



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA  
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



**Con il patrocinio di:**



**C.A.I. – Club Alpino Italiano**

**S.I.M.E.M. – Società Italiana Medicina di Montagna**

**Questionario sui problemi di salute connessi ad attività in alta quota**

# **AL.P.I.**

## **ALtitudine & Patologia in Italia**

### **Italian ALtitude Pathology survey**

***PRIMA DI INIZIARE, PER CORTESIA LEGGI QUESTO TESTO***

La compilazione del questionario che ti proponiamo richiederà circa 10 minuti del tuo tempo e ha come scopo quello di comprendere l'entità dei disturbi legati all'alta quota fra coloro che, non solo per motivi strettamente associati ad attività sportiva agonistica ma semplicemente per turismo, escursionismo, alpinismo amatoriale o lavoro, hanno avuto occasione di soggiornare in altitudine.

Avrai inoltre la possibilità di contattare, tramite e-mail ([ALPIteam@gmail.com](mailto:ALPIteam@gmail.com)), il centro di coordinamento dello studio sia per dei chiarimenti sia per essere consigliato circa una valutazione funzionale clinica.

Ci sembra importante dirti che le informazioni che ci fornirai saranno protette ai sensi di legge e che da esse non si potrà, in alcun modo, risalire alla tua persona.

Come potrai vedere dal questionario, non devi riportare alcuna informazione che riguardi la tua identità. Sarà sufficiente compilare le parti richieste, barrando o cerchiando per ciascuna domanda l'opzione che corrisponde alla risposta scelta.

Grazie per la tua collaborazione!

## INFORMAZIONI GENERALI

**A1) Anno di nascita**

--	--	--	--

**A2) Sesso**

Maschio	Femmina
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2

**A3) Nell'ultimo anno quante volte ti sei fermato a quote superiori a 2500 m per periodi maggiori di 4/6 ore?**

Mai	1-4 volte	5-10 volte	>10 volte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4

**A4) Sempre nell'ultimo anno quante volte hai dormito a quote superiori a 2500 m?**

Mai	1-4 volte	5-10 volte	>10 volte
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4

**A5) Ti è mai capitato di avere un malessere mentre ti trovavi in alta quota?**

1 o Sì

2 o No



Se No, vai alla sezione

Altre Notizie ( pag.4 )

## MALATTIA da ALTA QUOTA

**B1) Se hai avuto un malessere almeno una volta in alta quota, specifica il tipo di disturbo.**

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| a) Mal di testa                             | <input type="radio"/> |
| b) Vertigini                                | <input type="radio"/> |
| c) Nausea e vomito                          | <input type="radio"/> |
| d) Sonnolenza e/o sensazione di testa vuota | <input type="radio"/> |
| e) Mancanza di equilibrio                   | <input type="radio"/> |
| f) Difficoltà respiratorie                  | <input type="radio"/> |
| g) Problemi durante il sonno                | <input type="radio"/> |

**B2) Quante volte ti è successo?**

1 volta	Più di 1 volta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2

**B3) Chi si è accorto del problema?**

Te stesso	Persone con cui eri in montagna	Medico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3

**B4) Sei stato ricoverato per questo problema?**                      Sì                      No

0                      0  
1                      2

**B5) Cerca di ricordare alcuni dettagli di un giorno in cui ha avuto il malessere in alta quota**

a) Anno dell'evento

--	--	--	--

b) Quota di permanenza per più di 4 ore

0-1500 m	1500-2499 m	2500-3499 m	3500-4499 m	4500-5500 m	> 5500 m
0	0	0	0	0	0
1	2	3	4	5	6

