

di alcune scelte sono una necessità. Negli ultimi anni hanno acquisito importanza le cosiddette "scuole per pazienti" o i "gruppi di autoaiuto" in cui si cerca di mettere a disposizione, da una parte, le conoscenze sull'argomento in modo semplice ed accessibile a tutti e, dall'altra, l'incontro di persone che soffrono dello stesso disturbo e che possono condividere problemi, esperienze e sofferenze comuni. Anche scrivere o raffigurare il proprio dolore può essere di aiuto; varie iniziative invitano, infatti, a partecipare a concorsi letterari o di pittura, riservati a chi soffre di cefalea, in cui l'espressione artistica diventa un momento comunitario di ritrovo. Uno degli obiettivi principali è quello di migliorare il rapporto medico-paziente e di divulgare, in modo semplice ed accessibile a tutti, le informazioni scientifiche sull'argomento.

Grazia Sances

"Dalla Letteratura Internazionale"

(a cura di Alberto Proietti)



L'emicrania è un disturbo prevalente nel sesso femminile, frequentemente legata agli eventi della vita riproduttiva della donna. La gravidanza è, spesso, un periodo in cui gli attacchi emicranici migliorano. Uno studio pubblicato di recente, condotto in collaborazione tra la Clinica Ostetrica e l'Istituto Neurologico Mondino di Pavia, ha studiato prospetticamente, cioè seguendo le donne durante tutti i mesi di gravidanza, l'andamento dell'emicrania in gravidanza e puerperio. 47 donne con emicrania senza aura sono state valutate con diari appositi per monitorare le crisi emicraniche (frequenza, intensità, durata) ed eventuali problemi relativi alla gestazione. Lo studio ha evidenziato una riduzione degli attacchi

emicranici nel 46.8% dei casi durante il primo trimestre, nell'83% nel secondo e nell'87.2% nel terzo trimestre. Una scomparsa completa delle crisi si rilevava, inoltre, nel 10.6% delle donne nel primo trimestre, nel 53.2% nel secondo e nel 78.7% nel terzo. Nel periodo post-partum le crisi si rimanifestavano nel 34% delle puerpere già nella prima settimana e nel 55.3% entro il primo mese dal parto. Nel gruppo di donne studiate, la presenza di iperemesi gravidica e di decorso patologico della gravidanza sembrano essere situazioni che riducono la possibilità di miglioramento degli episodi di cefalea. Un dato interessante è inoltre emerso dallo studio: le donne che allattavano al seno il neonato sembravano essere protette maggiormente dal ripresentare attacchi subito dopo il parto.

(Sances G, Granella F, Nappi RE, Mignon A, Ghiotto N, Polatti F, Nappi G. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalalgia* 2003, 23: 197-205).

Cefalee Today

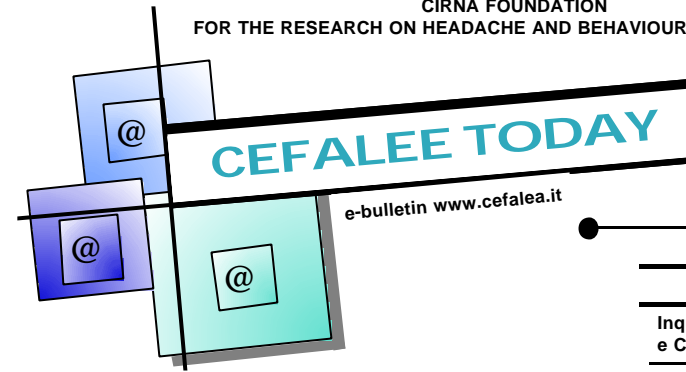
- Bollettino di informazione bimestrale a cura della Fondazione CIRNA
- Organo ufficiale di Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)

Redattore Responsabile: Grazia Sances (Pavia)
Comitato Editoriale: M. Gabriella Buzzi (Roma); Alfredo Costa (Pavia); Silvano Cristina (Pavia); Anna Ferrari (Modena); Natascia Ghiotto (Pavia); Alberto Proietti Cecchini (Pavia); Ennio Pucci (Pavia); Paolo Rossi (Roma); Cristina Tassorelli (Pavia); Paola Torelli (Parma)

Per informazioni: Alleanza Cefalalgici (Al.Ce.)
 V.le C. Battisti, 17 - 27100 Pavia

Tel. 0382-380358
 Fax. 0382-380369
 E-mail: alcegroup@tin.it





Anno 5, Numero 28
Ottobre 2003

Sommario

Inquinamento elettromagnetico e Cefalee	1-2
Vivere con la cefalea	2-4
Concorso Letterario	3
Dalla letteratura internazionale	4

