

AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI LODI

Bilanci di salute periodici al bambino con asma



A cura di:

- Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lodi - Servizio Assistenza Specialistica Extraospedaliera
- Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi - U.O. di Pediatria
- Pediatri di Libera Scelta

INDICE

♣ Definizione	pag. 3
♣ Pazienti che necessitano di bilanci di salute periodici	pag. 3
♣ Fattori di rischio da considerare	pag. 4
♣ Obiettivi del programma	pag. 4
♣ Controlli clinici	pag. 4
♣ Esami e visite di 2° livello	pag. 5
♣ Indicatori	pag. 5
♣ Allegato 1 - scheda attivazione	pag. 6
♣ Allegato 2 - scheda monitoraggio	pag. 7

Definizione:

Malattia respiratoria caratterizzata dalla presenza di un'inflammatione delle vie respiratorie che determina un'ostruzione bronchiale diffusa e d'intensità variabile, reversibile spontaneamente o con terapia. Clinicamente si manifesta con respiro sibilante, difficoltà respiratoria e tosse secca, soprattutto notturna e mattutina.

Pazienti che necessitano di bilanci di salute periodici

1. Gruppo 1:

1.1 Bambini di età $> 0 = a$ due anni che hanno presentato 2 o più episodi di wheezing (respiro sibilante)

1.2 Anamnesi di bronchiolite

2. Gruppo 2 - Episodio acuto grave criteri di definizione:

2.1 Forced Expiratory Volume 1 (di seguito: F.E.V.1) o Peak Expiratory Flow (di seguito: P.E.F.) $< 50\%$

2.2 indicatori clinici gravi , tali da richiedere ricovero ospedaliero

2.3 un episodio che ha richiesto terapia importanti con lenta risposta alla terapia

3. Gruppo 3 - Asma intermittente - criteri di definizione - frequenza:

3.1 meno di un episodio/settimana

3.2 asma notturno meno o pari 2 volte/mese (PEF $> 80\%$)

4. Gruppo 4 - Asma lieve persistente - criteri di definizione:

4.1 **Frequenza:** più di 1 volta/settimana, meno di 1 volta/die; asma notturno più di 2 volte/mese (PEF $> 80\%$)

4.2 **Gravità:** Tosse e sibili senza distress respiratorio, né cianosi né tachipnea o limitazione dell'attività fisica. Possono parlare regolarmente.

5. Gruppo 5 - Asma moderato persistente - criteri di definizione:

5.1 **Frequenza:** quotidiani, attività disturbata, asma notturno più di 1 volta/settimana, uso quotidiano beta 2 agonisti (PEF 60-80%)

5.2 **Gravità:** Sibili udibili, tachipnea lieve, dispnea in corso di attività fisica, incapacità a pronunciare più di 3-5 parole tra gli atti respiratori, richiedono dosi medio alte di broncodilatatori.

6. Gruppo 6 - Asma grave persistente - criteri di definizione:

6.1 **Frequenza:** episodi continui, asma notturno frequenti, attività fisica limitata (PEF < 60%)

6.2 **Gravità:** Cianosi, distress respiratorio, retrazione della gabbia toracica, il torace può essere muto, il wheezing non udibile, possono pronunciare da 1 a 3 parole fra gli atti respiratori. (4 - 5 - 6 secondo l'International Pediatric Asthma Consensus Group, 1998)

Fattori di rischio da considerare:

- Familiarità positiva per allergia (almeno un parente di primo grado: genitori o fratelli)
- Esordio età > 6 anni
- Età < 6 anni frequenza comunità
- Test cutanei positivi
- IgE elevate
- Fumo passivo
- Ambiente e condizioni di vita scadenti
- Dermatite atopica

Obiettivi del programma:

- ♣ migliorare l'attività fisica e la qualità di vita
- ♣ valutare frequenza e gravità dei sintomi
- ♣ razionalizzare la terapia necessaria al buon controllo della malattia
- ♣ migliorare la compliance alla terapia

Controlli Clinici:

- Gruppo 1:
 - No fattori di rischio: 1 volta/anno
 - Almeno 1 fattore di rischio: 2 volte/anno

- Gruppo 2:
 - No fattori di rischio: 1 volta/anno
 - Almeno 1 fattore di rischio: 2 volte/anno

- Gruppo 3:
 - No fattori di rischio: 2 volte/anno
 - Almeno 1 fattore di rischio: 4 volte/anno

- Gruppo 4 - 5 - 6:
 - 4 volte/anno

Durante i controlli saranno valutati:

- Esame obiettivo generale
- Valutazione del diario
- Valutazione della compliance

Esami e visite di 2° livello:

Saranno decisi secondo valutazione del pediatra.

