



Immunologic dental clinic  
Private Tagesklinik für immunologische Zahnheilkunde  
Day hospital per odontoiatria immunologica  
Rosenkavalierplatz 18/4 piano  
81925 München  
Tel 0049-(0)89 94003415  
Fax0049-(0)89 94003417  
Mail [info@natrail.de](mailto:info@natrail.de)  
[www.natrail.de](http://www.natrail.de)

dr.med.dent.(univ. Erlangen-Nürnberg)  
dr.h.c., prof.asoc.(UMF Temeschburg)  
prof. h.c. (UMF Hermannstadt)  
**Ottaviano Tapparo**  
odontoiatra

**Il Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (Queesi©)** viene ideato come un questionario per intolleranze multiple da sensibilità chimica (MCI).

Il questionario ha quattro scale di valori: gravità dei sintomi, intolleranze chimiche, altre intolleranze, e impatto ambientale.

Ogni scala contiene 10 valori con punteggio da 0 = nessun problema a 10 = problema serio o disabilitante. Un indice di mascheramento di 10 valori valuta le esposizioni del momento che possono affliggere la consapevolezza degli individui circa la propria intolleranza così come l'intensità delle loro risposte alle esposizioni ambientali.

Il **queesi ©** può essere utilizzato per

1. La ricerca, per caratterizzare e comparare le popolazioni in esame e per selezionare i soggetti e i controlli.
2. Le valutazioni cliniche, per definire un profilo dei sintomi e delle intolleranze autodiagnosticate dai pazienti. Ai pazienti può essere chiesto di completare il **queesi©** a intervalli per seguire l'andamento della loro malattia nel tempo o come risposta al trattamento o all'evitamento delle esposizioni.
3. Le indagini sul posto di lavoro o nelle comunità, per identificare e fornire delle informazioni di autovalutazione agli individui che possono essere più soggetti o che riportano nuove intolleranze. I lavoratori affetti dovrebbero avere l'opportunità di discutere i risultati con dei ricercatori o con i loro medici personali.

Gli individui i cui problemi di salute hanno iniziato o sono peggiorati a seguito di un particolare evento espositivo possono riempire il **queesi©** utilizzando un colore o inchiostro per illustrare come stessero prima dell'evento, e un secondo colore per illustrare come essi siano stati dopo. Il grafico del **queesi ©** è una stella sintomatica che fornisce una rappresentazione grafica delle risposte del paziente alla scala di gravità del sintomo.

### Interpretare il queesi©

In uno studio realizzato con 421 soggetti, comprendente quattro gruppi di esposizione e un gruppo di controllo, il **Queesi ©** ha evidenziato una sensibilità del 92% e una specificità del 95% nel differenziare fra le persone intolleranti alle sostanze chimiche con intolleranze chimiche multiple (ICM) e la popolazione comune (Miller e Pihoda 1999).

I coefficienti alpha di affidabilità di Cronbach delle quattro scale di valori del **queesi ©** - gravità dei sintomi, intolleranze chimiche, altre intolleranze, e impatto ambientale - erano elevati (0.76-0.97) per ogni gruppo, così come per i soggetti in generale, il che indica che le domande poste nelle scale di valore del **Queesi©** sono coerenti.

Le correlazioni di Pearson riferite ad ognuna delle quattro scale di valore con le voci di validità che interessano, i.e., qualità della vita, condizioni di salute, energia, dolore, capacità di lavorare e inquadramento lavorativo erano tutti rilevanti e nella direzione desiderata, e fornivano quindi delle basi valide.

Le informazioni relative allo sviluppo di questo strumento, la sua interpretazione, e i risultati per diverse popolazioni sono state pubblicate (Miller e Prihoda 1999 a,b).

Lo scopo di questo questionario e' di contribuire ad identificare i problemi di salute di cui potreste soffrire attualmente e di capire le vostre risposte a seconda delle varie esposizioni . Se i vostri problemi di salute sono iniziati di colpo o sono peggiorati dopo un particolare evento di esposizione , come ad esempio l'esposizione a dei pesticidi o il trasferimento in una nuova abitazione oppure in una nuova sede di lavoro, completate le voci 1-3, descrivendo a che punto siete adesso, poi ripercorrete le stesse domande una seconda volta, e identificate come vi sentivate prima di questo evento di esposizione.

Dopo aver riempito le voci 1-5, riempite il diagramma mirino seguente.

