BUSSOLA PER IL MAL DI TESTA

Attivi insieme contro il mal di testa

MigraineAction
FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT

Attivi insieme contro il mal di testa

La **bussola per il mal di testa** ha lo scopo di aiutarla a comprendere meglio i disturbi di cui soffre e a controllarli nel miglior modo possibile. La preghiamo innanzitutto di compilare il suo **profilo.** Successivamente potrà inserire i suoi episodi di mal di testa e tutti i dettagli importanti nelle schede mensili della sua agenda.

In questo modo potrà ottenere:

- una chiara veduta d'insieme sulla frequenza, l'intensità e lo schema del suo mal di testa
- indicazioni sui possibili fattori scatenanti
- una panoramica sull'assunzione e l'efficacia dei suoi medicamenti

L'inserimento delle informazioni aiuta non soltanto lei ma anche il suo professionista della salute ad individuare il trattamento opportuno. La scheda compilata come esempio le mostra come può procedere all'inserimento delle sue informazioni nel calendario del mal di testa.

I consigli e le informazioni aggiuntive presenti in questa bussola per il mal di testa servono a supportarla nella sua vita quotidiana e a facilitare la comunicazione con il suo professionista della salute. Utilizzi anche la sezione delle note per appuntare domande e osservazioni nel modo più preciso possibile. Ciò può facilitare e migliorare la comunicazione.

Le auguriamo tutto il meglio!

Scheda di esempio del suo calendario del mal di testa (mese completo)

Mese	Gennaio																														
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3			M1					M1			M1				M2							M1				M1						5xM1, 1xM2
Durata	in ore			4					8			5				6							4				8						35
Intensità del dolore	0-10			5					7			5				8							5				7						37
Sintomi associati	Nausea/vomito															X																	
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista															X																	
	Altri								1																								
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni															X																	
	Meteo			X								X																					
Fattori individuali	Cioccolata																						X										
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore			6					6			7				8							4				10						41
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento			A					A			A				B							A				B						
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**			2					1			1				0							1				2						
Profilassi	Nome medicamento	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*	6

Calcolo dell'intensità media del dolore	**Intensità totale del dolore**	37	=	6,2	*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
	Numero totale di attacchi	6			

Il mio profilo

Nome _____ Telefono _____

Indirizzo _____

I miei fattori scatenanti

☐ **Sensazioni**
☐ Conflitto ☐ Gioia ☐ Rabbia
☐ Altro _____

☐ **Attività**
☐ Troppo sport ☐ Poco sport
☐ Malattia _____

☐ **Lavoro**
☐ Stress ☐ Troppo poco da fare

☐ **Tempo libero**

☐ **Alimentazione**
☐ Alcol ☐ Cioccolata
☐ Dieta ☐ Pochi liquidi
☐ Altro _____

☐ **Meteo**
☐ Föhn ☐ Bise ☐ Neve
☐ Feddo ☐ Caldo
☐ Altro _____

I miei fattori protettivi

☐ Relax
☐ Movimento
☐ Sonno
☐ Altro _____

☐ Altro _____

☐ Altro _____

L'elenco dei miei medicamenti

Riporti qui sotto **tutti i medicamenti** che assume (sia su prescrizione sia acquistati autonomamente). Si ricordi anche di quelli che assume **non** per il mal di testa. Non tralasci di appuntare l'assunzione di preparati fitoterapeutici, vitamine, etc. Annoti quando ha ricevuto un nuovo medicamento o quando è stato cambiato un dosaggio. Nello spazio qui sotto vi sono delle lettere o delle cifre scritte in verde che può utilizzare come abbreviazioni per gli inserimenti nel calendario.

I miei medicamenti acuti contro il mal di testa

Nome/dosaggio *(ad es. ibuprofene 400 mg)*

A _____

B _____

C _____

I miei medicamenti per prevenire il mal di testa (profilassi)

Nome/dosaggio *(ad es. metoprololo 100 mg)*

D _____

E _____

F _____

Altri medicamenti (non contro il mal di testa) che assume regolarmente
Nome/dosaggio *(ad es. antiasmatici, ma anche vitamine o integratori alimentari)*

_____

_____

Non tutti gli attacchi di emicrania sono uguali. Anche lei ne ha di tipi diversi? Allora annoti qui le caratteristiche principali dei tipi diversi di mal di testa di cui soffre. Nell'agenda mensile inserisca solo M1, M2 o M3.

Tipo di mal di testa 1 (M1)

☐ Bilaterale ☐ Peggiorato dal movimento ☐ Pulsante ☐ Sensibilità a luce/rumore ☐ Nausea, vomito
☐ Monolaterale ☐ Il movimento aiuta ☐ Puntorio ☐ Cerchio alla testa, sordo ☐ Altro _____

Tipo di mal di testa 2 (M2)

☐ Bilaterale ☐ Peggiorato dal movimento ☐ Pulsante ☐ Sensibilità a luce/rumore ☐ Nausea, vomito
☐ Monolaterale ☐ Il movimento aiuta ☐ Puntorio ☐ Cerchio alla testa, sordo ☐ Altro _____

Tipo di mal di testa 3 (M3)

☐ Bilaterale ☐ Peggiorato dal movimento ☐ Pulsante ☐ Sensibilità a luce/rumore ☐ Nausea, vomito
☐ Monolaterale ☐ Il movimento aiuta ☐ Puntorio ☐ Cerchio alla testa, sordo ☐ Altro _____

Sintomi associati

Può essere che il suo mal di testa sia accompagnato da altri sintomi associati. Riporti nell'agenda mensile il numero o i numeri che meglio corrispondono ai suoi sintomi associati.

