

## Valutazione del test dell'asma e delle allergie

Si conceda circa dieci minuti di tempo per rispondere alle sei domande relative al controllo del suo asma. Pensi inoltre ai sintomi di natura allergica e alla sua qualità di vita **rispondendo alle 4 ultime domande**. Esegua il conteggio dei punti relativi alle domande 1–6 del test. Valuti il controllo dell'asma in funzione del numero complessivo ottenuto.

### Valutazione:



0 1 2 3 4 5 6 7 8 ... 36 Punteggio

#### Verde: 0–2 punti:

Il livello di controllo del suo asma è buono.

#### Giallo: 3–5 punti:

Probabilmente il livello di controllo del suo asma non è ottimale. Al prossimo appuntamento discuta la situazione con il medico o il farmacista.

#### Rosso: 6 punti e di più:

Molto probabilmente il suo asma non è sotto controllo. Si rivolga al suo medico o farmacista per ottenere un migliore controllo della malattia.

Porti con sé il test e lo mostri al suo medico. Le risposte alle domande 7–10 aiuteranno ulteriormente lei e il suo medico o farmacista a ottenere un quadro completo della sua situazione.

Su [www.test-asma-allergia.ch](http://www.test-asma-allergia.ch) o [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch) trova il questionario e maggiori informazioni.

## Soffre di allergie? *aha!* è al suo fianco

La fondazione *aha!* Centro svizzero per l'allergia, la pelle e l'asma è un interlocutore indipendente per persone allergiche. Con informazioni facilmente comprensibili e consulenze telefoniche, *aha!* fornisce un aiuto immediato ed efficace. *aha!* tiene inoltre corsi di approfondimento e sensibilizza la popolazione con campagne specifiche, avvalendosi della collaborazione con società e specialisti attivi nel campo della medicina.

### Panoramica delle prestazioni *aha!* più importanti:

- *aha!* infoline: 031 359 90 50
- opuscoli gratuiti sul tema delle allergie
- offerte informative al sito [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch)
- rivista *aha!news* (in tedesco)
- colonie per bambini allergici e asmatici
- corsi di formazione per genitori con figli affetti da neurodermite
- corsi di formazione sulle allergie e l'asma
- campagne di informazione e di prevenzione

Per maggiori informazioni visiti il sito [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch) o ci chiami al numero 031 359 90 00.

*aha!* Centro svizzero per l'allergia, la pelle e l'asma è certificato ZEW0, garanzia che ogni donazione viene impiegata in modo serio e mirato.

Novartis ha reso possibile la produzione del presente depliant



*aha!* Centro svizzero per l'allergia,  
la pelle e l'asma  
Telefono 031 359 90 00  
Scheibenstrasse 20, 3014 Berna  
Casella postale 1, 3000 Berna 22  
[info@ahaswiss.ch](mailto:info@ahaswiss.ch), [www.ahaswiss.ch](http://www.ahaswiss.ch)  
Donazioni: conto corrente postale 30-11220-0



aha



Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma  
Centre suisse pour l'allergie, la peau et l'asthme  
Centro svizzero per l'allergia, la pelle e l'asma

## Test di valutazione dell'asma e delle allergie

Com'è il livello di controllo del suo asma?

## Test di valutazione dell'asma e delle allergie

L'asma può limitare significativamente la qualità della vita. Ma ciò può essere evitato! Impostando una terapia ottimizzata a livello individuale, i disturbi causati dall'asma possono essere attenuati considerevolmente. Il presente questionario la aiuterà a valutare la sua gestione dell'asma. La valutazione consentirà al suo medico o farmacista di impostare la terapia in modo ottimale, migliorando la sua qualità di vita!

Le informazioni scientifiche dettagliate riguardo al questionario sono disponibili sul sito internet [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org). Il questionario si basa sulla guida GINA (GINA = progetto mondiale per il trattamento e la prevenzione dell'asma), riconosciuta a livello mondiale.

L'asma è spesso accompagnato da ulteriori sintomi allergici, con conseguente significativa limitazione della qualità di vita.

Si conceda circa dieci minuti di tempo per rispondere alle sei domande relative al controllo del suo asma. Pensi inoltre ai sintomi di natura allergica e alla sua qualità di vita.

## Questionario

**Risponda alle domande 1–6.** Segni la risposta che meglio descrive come è andata, **in generale**, l'ultima settimana e sommi i punti alla fine.

- |           |  |   |
|-----------|--|---|
| <b>1.</b> | Mediamente, durante l'ultima settimana, quanto spesso si è <b>svegliato/a a causa dell'asma</b> durante la notte?              | 0 Mai<br>1 Quasi mai<br>2 Poche volte<br>3 Varie volte<br>4 Molte volte<br>5 Moltissime volte<br>6 Non sono riuscito/a a dormire a causa dell'asma                          |
| <b>2.</b> | Mediamente, durante l'ultima settimana, quanto <b>forti sono stati i sintomi dell'asma quando si è svegliato/a</b> al mattino? | 0 Nessun sintomo<br>1 Molto leggeri<br>2 Leggeri<br>3 Moderati<br>4 Abbastanza forti<br>5 Forti<br>6 Molto forti  |
| <b>3.</b> | In generale, durante l'ultima settimana, quanto <b>si è sentito/a limitato/a nelle sue attività</b> a causa dell'asma?         | 0 Per niente limitato/a<br>1 Molto poco limitato/a<br>2 Poco limitato/a<br>3 Moderatamente limitato/a<br>4 Abbastanza limitato/a<br>5 Molto limitato/a<br>6 Limitatissimo/a |
| <b>4.</b> | In generale, durante l'ultima settimana, ha avuto il <b>fiato corto</b> a causa dell'asma?                                     | 0 Per niente<br>1 Molto poco<br>2 Poco<br>3 Moderatamente<br>4 Abbastanza<br>5 Molto<br>6 Moltissimo  |
| <b>5.</b> | In generale, durante l'ultima settimana, quanto spesso ha avuto il <b>respiro con il fischio</b> ?                             | 0 Mai<br>1 Quasi mai<br>2 Raramente<br>3 Qualche volta<br>4 Spesso<br>5 Quasi sempre<br>6 Sempre  |

- |           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>6.</b> | In generale, durante l'ultima settimana, quanti <b>spruzzi/inalazioni di broncodilatatore a breve durata d'azione</b> (per es. Ventolin) ha usato ogni giorno? | 0 Nessuno<br>1 1–2 spruzzi/inalazioni<br>2 3–4 spruzzi/inalazioni<br>3 5–8 spruzzi/inalazioni<br>4 9–12 spruzzi/inalazioni<br>5 13–16 spruzzi/inalazioni<br>6 Più di 16 spruzzi/inalazioni |
|-----------|--|--|

**Numero totale di punti:** \_\_\_\_\_

- 7. Assume regolarmente i farmaci secondo le indicazioni del medico?**  
 No    Raramente    Quasi sempre    Sì
- 8. Oltre all'asma, soffre di altre allergie o di malattie di natura allergica?**  
 No    Sì   In caso affermativo, quali?  
 Raffreddore da fieno    Neurodermite    Allergia alimentare  
 Altre: \_\_\_\_\_
- 9. Vi sono attività/hobby/sport che non può praticare per via dell'asma o della sua allergia?**  
 No    Sì   In caso affermativo, quali?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 10. La preghiamo di valutare la sua attuale qualità di vita su una scala da 1 (qualità di vita ottima) a 10 (qualità di vita pessima).**  
1 \_\_\_\_\_ 10

Nella pagina seguente le verrà spiegato il modo in cui potrà valutare personalmente i risultati del test.