c) Quota di insorgenza sintomi

2500-3499 m	3500-4499 m	4500-5500 m	5500-6500 m	> 6500 m
0	0	0	0	0
1	2	3	4	5

d) Dislivello effettuato quel giorno

500-1000 m	1000-1500 m	> 1500 m
0	0	0
1	2	3

e) Temperatura esterna

< -20° C	-20/-10 °C	-9/-0 °C	1-15°C	>15°
0	0	0	0	0
1	2	3	4	5

f) Vento

Sì	No
0	0
1	2

**B6) Quanti liquidi hai assunto quel giorno?**

Meno di ½ litro	Fino a 1 litro e ½	1 e ½ - 3 litri	Oltre 3 litri
0	0	0	0
1	2	3	4

**B7) Come definiresti la tua diuresi quel giorno?**

Scarsa	Normale	Aumentata
0	0	0
1	2	3

**B8) Come definiresti la tua sensazione di fatica durante l'ascensione quel giorno?**

Nessuna	Lieve	Moderata	Severa
0	0	0	0
1	2	3	4

**B9) Eventuali altre problematiche di salute riscontrate quel giorno**

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

Tosse	Mal di gola	Diarrea	Capogiri	Febbre	Ansia
0	0	0	0	0	0

**B10) Assumevi farmaci per altri motivi, nel giorno in cui hai accusato il disturbo che stai descrivendo?**

Sì	No
0	0
1	2

**B10a) Se SI' specificare** (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a) Farmaci per la pressione alta                               | 0 | h) Farmaci per disturbi del sonno                       | 0 |
| b) Farmaci per il cuore  | 0 | i) Farmaci per il colesterolo                           | 0 |
| c) Farmaci per la bronchite cronica o asma                     | 0 | l) Farmaci antiaggreganti piastrinici tipo aspirina     | 0 |
| d) Farmaci per il diabete                                      | 0 | m) Farmaci anticoagulanti                               | 0 |
| e) Farmaci per la tiroide                                      | 0 | n) Farmaci per malattie reumatologiche                  | 0 |
| f) Farmaci per problemi neurologici (es. Parkinson, epilessia) | 0 | o) Farmaci per disturbi dell'umore (depressione, ansia) | 0 |
| g) Farmaci antidolorifici e/o antinfiammatori                  | 0 |   |   |

**B11) Cerca ora di ricordare esattamente che manifestazioni avevi quel giorno, rispondendo a tutte le domande proposte di seguito**

	<b>Assente</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Grave</b>	<b>Non so</b>
a) Mal di testa	0	0	0	0	0
b) Scarso appetito, nausea e/o vomito	0	0	0	0	0
c) Fatica e/o debolezza e/o riduzione delle prestazioni fisiche	0	0	0	0	0
d) Vertigini e/o testa vuota	0	0	0	0	0
e) Disturbi del sonno	0	0	0	0	0
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	<b>Assente</b>	<b>Sonnolenza</b>	<b>Disorientamento</b>	<b>Coscienza ridotta</b>	<b>Non so</b>
f) Alterazioni della funzione mentale	0	0	0	0	0
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	<b>Assente</b>	<b>Movimenti con le braccia per mantenere l'equilibrio</b>	<b>Non riuscire a camminare in linea retta</b>	<b>Cadute a terra</b>	<b>Non so</b>
g) Difficoltà a camminare in linea retta	0	0	0	0	0
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	<b>Assente</b>	<b>Una sede</b>	<b>Più sedi</b>	<b>Non so</b>	
h) Gonfiore anomalo delle mani/volto/caviglie	0	0	0	0	
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	
	<b>Assente</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Grave</b>	<b>Non so</b>
i) Difficoltà di respiro a riposo	0	0	0	0	0
l) Tosse	0	0	0	0	0
m) Oppressione toracica	0	0	0	0	0
n) Mani o labbra bluastre	0	0	0	0	0
o) Aumento dei battiti del cuore	0	0	0	0	0
p) Necessità di respirare più velocemente	0	0	0	0	0
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

**B12) E' stato fatto qualche trattamento per questo malessere?**

Sì                      No  
 0                        0  
*1*                        *2*

**B12a) Se SI', riesci a ricordare quale tipo di trattamento è stato fatto?**

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

- |                                    |                       |  |                       |
|------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| a) Discesa a valle a piedi         | <input type="radio"/> | g) Tadalafil, Sildenafil per bocca                     | <input type="radio"/> |
| b) Discesa a valle con elicottero  | <input type="radio"/> | h) Salmeterolo spray per bocca                         | <input type="radio"/> |
| c) Discesa a valle con altro mezzo | <input type="radio"/> | i) Acetazolamide per bocca                             | <input type="radio"/> |
| d) Ossigenoterapia                 | <input type="radio"/> | l) Desametazone o altri cortisonici per bocca/endovena | <input type="radio"/> |
| e) Cassone iperbarico              | <input type="radio"/> | m) Altro   | <input type="radio"/> |
| f) Nifedipina sottolinguale        | <input type="radio"/> |  |                       |

**B13) Se hai già sentito parlare di *mal di montagna*, ti è capitato di avere problemi di...?**

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| a) Malattia acuta da alta quota  | <input type="radio"/> |
| b) Edema polmonare da alta quota | <input type="radio"/> |
| c) Edema cerebrale da alta quota | <input type="radio"/> |