Istruzioni : Dopo aver completato gli articoli da 1 a 5 , posizionate il diagramma vicino alle domande 3sitomi di modo che si trovi esattamente a destra di questo diagramma. Inserite un piccolo punto sul raggio corrispondente , per ogni sintomo dell'articolo 3. sitomi. Collegate questi punti . Per i risultati “ prima e dopo” (descritti precedentemente), utilizzate due colori different

## 1 Esposizioni Chimiche

Nelle voci seguenti vi viene richiesto di rispondere in merito alle esposizioni a vari odori o sostanze chimiche . Vogliate indicare se questi odori o esposizioni vi fanno ammalare oppure no , per esempio, avete mal di testa, delle difficoltà a riflettere, vi sentite debole, avete delle difficoltà a respirare, dei problemi di stomaco, delle vertigini, o qualcosa di equivalente ? Per ogni esposizione che vi fa ammalare , su una scala da 0 -10, la gravità dei vostri sintomi a questa esposizione. Per le esposizioni che non vi creano problemi, rispondete con un 0. Non lasciate nessuna casella in bianco .

**0 = nessuno problema**

**5 = sintomi moderati**

**10 = sintomi invalidanti**

**Per ogni voce , cerciate un solo numero :**

1. scarichi di motore diesel o motore a gas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Fumo di sigaretta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Insetticida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Benzina , ad esempio mentre riempite il serbatoio in un distributore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Vernice o diluente per vernice	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Prodotti per la pulizia come i disinfettanti, candeggina, detersivi per bagno o detersivi per pavimento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Alcuni profumi, deodoranti per l'ambiente o altre profumazioni	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Catrame fresco oppure asfalto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. lacca per unghie, acetone per unghie o spray per capelli	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Nuovi arredi come ad esempio nuovi tappeti, una nuova tenda per doccia in plastica soffice oppure l'interno di una nuova macchina	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Risultato totale dell'intolleranza chimica (0-100)</b>	_____										

11. Indicate qualsiasi altra esposizione chimica che vi fa ammalare o vi da disturbi e date un punteggio da 0-10 \_\_\_\_\_

## 2 Altre Esposizioni

Nelle voci seguenti, vi viene richiesto di rispondere in merito ad una varietà di altre esposizioni. Come prima, vogliate indicare se queste esposizioni vi fanno ammalare. Valutate la gravità dei vostri sintomi con una scala da 0-10. Non lasciate nessuna casella in bianco .

**0 = nessuno problema**

**5 = sintomi moderati**

**10 = sintomi invalidanti**

1. Acqua chlorata del rubinetto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Certi cibi, come caramelle , pizza, latte, cibi grassi, carni,barbecue,cipolle, aglio, cibi con spezie oppure additivi per cibi tipo MSG (glutammato)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Forti desideri inusuali per alcuni cibi, oppure ingestione di alcuni cibi come se foste dipendenti ; oppure disturbi se saltate un pasto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Disturbi dopo i pasti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Caffaina, come il caffè, tè, Snapple, bevande a base di cola , Big Red, Dr. Pepper o Mountain Dew, oppure la cioccolata	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Disturbi se bevete oppure mangiate meno della vostra dose abituale di caffè, tè, soda a base di caffeina, cioccolata, o se non ingerite nessuno di tutti questi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. bevande alcoliche in piccole quantità , i.e., una birra oppure un bicchiere di vino	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Stoffe, gioielli in metallo, creme, cosmetici, oppure altre cose a contatto con la vostra pelle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Intolleranza o reazione allergiche gravi per i medicinali oppure le medicazioni ( antibiotici, anestetici, antidolorifici, sostanze di contrasto per raggi X, vaccini oppure pillole <i>contraccettive</i> ), oppure gli impianti , le protesi , le sostanze chimiche o i sistemi di contraccezione , oppure altri materiali o trattamenti di medicina, chirurgia o odontoiatria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Problemi causati da qualsiasi reazione allergica classica (asma,sintomi nasali, orticaria, choc anafilattico oppure eczema) quando siete esposti ad allergeni quali : albero, polline di erba oppure di alga, polvere, muffa, pelo di animale, punture di insetto o cibi particolari	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Risultato totale di altre intolleranze (0-100)</b>	_____										

11. Indicate qualsiasi altra sostanza che vi fa ammalare

o vi da disturbi e date un punteggio da 0-10 \_\_\_\_\_

### 3. Sintomi

Le domande seguenti riguardano i sintomi che potreste aver notato regolarmente. Valutate la gravità dei vostri sintomi con una scala da 0-10. Non lasciate nessuna casella in bianco

