nei test?

Sì, alcuni farmaci influenzano la capacità di guida, anche se non sono ricercati nei test di polizia. È il caso del Lasmiditan, che agisce come agonista selettivo di un particolare tipo di recettore per la serotonina e può causare sedazione, vertigini e rallentamento psicomotorio. Questi effetti sono clinicamente rilevanti, ma il farmaco

non viene rilevato dai test antidroga. In questi casi, il paziente è tenuto a rispettare le raccomandazioni riportate nel foglio illustrativo, che possono includere l'astensione dalla guida nelle ore successive all'assunzione.

Un paziente che assume un farmaco come l'amitriptilina può guidare "senza patemi" se non avverte effetti collaterali?

Sì, in linea generale sì, ma il paziente deve essere informato dal medico degli eventuali effetti sedativi e valutare soggettivamente la propria reattività. La responsabilità soggettiva resta importante: se l'amitriptilina, anche a basso dosaggio, provoca sonnolenza, il paziente deve astenersi dalla guida. In assenza di sintomi, non esiste un divieto formale alla guida, ma permane il principio di prudenza e responsabilità individuale.

La legislazione italiana consente ai pazienti epilettici in trattamento con farmaci di condurre veicoli privati, purché non abbiano avuto crisi convulsive da almeno due anni. Quindi, ciò vale pure per i pazienti con cefalea?

No, non esiste un parallelismo normativo diretto tra le due condizioni. La cefalea, anche cronica, non è automaticamente considerata una condizione incompatibile con la guida, a meno che non sia associata a sintomi neurologici severi, perdita di coscienza o uso di farmaci altamente sedativi. Solo in casi particolari, come cefalee con aura invalidante o terapie fortemente sedative, può essere necessaria una valutazione specialistica per l'idoneità alla guida.

Ma quindi, è corretto dire che alla fine quasi qualsiasi categoria di farmaci potrebbe dare effetti collaterali che pregiudichino la capacità di mettersi alla guida e che quindi le opportune limitazioni andrebbero applicate da caso a caso, salvo i divieti esplicitamente espressi dalla legge, come nel caso delle benzodiazepine?

Assolutamente sì. Questo è il punto chiave: non è tanto il principio attivo in sé a determinare l'idoneità alla guida, ma la risposta soggettiva del paziente, la posologia e le caratteristiche farmacodinamiche. Alcuni farmaci hanno indicazioni chiare nel foglio illustrativo (come le benzodiazepine, soggette anche a normative più restrittive), altri no, ma l'effetto clinico va sempre valutato individualmente. La legge italiana lascia ampio spazio alla responsabilità personale, salvo nei casi in cui sussistano controindicazioni esplicite o gravi effetti collaterali noti. Per rendere più chiara la situazione si riassume in una tabella la situazione dei principali farmaci utilizzati nelle cefalee riguardo al rischio di falsi positivi nei test salivari e nelle raccomandazioni per la guida

Categoria Farmaco	Rischio falsi positivi test salivari	Raccomandazioni per la guida
1 Betabloccanti	Nullo	Generalmente sicuri, monitorare eventuali effetti ipotensivi
2 Antidepressivi triciclici (es. Amitriptilina)	Raro (possibili interferenze marginali, non significative)	Evitare guida se sonnolenza o vertigini, valutazione individuale
3 Antiepilettici (es. Topiramato)	Nullo	Attenzione a effetti cognitivi, valutazione soggettiva necessaria
4 Calcio-antagonisti anti-vertiginosi (Cinnarizina, Flunarizina)	Nullo	Possibile sedazione, attenzione individuale
5 Anticorpi monoclonali anti-CGRP	Nullo	Generalmente sicuri
6 Antagonisti del CGRP (Gepanti)	Nullo	Generalmente sicuri
7 FANS (es. Ibuprofene)	Molto raro (vecchi test potevano confondere con THC)	Generalmente sicuri, basso rischio soggettivo
8 Analgesici non oppiacei (Paracetamolo)	Nullo	Sicuro, nessuna interferenza nota
9 Triptani	Nullo	Attenzione a vertigini/sonnolenza, guida possibile se tollerata
10 Ergot derivati	Nullo	Più effetti collaterali neurovascolari, evitare guida se sintomi presenti
11 Lasmiditan	Non rilevato nei test, ma può compromettere la guida	Evitare guida nelle ore successive all'assunzione
12 Oppiacei (generalmente sconsigliati)	Alto (rilevati nei test)	Sconsigliati per la guida; effetti sedativi significativi

La necessità di migliorare il percorso diagnostico terapeutico delle donne afflitte da emicrania: esperti a confronto

Sabina Cevoli



Sabina Cevoli. Responsabile Programma Cefalee ed algie facciali, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna.

