

Scala di valutazione dei SINTOMI NON MOTORI per la malattia di Parkinson

Numero ID del paziente: _____ **Iniziali:** _____ **Età:** _____

Sintomi valutati nell'ultimo mese. Ogni sintomo ha un punteggio assegnato in base a:

Gravità: 0 = Nessuna, 1 = Lieve: sintomi presenti ma causano poco disagio o disturbo al paziente; 2 = Moderata: qualche disagio o disturbo al paziente; 3 = Grave: principale fonte di disagio o disturbo al paziente.

Frequenza: 1 = Raramente (<1/settimana); 2 = Spesso (1/settimana); 3 = Frequente (più volte alla settimana); 4 = Molto frequente (giornaliero o per tutto il tempo)

A ciascun dominio sarà attribuito un diverso rilievo. Le risposte Sì/No non sono incluse nel calcolo finale frequenza x gravità (nelle domande della scala è incluso un testo tra parentesi come aiuto esplicativo).

Dominio 1: Cardiovascolare, incluse le cadute

1. Il paziente prova una sensazione di testa vuota, vertigini, debolezza quando dalla posizione seduta o sdraiata assume la posizione ortostatica?
2. Il paziente cade a causa di uno svenimento o di una perdita di coscienza?

Gravità Frequenza Frequenza x Gravità

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTEGGIO:

Dominio 2: Sonno/astenia

3. Il paziente si assopisce o si addormenta involontariamente durante le attività diurne? (Per esempio, durante le conversazioni, durante i pasti, o mentre guarda la televisione o legge?)
4. L'astenia (la stanchezza) o la mancanza di energia (e non la lentezza) limitano il paziente nelle attività diurne?
5. Il paziente ha difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno?
6. Il paziente presenta il bisogno di muovere le gambe o un'irrequietezza nelle gambe che migliora con il movimento quando rimane inattivo seduto o sdraiato?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTEGGIO:

Dominio 3: Umore/cognizione

7. Il paziente ha perso interesse per l'ambiente circostante?
8. Il paziente ha perso interesse nel fare le cose o manca di motivazione per avviare nuove attività?
9. Il paziente si sente nervoso, preoccupato o spaventato senza alcun motivo apparente?
10. Il paziente appare triste o depresso o ha riferito tali emozioni?
11. Il paziente ha l'umore appiattito senza i normali "alti" e "bassi"?
12. Il paziente ha difficoltà a trovare piacevoli le sue abituali attività o riferisce che non risultano più piacevoli?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTEGGIO:

Dominio 4: Dispercezioni/Allucinazioni

13. Il paziente riferisce di vedere cose che non ci sono?
14. Il paziente ha convinzioni che non sono vere? (Per esempio, di essere danneggiato, derubato o tradito)
15. Il paziente presenta una visione doppia? (Due oggetti reali distinti e non una visione offuscata)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTEGGIO:

Gravità **Frequenza** **Frequenza x Gravità**

Dominio 5: Attenzione/Memoria

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Il paziente ha problemi a mantenere la concentrazione durante le attività?
(Ad esempio, mentre legge o mentre parla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Il paziente dimentica cose che gli sono state dette da poco tempo o eventi
accaduti negli ultimi giorni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Il paziente dimentica di fare le cose? (Per esempio, di assumere i farmaci o
spegnere gli elettrodomestici?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PUNTEGGIO:

Dominio 6: Tratto gastrointestinale

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Il paziente presenta scialorrea durante il giorno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Il paziente ha difficoltà a deglutire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Il paziente soffre di stitichezza? (defecazione <3 volte/settimana) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PUNTEGGIO:

Dominio 7: Funzione urinaria

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Il paziente ha difficoltà a trattenere l'urina? (Urgenza) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Il paziente necessita di svuotare la vescica entro 2 ore dall'ultima minzione?
(Frequenza) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Il paziente deve alzarsi regolarmente di notte per urinare? (Nicturia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PUNTEGGIO:

Dominio 8: Attività sessuale

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Il paziente ha un interesse alterato per il sesso? (Si prega di sottolineare
se molto aumentato o molto diminuito) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Il paziente ha problemi nel fare sesso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PUNTEGGIO:

Dominio 9: Vari

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Il paziente soffre di dolore non spiegato da altre condizioni note? (È correlato
ad assunzione di farmaci o è alleviato da farmaci antiparkinsoniani?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Il paziente riferisce un cambiamento nelle capacità gustative o olfattive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Il paziente riferisce un recente cambiamento di peso (non correlato alla dieta)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Il paziente soffre di sudorazione eccessiva (non correlata alla stagione calda)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PUNTEGGIO:

PUNTEGGIO TOTALE:

Sviluppato da **International PD Non Motor Group**

Contatti: ray.chaudhuri@uhl.nhs.uk or alison.forbes@uhl.nhs.uk

Contatto (per la versione italiana): ilaria.cova@unimi.it

Copyright © 2015 International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS). All rights reserved. La versione italiana del NMSS è riprodotta su licenza di "International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS)". Tutti i diritti riservati.