**Per ogni voce, cerciate un numero solo :**

1. Problemi con i muscoli oppure le giunture, quali sofferenza dolore, crampi, rigidità o debolezza?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Problemi di bruciore oppure irritazione degli occhi , oppure problemi con le vie respiratorie oppure il respiro, quali mancanza di respiro, tosse, oppure quantità importante di muco, scarico post-nasale, oppure infezioni respiratorie?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Problemi di cuore o di petto, quale frequenza cardiaca rapida o irregolare, tachicardia , cuore che batte , oppure oppressione toracica?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. problemi di stomaco o del tubo digerente, quali dolori addominali o crampi, gonfiori addominali oppure flatulenza, nausea, diarrea oppure costipazione ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Problemi relativi alla capacità di ragionare , quali difficoltà di concentrazione o di memoria, sensazione di essere drogato , oppure difficoltà a prendere delle decisioni?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Problemi di umore, sensazione di tensione o di nervosismo, irritabilità, depressione, attacchi di pianto o di rabbia, oppure mancanza di motivazione nel fare le cose che vi hanno sempre interessato ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Problemi di equilibrio oppure di coordinazione i.e. intorpidimento oppure formicolio/bruciore nelle estremità, oppure di messa a fuoco con gli occhi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Problemi con la testa, come male di testa, oppure sensazione di pressione o di pienezza sul viso o nella testa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Problemi di pelle, come l'eritema , l'orticaria oppure la pelle secca?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Problemi del tratto urinario o dei genitali, come dolore pelvico oppure desiderio frequente o urgente di urinare ? (per le donne : disagio o altri problemi mestruali	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Risultato totale dei sintomi (0-100)</b>	_____										

#### 4. Indice di mascheramento

Le voci seguenti si riferiscono alle esposizioni alle quali potreste essere attualmente esposti. Cerchiate '0' se la risposta è NO, oppure se non sapete se siete esposti. Cerchiate '1' se la risposta è 'SI', siete infatti esposti. Non lasciate nessuna casella in bianco.

**Cerchiate soltanto '0' oppure '1'**

1. Fumate oppure masticate del tabacco una volta alla settimana o più spesso ?	No = 0	Si = 1
2. Bevete delle bevande alcoliche, birra, o vino una volta alla settimana oppure più spesso?	No = 0	Si = 1
3. Consumate delle bevande con caffeina una volta alla settimana oppure più spesso?	No = 0	Si = 1
4. Di solito (una volta alla settimana oppure più spesso), utilizzate un profumo, dello spray per capelli, oppure altri prodotti profumati per l'igiene personale ?	No = 0	Si = 1
5. La vostra casa oppure il vostro ufficio è mai stato spruzzato con dell'insetticida oppure disinfettato l'anno scorso?	No = 0	Si = 1
6. Durante la vostra occupazione attuale o durante i vostri hobbies, siete generalmente esposti (una volta alla settimana oppure più spesso) a prodotti chimici, fumo oppure fumi?	No = 0	Si = 1
7. Oltre a voi, qualcun altro fuma normalmente nella vostra casa ?	No = 0	Si = 1
8. Nella vostra casa, viene usata una cucina a gas oppure a propano ?	No = 0	Si = 1
9. Per la pulizia dei vostri vestiti o delle vostre lenzuola o coperte , viene usato un ammorbidente profumato (liquido o a secco?)	No = 0	Si = 1
10. Di solito (una volta alla settimana oppure più spesso) prendete quanto segue : degli steroidi , tipo il prednisone ; delle medicine antidolorifiche che richiedono una ricetta; delle medicine per la depressione, l'ansia, o i disturbi dell'umore; delle medicine per dormire, oppure delle droghe leggere o pesanti ( <i>recreational or street</i> ) .	No = 0	Si = 1
<b>Indice di mascheramento (0-10):</b> <b>(Numero totale con risposte</b>	_____	