Altri: 1 = Vertigini 2 = Intorpidimento 3 = Altro _____

Intensità del dolore 0-10: 0 = Nessuno 10 = Insopportabile

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Mese																															
Giorno		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**
Tipo di mal di testa	M1; M2; M3																																
Durata	in ore																																
Intensità del dolore	0-10																																
Sintomi associati	Nausea/vomito																																
	Sensibilità luce/rumore																																
	Disturbi alla vista																																
	Altri																																
Fattori scatenanti	Stress																																
	Mestruazioni																																
	Meteo																																
Fattori individuali																																	
Assenza (da lavoro, scuola, famiglia)	in ore																																
Assunzione di medicamenti acuti	Nome medicamento																																
Il medicamento acuto è servito?	no = **0**; un po' = **1**; si = **2**																																
Profilassi	Nome medicamento																																

Numero totale di attacchi *(inserire numero di giorni al mese)*		**Calcolo dell'intensità media del dolore**	**Intensità totale del dolore**		=		*Arrotondare il risultato ad una cifra decimale*
			Numero totale di attacchi				

Consigli sull'assunzione dei medicamenti

Spesso non si è sicuri se un mal di testa in fase iniziale si trasformerà in un attacco di emicrania e se e in quale momento andrebbero assunti medicamenti.

A riguardo si attenga alle regole seguenti.

Assuma i medicamenti acuti (ad es. triptani o ibuprofene) non appena inizia il mal di testa.

In caso di emicrania con aura

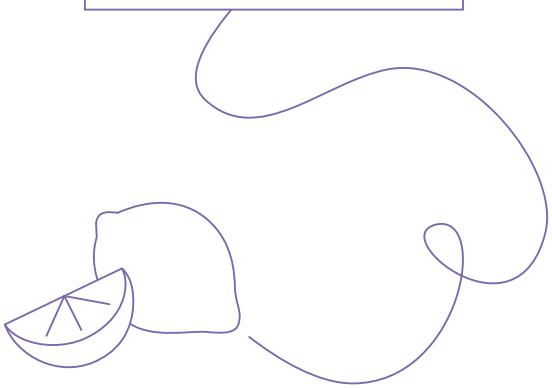
- Assuma i triptani solo dopo **la fine dell'aura,** non appena inizia il mal di testa.
- Gli antinfiammatori non steroidei possono essere assunti già durante la fase dell'aura.

In caso di emicrania con nausea o vomito

- 5–10 minuti **prima del** mal di testa si può assumere un medicamento contro la nausea (ad es. metoclopramide o domperidone).

Consiglio

Alle volte può aiutare anche un bicchiere d'acqua col limone (a temperatura ambiente), accompagnato da un caffè espresso.



Nel caso un triptano non faccia sufficientemente effetto

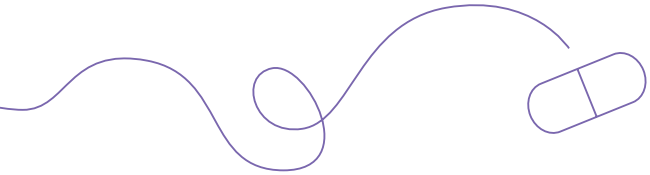
- Per un'ulteriore assunzione di triptani bisogna aspettare almeno 2 ore (4 ore per il naratriptan). Non superare la dose giornaliera massima complessiva!

Nel caso un triptano dopo un'ora non faccia alcun effetto

Nel caso un medicamento acuto non abbia effetto, bisogna **cambiare** il medicamento per il mal di testa: il passaggio da un triptano ad un altro triptano può avvenire soltanto dopo un colloquio con il suo professionista della salute. La combinazione di antinfiammatori non steroidei con triptani è consentita nel caso non vi siano controindicazioni per questi medicamenti (chieda al suo medico o farmacista).

Prevenire una cronicizzazione (mal di testa quotidiano causato da sovrautilizzo di medicamenti acuti)

- Affinché non insorga un mal di testa cronico, i medicamenti acuti vanno assunti per un massimo di 10 giorni al mese, e per non più di **tre giorni consecutivi**.



Quando deve andare dal medico?

Scansioni il codice QR per saperne di più:
www.migraineaction.ch/dienstleistungen/tipps-bei-migraene

Diventi un esperto del suo mal di testa

Per saperne di più:
www.migraineaction.ch/dienstleistungen/ratschlaege

Il diario dell'emicrania è disponibile per il download. Può essere compilato in forma elettronica o anche stampato come PDF.

Le mie note/domande

I miei appuntamenti

Questa bussola per il mal di testa mi è stata consegnata da:

Ulteriori informazioni sul sito:

www.migraineaction.ch
(Centro nazionale di informazione e consulenza sul mal di testa)

«SOS mal di testa» – consulenza telefonica di Migraine Action:
061 423 10 80 (mar-gio ore 9-12)

Indirizzo casella e-mail:
info@migraineaction.ch

Sito web con consigli pratici per l'emicrania sul posto di lavoro:
www.migraene-am-arbeitsplatz.ch

La realizzazione della «bussola per il mal di testa» è stata resa possibile da Mepha/Teva Svizzera. La società non ha alcun controllo sul contenuto.

01/2026 32138429-042601 NPS-CH-01140