L'emicrania è indubbiamente un disturbo disabilitante che affligge principalmente le donne, compromettendone spesso la vita lavorativa e sociale. Sebbene questo concetto sia noto da tempo, ad oggi non abbiamo a disposizione un percorso diagnostico e terapeutico che possa soddisfare appieno le peculiari necessità delle persone di genere femminile nelle diverse fasi della vita. L'emicrania femminile, rispetto a quella maschile, differisce non solo

per la maggiore prevalenza e gravità, ma anche per le differenze legate al genere, come le variazioni ormonali associate al ciclo mestruale e alla menopausa, la gravidanza e l'allattamento, nonché l'uso dei contraccettivi e della terapia ormonale sostitutiva. Da non tralasciare gli aspetti psicologici e la problematica dei tumori femminili, come il tumore al seno, che spesso richiedono una terapia ormonale di lunga durata. Gli attacchi di emicrania possono manifestarsi precocemente, verificandosi frequentemente prima dell'età adulta. La gestione dell'emicrania nelle bambine e nelle adolescenti richiede molta attenzione. Sebbene esistano linee guida nazionali e internazionali per la diagnosi e il trattamento delle cefalee pediatriche, la transizione critica tra prepubertà e postpubertà non viene sufficientemente enfatizzata. Inoltre, un'attenzione maggiore dovrebbe essere rivolta agli aspetti sociali delle adolescenti nella loro vita quotidiana, identificando situazioni ed esperienze che possano rappresentare una fonte di ansia o stress associata all'emicrania. Per cercare di colmare queste mancanze, un gruppo di esperti della Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee (Anircef) in collaborazione con la Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere) e con il supporto incondizionato di TEVA, ha recentemente proposto un documento

di consenso sull'argomento tramite il metodo Delphi. Il metodo Delphi è una tecnica di previsione in cui esperti rispondono a più ripetute indagini, in modo anonimo, per raggiungere un consenso su un argomento, riducendo l'influenza di opinioni individuali e migliorando l'affidabilità del risultato. Gli esperti dei Centri Cefalee sono stati affiancati da esperti nella salute della donna nelle diverse fasi della vita (Pediatra, Medico di Medicina Generale, Ginecologo, Oncologo, Farmacologo, Farmacista), arrivando così a formulare un approccio multidisciplinare al problema. Gli esperti hanno ritenuto che i sintomi dell'emicrania siano per lo più fraintesi dalle donne colpite e che non vengano considerati come legati a una malattia vera e propria anche per paura dello stigma; di conseguenza, le donne con emicrania potrebbero impiegare molto tempo prima di cercare attivamente supporto medico. Sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere l'educazione sulla malattia sono punti cruciali per aumentare la consapevolezza sull'emicrania tra le donne, ridurre lo stigma e garantire un'adeguata assistenza medica. Analizzando, infine, il problema punto per punto, gli esperti hanno concordato che:

1. nelle pazienti pediatriche e adolescenti, un intervento socio-comportamentale dovrebbe essere pianificato prima di qualsiasi trattamento farmacologico;
2. l'individuazione dell'emicrania con aura è considerata cruciale per le donne adulte che necessitano di terapia contraccettiva (secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'emicrania con aura rappresenta una controindicazione assoluta all'uso di contraccettivi ormonali estroprogestinici in quanto è associata a un aumento del rischio di eventi ischemici cerebrovascolari);
3. l'agopuntura è un trattamento efficace per le donne in gravidanza e in allattamento;
4. la selezione della terapia ormonale sostitutiva nelle pazienti in menopausa richiede una valutazione attenta per mitigarne i rischi;
5. manchino letteratura e linee guida per la gestione dell'emicrania nelle donne sottoposte a trattamenti riproduttivi assistiti o oncologici.

Le informazioni ottenute da questo documento dovrebbero servire per sviluppare un percorso specifico per diagnosticare e trattare l'emicrania femminile. La gestione attuale dell'emicrania nelle donne in Italia necessita di profondi miglioramenti per garantire una cura ottimale, standardizzata e continua in ogni fase della vita.

