

# Lifting The Burden

in official relations with  
the World Health Organization

## The Global Campaign against Headache

### Questionario HURT (Valutazione dell'inadeguata risposta al trattamento)

**La terapia per i Suoi mal di testa potrebbe non essere ottimale. La compilazione di questo breve questionario ci aiuterà a migliorarla.**

#### Risponda attentamente a queste domande

Selezioni **UNA** sola casella in ciascuna riga

**1** Nell'ultimo mese, per quanti giorni ha sofferto di mal di testa?

nessuno

1-2

3-5

6-15

16+

**2** Negli ultimi tre mesi, per quanti giorni ha avuto difficoltà a lavorare, studiare o svolgere i lavori domestici a causa dei Suoi mal di testa?

nessuno

1-5

6-10

11-20

21+

**3** Negli ultimi tre mesi, per quanti giorni i Suoi mal di testa hanno compromesso o impedito la Sua partecipazione ad attività familiari, sociali o di svago?

nessuno

1-5

6-10

11-20

21+

**Analisi** (queste domande stabiliscono la frequenza dei mal di testa in genere e quella delle cefalee disabilitanti che sono oggetto del trattamento; più le caselle spuntate si trovano nella parte destra della tabella, maggiore è la necessità di rivedere il trattamento in atto)

Tutte caselle spuntate si trovano nell'area bianca

Il controllo della cefalea è buono: non è necessario rivedere il trattamento in corso.

Una o più delle caselle spuntate si trova nell'area di colore grigio chiaro

E' necessaria una migliore gestione della cefalea; controlli le risposte alle domande 4-8 per maggiori indicazioni. La terapia di profilassi potrebbe non essere necessaria.

Una o più delle caselle spuntate si trova nell'area di colore grigio intermedio

Il controllo terapeutico della cefalea: controlli le risposte alle domande 4-8 per ottimizzare la terapia in acuto e prenda in considerazione modalità per ridurre la frequenza (evitamento dei fattori scatenanti e avvio di una terapia di profilassi).

Una o più delle caselle spuntate si trova nell'area di colore grigio scuro

La cefalea è disabilitante ed è trattata in maniera inadeguata; possibile cefalea cronica quotidiana (i farmaci sintomatici dovrebbero essere evitati); controlli le risposte alle domande 4-8 e prenda in considerazione modalità per ridurre la frequenza.

<b>4</b>	<p><b>Nell'ultimo mese, per quanti giorni ha assunto farmaci per alleviare un mal di testa?</b> (Non includa i farmaci assunti per prevenirli).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>nessuno</b>	<b>1-4</b>	<b>5-9</b>	<b>10-15</b>	<b>16+</b>	
<b>5</b>	<p>Quando prende tali farmaci, una dose è sufficiente per eliminare il mal di testa ed evitare che si ripresenti?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>sempre</b>	<b>spesso</b>	<b>a volte</b>	<b>raramente</b>	<b>mai</b>	
<b>6</b>	<p>Sente di poter controllare i Suoi mal di testa?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>sempre</b>	<b>spesso</b>	<b>a volte</b>	<b>raramente</b>	<b>mai</b>	
<b>7</b>	<p>Le capita di <b>evitare</b> o <b>ritardare</b> l'assunzione del farmaco perché è infastidito dagli effetti collaterali?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<b>mai</b>	<b>raramente</b>	<b>a volte</b>	<b>spesso</b>	<b>sempre</b>	
<b>8</b>	<p>Quale diagnosi Le è stata fornita per i Suoi mal di testa? Ritiene di comprendere questa diagnosi? [selezioni una casella]</p>	scriva qui la Sua diagnosi:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<b>sì</b>	<b>no</b>

**Analisi** (queste domande forniscono suggerimenti per migliorare il trattamento in atto)

**D4:** La risposta dovrebbe essere coerente con quella data per la D1. Quando i giorni di assunzione del farmaco sintomatico sono 5-9 esiste un potenziale rischio di uso eccessivo. Quando i giorni di assunzione del medicinale sono >10 esiste un rischio elevato di cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici.

**D5:** Più a destra si colloca la casella selezionata, minore è l'efficacia del trattamento.

**D6:** Questa domanda si riferisce all'auto-efficacia e alla soddisfazione con il trattamento sintomatico in atto. La risposta dovrebbe essere coerente con quelle fornite in precedenza.

**D7:** Più a destra si colloca la selezione delle caselle, minore è la tollerabilità del farmaco.

**D8:** Questa domanda si riferisce al grado di istruzione.

Informi il paziente del rischio e dei pericoli correlati all'uso eccessivo di farmaci sintomatici.

Consegna un opuscolo informativo.

Consideri modalità per ridurre la frequenza (evitamento dei fattori scatenanti e avvio di una terapia di profilassi).

Prenda in considerazione di anticipare l'assunzione del farmaco sintomatico, cambiare medicinale, dose o via di somministrazione, o usare una terapia combinata, secondo le linee guida locali.

Se le caselle spuntate si collocano nell'area grigia, occorre ricercare i motivi nelle risposte alle domande 1-6. Se questi non fossero evidenti, occorre prendere in considerazione la possibilità di una comorbidità.

Qualora la risposta non fosse coerente con le precedenti, sarà utile prendere in considerazione interventi cognitivi e gestione delle aspettative.

Prendere in considerazione la possibilità di cambiare il medicinale o la dose secondo le linee guida locali.

Consegnare sempre l'opuscolo informativo appropriato. Se la diagnosi viene riportata in modo errato o se la risposta è "no", potrebbe essere necessario fornire ulteriori spiegazioni.

The translation and dissemination of these PRO tools is made possible thanks to independent medical educational sponsorship from Eli Lilly and Company. Neither Springer Healthcare IME nor Eli Lilly and Company have had any influence over the content.