Inquinamento elettromagnetico e Cefalee

Il termine "inquinamento elettromagnetico" è, ormai, entrato a far parte del linguaggio comune. Il rischio potenzialmente costituito dall'esposizione a campi elettromagnetici è oggetto di numerosi dibattiti, sotto la spinta della diffusione di alcune tecnologie, in particolar modo della telefonia cellulare, che hanno portato il problema all'attenzione del pubblico. Lo spettro elettromagnetico viene diviso in una sezione *ionizzante*, comprendente raggi X e gamma e una *non ionizzante* (NIR). Quest'ultima viene a sua volta suddivisa in una sezione *ottica* e una *non ottica*. La prima include le radiazioni ultraviolette, la luce visibile e la radiazione infrarossa, che interagiscono con la materia per via fotochimica (visibile e UV) e termica (infrarossi). La seconda sezione *non ottica*, che costituisce l'oggetto della nostra attenzione, comprende le microonde, le radiofrequenze, i campi elettrici e magnetici a frequenza estremamente



bassa (ELF nella terminologia anglosassone), fino ai campi elettrici e magnetici statici. Alcuni effetti biologici dei campi magnetici ELF, non necessariamente di elevata intensità, sono da tempo utilizzati in medicina (è il caso delle applicazioni della magnetoterapia).

Le modalità di interazione delle radiazioni non ionizzanti non ottiche con la materia biologica consistono in due effetti fra loro complementari: induzione di correnti elettriche e produzione di calore con rialzo termico. Alle frequenze più basse e fino a circa 1 megahertz prevale l'induzione di correnti elettriche nei tessuti elettricamente stimolabili, come nervi e muscoli. Con l'aumentare della frequenza diventa sempre più significativa la cessione di energia nei tessuti attraverso il rapido movimento oscillatorio di ioni e molecole di acqua, che si traduce in calore e riscaldamento. Molteplici sono le fonti di inquinamento elettromagnetico a livello ambientale (trasmettitori

radio-televisivi, linee elettriche, radar ecc.), occupazionale (altiforni, saldatrici elettriche, marconiterapia, radarterapia, VDT, ecc), e domestiche (impianti elettrici, elettrodomestici, televisori, forni a microonde, ecc). Tra quest'ultima fonte prendiamo in considerazione la telefonia cellulare con una frequenza di 900 MHz a 1-2 cm di distanza e 1.8 GHz a 10 cm di distanza.

Con un numero stimato di quasi 200 milioni di telefoni mobili oggi in uso nel mondo, anche piccoli effetti nocivi per la salute potrebbero avere un impatto rilevante in termini di sanità pubblica.

La cefalea è una delle patologie di più comune riscontro nella pratica clinica, si pensi che, solo l'emicrania, interessa approssimativamente il 6% degli uomini e il 18% delle donne fra i 25 e 55 anni, nel periodo dunque di maggiore produttività. Il carattere fortemente disabilitante ne fa una malattia sociale con elevati costi economici.

Attualmente, l'utilizzo della telefonia mobile appare ubiquitario, registrando nel contempo un aumento di differenti disturbi ad essa correlati; in primo luogo cefalea ed alterazioni della sensibilità in sede auricolare o periauricolare, sebbene il nesso certo di causalità appare tuttora controverso. I telefoni cellulari emettono campo solo quando il portatore parla, durante l'ascolto il sistema è passivo anche se la linea è impegnata; il sistema, inoltre, riduce automaticamente la potenza emessa quando ottiene un collegamento soddisfacente. Tali disturbi paiono essere più frequenti a seconda che si utilizzi il sistema digitale (GSM), rispetto a quello analogico (NMT). I fattori implicati potrebbero essere legati alla diversa emissione di radiofrequenze, alla minore o maggiore temperatura generata dal telefono, e ad altri differenti fattori ergonomici; di non minore importanza sono infine la durata e il numero di telefonate pro die, il cui incremento è proporzionalmente connesso all'insorgenza dei disturbi sopra menzionati.

Non vi è finora alcuna prova convincente

che l'esposizione a campi ELF provochi danni diretti alle molecole biologiche, compreso il DNA.

Sono necessari ulteriori studi per delineare un quadro più completo dei rischi sanitari e della cefalea in modo particolare; infatti, occorre tener presente che la diffusione di massa della telefonia mobile è un fenomeno circoscritto agli ultimi anni.