**ALTRE NOTIZIE****C1) Quale titolo di studio hai conseguito ?**

- |                       |                       |                         |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Elementari            | Medie inferiori       | Qualifica sup. (3 anni) | Diploma/maturità      | Laurea breve (3 anni) | Laurea                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>1</i>              | <i>2</i>              | <i>3</i>                | <i>4</i>              | <i>5</i>              | <i>6</i>              |

**C2) In che ambito lavori/lavoravi?**

- |   |                       |  |                       |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| a) Agricoltura, caccia-pesca              | <input type="radio"/> | e) Intermediazione, noleggio           | <input type="radio"/> |
| b) Industria manifatturiera, energia      | <input type="radio"/> | f) Pubblica amministrazione, difesa    | <input type="radio"/> |
| c) Costruzioni                            | <input type="radio"/> | g) Istruzione, sanità, servizi sociali | <input type="radio"/> |
| d) Commercio, comunicazioni, ristorazione | <input type="radio"/> | h) Trasporti                           | <input type="radio"/> |

**C3) Quale è la quota della tua residenza?**

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0-1499 m              | 1500-2499 m           | 2500-3499 m           | >= 3500 m             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>1</i>              | <i>2</i>              | <i>3</i>              | <i>4</i>              |

**C4) Vivi ad un'altitudine > 1500 m?**

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Sì                    | No                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>1</i>              | <i>2</i>              |

**C4a) Se SI', da quanti anni ?**

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Meno di 1 anno        | 1-2 anni              | Più di 2 anni         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>1</i>              | <i>2</i>              | <i>3</i>              |

**C5) Nella tua vita, hai mai fatto esercizio fisico (sport, camminate) ?**

1 o Sì

2 o No



**Se No, hai completato il questionario!**

**C6) A quale livello pratichi il tuo esercizio fisico?**

Amatoriale

0

1

Professionistico/agonistico

0

2

**C7) Con quale frequenza fai attività fisica durante la settimana?**

Mai

0

1

1-2 volte

0

2

3-4 volte

0

3

5-7 volte

0

4

**C8) Qual è il tempo medio dedicato all'esercizio fisico?**

Meno di 30 minuti

0

1

Più di 30 minuti

0

2

**C9) Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?**

Lieve

0

1

Moderato

0

2

Intenso

0

3

**C10) Quali sport pratichi? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)**

- |                            |                          |                  |                          |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| a) Corsa                   | <input type="checkbox"/> | i) Trekking      | <input type="checkbox"/> |
| b) Bicicletta              | <input type="checkbox"/> | l) Escursionismo | <input type="checkbox"/> |
| c) Nuoto                   | <input type="checkbox"/> | m) Palestra      | <input type="checkbox"/> |
| d) Camminata con racchette | <input type="checkbox"/> | n) Pallavolo     | <input type="checkbox"/> |
| e) Scialpinismo            | <input type="checkbox"/> | o) Pallacanestro | <input type="checkbox"/> |
| f) Alpinismo               | <input type="checkbox"/> | p) Tennis        | <input type="checkbox"/> |
| g) Sci di fondo            | <input type="checkbox"/> | q) Sci discesa   | <input type="checkbox"/> |
| h) Arrampicata sportiva    | <input type="checkbox"/> | r) Calcio        | <input type="checkbox"/> |

Ti ringraziamo per il tempo che ci hai dedicato e per le informazioni che ci hai fornito, se ritieni necessario e utile essere contattato personalmente per accertamenti ulteriori (informazioni, visite o test specialistici) o per collaborare a questo lavoro puoi, qui di seguito, dare il consenso ad identificare i tuoi dati lasciando un tuo numero di telefono, un tuo indirizzo o un indirizzo di posta elettronica.

Si

No

***Il Team del progetto AL.P.I.***

- Ambulatorio di Medicina di Montagna, Ospedale Regionale della Valle d’Aosta (Dr. Guido Giardini, Dr. Marco Cavana)
- Istituto di Fisiologia Clinica, CNR di Pisa (Dr.ssa Lorenza Pratali, Dott.ssa Sabrina Molinaro)
- Ambulatorio di Fisiologia Clinica e dello Sport, Università Milano Bicocca (Prof. Giuseppe Miserocchi)
- Unità Operativa di Ematologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (Dr. Gianpaolo Nadali)
- Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova (Prof. Corrado Angelini)
- Dipartimento di Biologia, Università degli Studi di Padova (Dr. Sandro Malacrida)

Informazioni da compilare solo se accetti di essere contattato

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

N° CELL. \_\_\_\_\_

N° TELEFONO FISSO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_