Gli esperti sottolineano la necessità di:

- a. una maggiore multidisciplinarietà (intesa come una stretta collaborazione tra il neurologo/specialista in cefalee e tutti gli altri professionisti medici eventualmente coinvolti nella cura dell'emicrania durante la vita delle donne);
- b. un aumento della collaborazione tra le cliniche per le cefalee e i servizi territoriali;
- c. una maggiore educazione sulla gestione dell'emicrania e sugli strumenti diagnostici tramite aggiornamenti periodici (dedicati a tutti gli operatori professionali che potrebbero supportare le donne con emicrania, inclusi ginecologi, farmacisti, medici di medicina generale, pediatri, oncologi e altri specialisti).

Auspichiamo che questi suggerimenti vengano accolti al più presto dalle Istituzioni che si occupano di Sanità Pubblica.

La Cefalea in cucina



Cefalea e Ramadan: un binomio frequente ma non insormontabile

Siccome nel numero precedente abbiamo parlato della cefalea associata ai pasti natalizi, essendo ancora in corso il Ramadan, ricorrenza sacra per i musulmani di tutto il mondo, non potevamo non affrontare la relazione tra questo periodo e il mal di testa. Si tratta di un periodo caratterizzato da un'astensione da cibo, bevande e fumo che dura dall'alba al tramonto per circa un mese. Questa pratica religiosa modifica il ritmo quotidiano e le abitudini alimentari, con alcuni inconvenienti, tra cui l'insorgenza o l'esacerbazione della cefalea. Ma perché il digiuno del Ramadan è spesso associato al mal di testa e cosa si può fare per gestirlo al meglio? La correlazione tra digiuno e cefalea non è una novità. Già in passato, diversi studi avevano evidenziato come l'astensione prolungata dal cibo potesse scatenare il mal di testa anche in persone che non ne soffrivano abitualmente. Pure per altre pratiche religiose, come lo Yom Kippur ebraico, al digiuno può associarsi la cefalea. Durante il Ramadan, questa tendenza sembra accentuarsi, soprattutto nei primi giorni di digiuno. Diverse ricerche hanno infatti dimostrato un aumento della frequenza degli attacchi di emicrania durante questo periodo. Uno studio in particolare ha rilevato che oltre la metà dei partecipanti con emicrania ha avuto un attacco proprio nel primo giorno di Ramadan, spesso durante le ore di digiuno. Ciò accade per varie ragioni:

- **Disidratazione:** Non bere nelle ore di sole, porta alla disidratazione. La mancanza di liquidi influisce negativamente su diverse funzioni corporee, inclusa la circolazione cerebrale, e può essere un importante fattore scatenante della cefalea.
- **Variazioni della glicemia:** Il digiuno comporta un abbassamento dei livelli di zucchero nel sangue (ipoglicemia). Questa fluttuazione può essere percepita dal corpo come uno stress e innescare il mal di testa.
- **Astinenza da caffeina:** Molte persone consumano regolarmente caffè o altre bevande contenenti caffeina. La brusca interruzione dell'assunzione durante il Ramadan può indurre la cosiddetta "cefalea da sospensione di caffeina", un mal di testa pulsante e fastidioso.
- **Cambiamenti nel ritmo sonno-veglia:** Durante il Ramadan, spesso si assiste a una modificazione degli orari di sonno e veglia, con veglie prolungate e sonno frammentato.

Questa alterazione dei ritmi circadiani può contribuire all'insorgenza della cefalea.

- **Fattori ormonali e neurochimici:** Alcuni studi recenti hanno esplorato il ruolo di specifici biomarcatori nella cefalea da digiuno. Ad esempio, è stato osservato durante gli attacchi di cefalea indotti dal digiuno nel primo giorno di Ramadan un aumento del livello plasmatico del **CGRP (Calcitonin Gene Related Peptide)**, il neuropeptide coinvolto nella patogenesi dell'emicrania, suggerendo un possibile meccanismo sottostante.

Pertanto, chi soffre già di emicrania può sperimentare un peggioramento dei propri sintomi durante il Ramadan in termini di frequenza, intensità e durata degli attacchi, specialmente nella prima parte del mese. Tuttavia, è interessante notare che questa tendenza sembri attenuarsi con il progredire del Ramadan, forse per un progressivo adattamento del corpo al nuovo regime alimentare e di sonno.

Un'altra osservazione interessante inerente al rapporto tra cefalea e Ramadan riguarda l'identificazione di un mal di testa che insorge dopo l'Iftar, il pasto serale che interrompe il digiuno. Questa cefalea post-prandiale, che si manifesta entro 4 ore dalla rottura del digiuno, è diversa dalla classica cefalea da digiuno, che di solito insorge dopo un periodo di astensione prolungato dal cibo, in genere 16 ore circa.