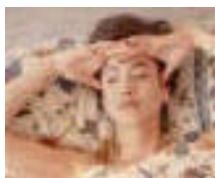
Bibliografia

- Sandrostrom M, Wilen J, Oftedal G, Hanson Mild K. *Mobile phone use and subjective symptoms. Comparison of symptoms experienced by users of analogue and digital mobile phones. Occup Med (Lond) 2001; 51:25-35.*

- Hocking B. *Preliminary report: symptoms associated with mobile phone use. Occup Med (Lond) 1998; 48:357-60.*

Ennio Pucci

Vivere con la cefalea



“Guarirò mai dal mio mal di testa?”
“In famiglia e sul lavoro non mi capiscono, pensano che io finga, devo soffrire in silenzio”

“Non riesco ad occuparmi della famiglia come dovrei”

“Per colpa del mal di testa sono discriminata sul lavoro”

“Ho fatto tante visite, ho assunto tanti farmaci, ma non sono guarito”

“Questo mal di testa mi rovina la vita”

“Non posso programmare nulla: viaggi, cene, attività sociali, sport sono per me motivi di ansia”

“Vivo nell'attesa che mi venga il mal di testa”

“Il mio carattere è cambiato”

“Ho solo una soluzione: sopportare le crisi, stringere i denti sul lavoro ma ridurre a niente la mia vita. La forza mi basta appena per lavorare ma, quando rientro a casa, crollo, spesso devo andare a letto”

Queste sono le frasi che, più frequentemente, il medico ascolta in ambulatorio da parte dei pazienti con cefalea e, spesso, la visita, oltre alla raccolta della storia clinica, deve servire anche a dare delle rassicurazioni. Chi soffre di mal di testa si sente inadeguato, non compreso, discriminato e vive la sua malattia come una condanna.

E' quindi essenziale utilizzare una parte del tempo della visita per far comprendere alcuni concetti fondamentali. Mai dare delle illusioni su una totale guarigione che, con le conoscenze attuali, non potrà essere possibile; bisognerà invece spiegare la natura del disturbo, cercare di indurre il paziente a conoscere il più possibile cosa può scatenare un attacco, far capire che le terapie possono migliorare la qualità di vita, riducendo la frequenza degli attacchi e la loro severità ma non li elimineranno.

Insomma, la visita è anche, in parte, una confessione in cui il cefalalgico potrà esprimere tutti i suoi disagi e per questo ci vuole tempo. Se il medico è frettoloso, incapace di capire, non avrà alcuna speranza di riuscita e, contribuirà, a peggiorare la situazione creando nel paziente ulteriori dubbi e frustrazioni. Non sono importanti solo i sintomi clinici ma tutto ciò che nella vita dell'individuo è successo sin dall'infanzia, i momenti belli e brutti, successi e insuccessi nella vita e nel lavoro, l'ambiente in cui vive.

Molti pazienti percorrono un iter fatto di numerose visite, esami (a volte anche inutili), ricoveri, cure da specialisti e in centri diversi; vagano per il paese e si assoggettano a lunghi viaggi alla ricerca di chi possa comprenderli; spesso si legano non a chi li fa stare meglio ma a chi li ha ascoltati. L'incomprensione è, insomma, il disagio peggiore. A tal proposito è singolare come,

in uno studio, sia risultato che tra i principali ostacoli al trattamento dell'emicrania siano posti l'incomprensione da parte del medico (46%) e l'incomprensione da parte di chi non ne soffre (59%). Non sempre poi i farmaci sono l'unica soluzione, ma proporre variazioni delle abitudini di vita, tecniche non farmacologiche, o in alcuni casi una psicoterapia, è come sminuire la cefalea a una “non malattia”. Il paziente chiede “ma come, dottore, non mi prescrive una medicina? Allora non mi crede neppure lei”. Anche in questi casi delle spiegazioni esaurienti sul perchè

Concorso letterario



“Cefalee in Cerca d'autore III Edizione”

La vincitrice del concorso è risultata Rosanna Olindo di Siracusa con il racconto dal titolo “Tra la signora Woolf e una (forse) così così”

- Altri partecipanti:

Emilio Bacigalupo (Milano) – “L'errore di parallasse”

Manuela Bolognese (Aglia, Pistoia) – “Cefalea e piccola aspirina”

Maria Pia Grazia Ciccarone (Cassano Murge, Bari) – “Sia fatta la tua volontà, la mia perduta per sempre”

Maurizio Mazzotta (Cavallino, Lecce) – “Cefa ed Emy”

Luciana Piccaluga (Brescia) – “La vita persa?!”

Maria Grazia Priori (Pieve Porto Morone, Pavia) – “Una testa che soffre”

Tutti i contributi saranno pubblicati su Confinia Cephalalgica 3, 2003.