‘SI’)	
-------	--

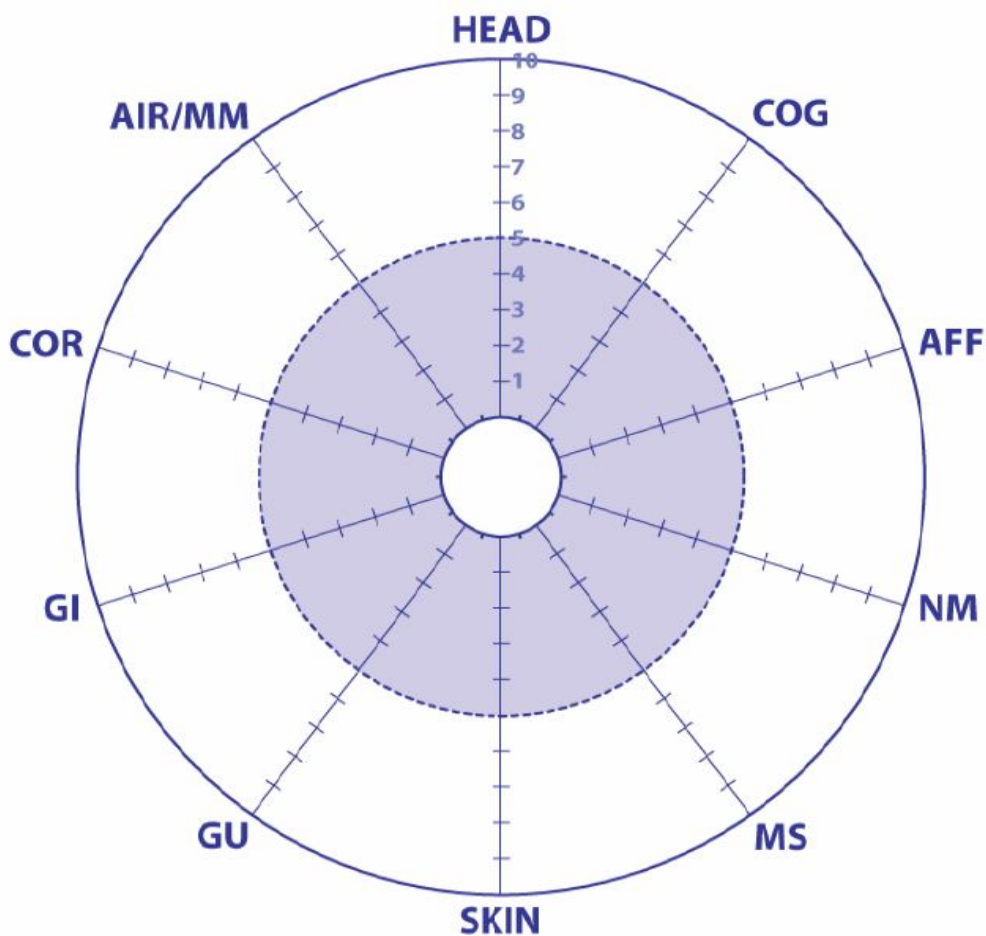
## 5. Impatto delle sensibilità

Se siete sensibili a certi medicinali o cibi, con una scala da 0-10, il grado in cui le vostre sensibilità hanno avuto un effetto su vari aspetti della vostra vita quotidiana. Se non siete sensibili oppure se le vostre sensibilità non hanno alcun effetto su questi aspetti della vostra vita quotidiana, rispondete ‘0’.  
Non lasciate nessuna casella in bianco.

**0 = nessuno**  
**5 = moderatamente**  
**10 = molto**

**A che punto le vostre sensibilità hanno avuto un effetto su :**

1. la vostra dieta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. La vostra capacità di lavorare oppure di andare a scuola	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Il modo in cui arredare la casa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. La scelta dei vostri abiti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. La vostra capacità a viaggiare in altre città oppure a guidare un'auto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. La scelta dei prodotti per l'igiene personale, quali i deodoranti oppure il trucco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. La capacità di stare con gli altri e di poter partecipare a delle attività sociali, come per esempio assistere a delle riunioni, andare in chiesa, al ristorante, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. La scelta dei vostri hobbies oppure delle attività ricreative	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Il vostro rapporto con il congiunto o la famiglia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. La vostra capacità di pulire la casa, stirare, tagliare l'erba, oppure eseguire altre faccende domestiche usuali	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Risultato totale dell'impatto sulla vita (0-100)</b>	_____										



Stella dei sintomi QUEESI che illustra la gravità del sintomo in un individuo prima e dopo una esposizione (e.g. utilizzo di pesticidi, inquinanti dell'aria interna, spargimento di agenti chimici)

Da usare due colori per prima e dopo l'esposizione

Fa riferimento a 3. Sintomi

HEAD	sintomi domanda nr. 8 associati alla testa
COG	sintomi domanda nr. 5 associati alla cognizione
AFF	sintomi domanda nr. 6 associati all'affettività
NM	sintomi domanda nr.7 neuro-muscolari

MS	sintomi	domanda nr.1 associati ai muscoli- scheletro
SKIN	sintomi	domanda nr. 9 associati alla pelle
GU	sintomi	domanda nr. 10 associati al sistema genitale -urinario
GI	sintomi	domanda nr. 4 gastrointestinali
COR	sintomi	domanda nr. 3 associati al cuore/petto
AIR/MM	sintomi	domanda nr. 2 associati alle vie aeree oppure alla membrana della mucosa

**Criteria della scala per i risultati bassi , medi , ed alti**

Scala/Indice	Risultato			
	Basso	Medio	Alto	
Gravità del sintomo	0-19	20-39	40-100	
Intolleranza chimica	0-19	20-39	40-100	
Altre intolleranze	0-11	12-24	25-100	
Impatto sulla vita	0-11	12-23	24-100	
Indice di mascheramento	0-3	4-5	6-10	