Nonostante la frequenza della cefalea associata al Ramadan, esistono diverse strategie che possono aiutare a prevenirla o a gestirla:

- È fondamentale bere a sufficienza durante le ore non di digiuno, privilegiando l'acqua ed evitando bevande zuccherate.
- Se si è consumatori abituali di caffeina, è consigliabile ridurre gradualmente l'assunzione nelle settimane precedenti il Ramadan per minimizzare i sintomi da astinenza.
- Durante l'Iftar e il Suhoor (il pasto che precede l'alba), è preferibile consumare pasti equilibrati e non eccessivamente abbondanti, evitando cibi troppo grassi o zuccherati. Pure i fritti sarebbero da evitare.
- Cercare di mantenere un ritmo sonno-veglia il più regolare possibile, anche se gli orari del Ramadan possono renderlo difficile.

In conclusione, la cefalea è un disturbo comune durante il Ramadan, influenzata da una serie di fattori fisiologici e abitudinali. Essere consapevoli di questi meccanismi e adottare strategie preventive e di gestione adeguate può aiutare i fedeli a vivere questo importante periodo religioso con maggiore benessere. E' bene ricordare sempre che il consulto con un professionista sanitario è fondamentale per chi soffre di cefalea cronica o persistente.

A cura della Dott.ssa Eleonora Di Pietro, Biologa Nutrizionista Associazione Eupraxia

LA CYBERCONDRIA: L'IPOCONDRIA DEL NUOVO MILLENNIO?

Il **World Wide Web** (il www che precede gli indirizzi dei siti Internet), nato nel 1989, è risultato da un recente sondaggio il secondo avanzamento scientifico più importante degli ultimi 25 anni dopo la scoperta del genoma umano, avvenuta nel 1999. Il libero accesso alla moltitudine di informazioni presenti in Rete ha reso ognuno di noi più autonomo nella gestione delle proprie attività e in generale della propria vita, ma in particolare quando si parla di Salute “non è tutto oro ciò che luccica” nei vari siti che dispensano consigli su cause, sintomi, diagnosi e cure. Ecco che il web può trasformarsi in alimento pericoloso per gli **ipocondriaci**, persone che già soffrono di malattie che non hanno, che interpretano ogni piccolo disturbo come presagio di una grave patologia.

L'ipocondria è un male in crescita, che colpisce soprattutto persone tra i 40 e 50 anni, maschi e femmine indifferentemente, ma che risulta frequente anche nei giovani rispetto al passato; nella pratica medica è riconosciuta tra il 4 e il 9 per cento dei pazienti.

La classica enciclopedia di medicina per molti è andata in soffitta, soppiantata da una marea di indicazioni sanitarie dalle origini più diverse e incontrollate, raggiungibili all'istante con pochi click. L'ipocondriaco del nuovo Millennio può diventare dunque un cybercondriaco (termine coniato dagli studiosi dell'università inglese di Derby), ancora più difficile da curare perché alla prima manifestazione sospetta non resiste alla tentazione di sapere subito di che si tratta e si immerge in Internet alla ricerca delle possibili cause. Il rischio in questi soggetti è che si utilizzino le informazioni raccolte sul web per formulare autodiagnosi, che in alcuni casi anche il medico curante fatica a smontare nella mente del paziente *cybercondriaco*.

L'ipocondria rientra tra i disturbi somatoformi, caratterizzati dalla presenza di una lamentele fisica o somatica, senza alcuna lesione organica dimostrabile che possa giustificarla o senza alcun meccanismo fisiopatologico noto che possa spiegarla.

La definizione che la psichiatria clinica dà di ipocondria è quella di “paura patologica o convinzione di avere una grave malattia, anche se ciò non è vero”. Può essere colpito qualsiasi organo o apparato, più frequentemente quello gastrointestinale e quello cardiovascolare.

La negatività dell'esame fisico o dei test di laboratorio rassicurano il soggetto solo per breve tempo, ma poi i sintomi si manifestano nuovamente, senza però che la falsa convinzione dell'ipocondriaco raggiunga mai l'intensità di un delirio.

Anche il **mal di testa** rientra tra i sintomi dolorosi denunciati dall'ipocondriaco, al punto da essere stata classificata una forma di cefalea attribuita a disturbi somatoformi (12.1 ICHD-II), tra cui, come detto, rientra anche l'ipocondria.