La spirometria è da eseguire nei bambini di età > a 5-6 anni: 1-2 volte/anno nelle forme lievi (gruppo 1 - 2 - 3); 2-4 volte/anno nelle forme moderate-gravi, secondo giudizio del pediatra (gruppo 4 - 5- 6).

INDICATORI

1. Numero di nuovi casi nell'anno

Il numero di nuovi casi di asma pervenuti all'osservazione ,desunto dalle schede di attivazione (all.1), sarà rilevato a 12 mesi dall'inizio della sperimentazione del percorso

Di processo:

2. % di bambini che aderiscono al programma di monitoraggio/totale popolazione a cui è stato proposto il programma

Il denominatore di questo indicatore sarà rappresentato dal numero di schede di attivazione presentate (all.1); il numeratore dal numero di bambini arruolati nel percorso dedotto dalle schede di monitoraggio della patologia (all.2) e sarà rilevato a 12 mesi dall'inizio della sperimentazione del percorso

3. % di visite di controllo effettuate - visite di controllo previste

Il denominatore di questo indicatore sarà desunto dalle schede di attivazione (all.1); il numeratore sarà desunto dalle schede di monitoraggio della patologia (all.2) e sarà rilevato a 12 mesi dall'inizio della sperimentazione del percorso .

L'Azienda Sanitaria, entro un anno dall'avvio del monitoraggio per la patologia cronica, rileverà gli indicatori previsti .

SCHEDA PER L'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO PATOLOGIA CRONICA (ASMA)

Data attivazione programma

Dott. _____

CR _____

Dati anagrafici	
Cognome e nome (iniziali)	
Nato a	il
Residente in	Via
Codice regionale Assistito	Codice fiscale Assistito
Età attuale	Data di esordio/diagnosi malattia
Rilevazione dei seguenti fattori di rischio: <input type="checkbox"/> 1. Familiarità positiva per allergia (almeno un parente di primo grado: genitori o fratelli) <input type="checkbox"/> 2. Esordio età > 6 anni <input type="checkbox"/> 3. Età < 6 anni frequenza comunità <input type="checkbox"/> 4. Test cutanei positivi <input type="checkbox"/> 5. IgE elevate <input type="checkbox"/> 6. Fumo passivo <input type="checkbox"/> 7. Ambiente e condizioni di vita scadenti <input type="checkbox"/> 8. Dermatite atopica	
GRUPPO CLINICO: * <input type="checkbox"/> GRUPPO 1 senza Fattori di Rischio un controllo / anno <input type="checkbox"/> GRUPPO 1 + almeno 1 Fattore di Rischio un controllo ogni sei mesi <input type="checkbox"/> GRUPPO 2 senza Fattori di Rischio un controllo / anno <input type="checkbox"/> GRUPPO 2 + almeno 1 Fattore di Rischio un controllo ogni sei mesi <input type="checkbox"/> GRUPPO 3 senza Fattore di Rischio un controllo ogni sei mesi <input type="checkbox"/> GRUPPO 3 + almeno 1 Fattore di Rischio un controllo ogni tre mesi <input type="checkbox"/> GRUPPO 4 - 5 - 6 un controllo ogni tre mesi	
OSSERVAZIONI:	

• **Vedi documento: Percorso assistenziale del bambino con ASMA**

Modifica programma precedente

No Si

Consegnato il _____

Approvato il _____

Timbro e Firma PLS

Timbro e firma medico di distretto

SCHEDA PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA CRONICA (ASMA)

Controllo Clinico n.° _____ del _____

Codice Regionale Assistito

Codice Fiscale Assistito

Regione Lombardia ASL 12 Dr

Cod. Reg.

Valutazione Clinica:			
Gruppo Clinico numero*	<input type="checkbox"/>	Fattore rischio numero*	<input type="checkbox"/>
Esame obiettivo generale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Valutazione Diario clinico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Valutazione della compliance	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Nulla
Consegna materiale informativo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Educazione Sanitaria alla Famiglia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
FEV 1 _____		PEF _____	
(se effettuata)			
Spirometria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Terapia:			
Ulteriori Esami Strumentali:			
Motivo eventuale ricovero:			
Osservazioni:			

- vedi classificazione da documento : Percorso assistenziale del bambino con asma

Consegnato il _____

Firma del Genitore o accompagnatore

Timbro e Firma PLS