Tornando alla *cybercondria*, gli esperti di cybermedicina – scienza che si dedica all'applicazione delle tecnologie correlate ad Internet in medicina e in ambito di salute pubblica – mettono in guardia i soggetti inclini all'ipocondria dall'interpretazione di qualunque notizia medica reperita in Rete senza le dovute conoscenze, per quanto appaia accurata e affidabile.

Allo stesso tempo, però, ricordano che non esiste, al momento, alcuna prova scientifica in base alla quale si possa affermare che Internet favorisca l'ipocondria.

A volte, infatti, si confonde il presunto *cybercondriaco* con il cosiddetto frequent seeker, cioè colui che è solito ricercare informazioni di qualsiasi tipo in Internet.

Insomma, la libera ricerca di informazioni sul Web può aggravare la condizione di un ipocondriaco, trasformandolo eventualmente in *cybercondriaco*, ma difficilmente potrà essere causa scatenante di ipocondria in chi non ne ha mai sofferto.

In ogni caso, sono da evitare, senza esitazioni, quei siti che uniscono ad articoli pseudo-scientifici la vendita on line di preparati e medicinali o che riportano informazioni non datate e non firmate o ancora che non permettono di risalire all'autore del sito. Il consiglio del proprio medico resta un aiuto superiore a qualunque fonte telematica, che va sempre verificata con attenzione.

Commento

Ho effettuato una ricerca bibliografica ed ho scoperto che non esiste alcun dato pubblicato che dimostri che Internet favorisca gli ipocondriaci; in realtà il termine cybercondriaci identifica tutti quelli che cercano info sul web (e qui c'è un problema di definizione). Alcuni sono frequent seekers, probabilmente ipocondriaci, ma non c'è la prova! Quindi la segnalazione rientra nel più grande capitolo dei possibili effetti collaterali della rete (si parla di infodemiology), riguardo a cui bisogna però evitare ogni visione pregiudiziale (è possibile che accada, ma non è documentato!).

Tutti i dati disponibili dimostrano che la rete non crea problemi ma li accoglie in un media rapido, diffuso ed efficiente: non è l'offerta, perciò, che crea la domanda. Ad esempio, chi ha molti amici ed è molto espansivo userà la chat e contatterà i suoi amici quotidianamente. Chi è solitario resta tale (per riferimento The strenght of internet ties, Boase et al 2006, reperibile liberamente in rete).

Paolo Rossi /INI Grottaferrata

DIVENTA SOCIO DI ALLEANZA CEFALALGICI (AL.CE.) PER IL 2025

Socio Ordinario

Versando **20 euro** riceverai:

- **la newsletter** (un aggiornamento trimestrale sulle notizie di maggiore interesse e su novità nel campo delle cefalee),
- **la rivista online per pazienti Cefalee Today** (articoli scritti da esperti in un linguaggio semplice e aggiornato per il paziente su tematiche di attualità nel campo delle cefalee)

Partecipa **gratuitamente**:

- **ai webinar** (esperti nel campo delle cefalee affrontano temi di attualità discutendone con pazienti di Alleanza Cefalalgici).

Socio Sostenitore

Versando **60 euro** e potrai:

- **Accedere al gruppo privato Fb Chiedi al medico Specialista** (un medico esperto risponde ai tuoi quesiti),
- **Gruppi di Auto Mutuo Aiuto** (un paziente esperto e formato a fungere da facilitatore e coordinatore di piccoli gruppi di pazienti che soffrono di cefalea li guida in incontri periodici online nella discussione e condivisione dei problemi di chi soffre di mal di testa, [clicca qui per saperne di più](#)),
- **buoni sconto per trattamenti non farmacologici** (mindfulness, esercizio fisico, yoga) **SERVIZIO IN VIA DI ATTIVAZIONE**,
- **e-book sulle cefalee** (in cui pazienti cefalalgici descrivono le loro esperienze di vita).

Cosa aspetti? Puoi aderire fin da subito per il 2025. PIU' SIAMO, PIU' CONTIAMO!

COME ISCRIVERSI

Per diventare socio è sufficiente compilare con i propri dati il modulo presente in fondo alla pagina dedicata che trovi [qui](#) e inviarlo cliccando su "invia la richiesta", donare almeno 20/60 euro mediante bonifico bancario a favore di Fondazione CIRNA (IBAN IT56 F030 6909 6061 0000 0060 512) oppure utilizzando paypal.