

# Percezione dei sintomi parkinsoniani

## Un aiuto al trattamento della mia malattia di Parkinson

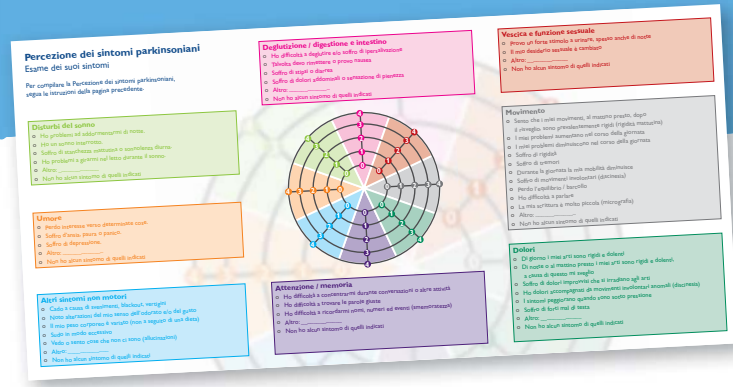
The Cure Parkinson's Trust

EPDA  
European Parkinson's Disease Association

FEDERACIÓN ESPAÑOLA  
parkinson

Parkinson  
schweiz suisse suisse

Sviluppata in collaborazione con UCB. Tutti i diritti riservati © 2017 UCB



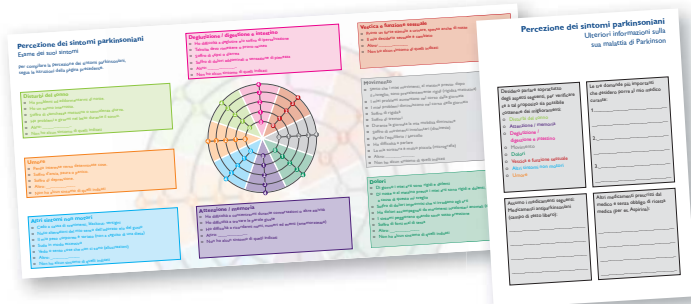
## Introduzione

La **Percezione dei sintomi parkinsoniani** è stata sviluppata per facilitare la comunicazione tra pazienti e medici curanti. Compili la **Percezione dei sintomi parkinsoniani** in vista a alla sua visita medica.

Cosa le offre il diario della malattia di Parkinson:

- Valutare meglio la sua malattia
- Prendere nota dei sintomi motori e non motori
- Parlare durante la visita medica dei disturbi che la preoccupano maggiormente

## Uso della Percezione dei sintomi parkinsoniani



### 1 Indichi i suoi sintomi nella tabella

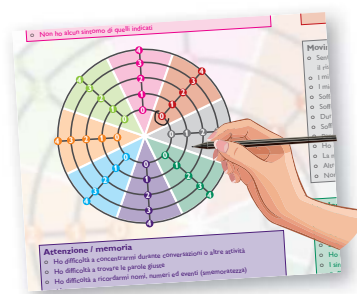


In un passo successivo esamini con il suo partner una dopo l'altra tutte le categorie riportate nei riquadri (per es. i disturbi del sonno) e spunti il sintomo che le crea i problemi maggiori.

## Informazioni sulla malattia di Parkinson

La **malattia di Parkinson** è una malattia neurodegenerativa cronica progressiva\*. Si stima che la sua diffusione nei paesi industrializzati interessi 1 su 100 persone di età superiore a 60 anni, mentre la malattia si sviluppa raramente al di sotto dei 50 anni. Le caratteristiche principali della malattia sono i problemi alla mobilità del corpo (sintomi motori), che si manifestano sotto forma di rallentamento dei movimenti (bradicinesia), rigidità muscolare (rigor) ed eventualmente tremori.

### 2 Indichi con un cerchietto il numero che rispecchia meglio il suo stato

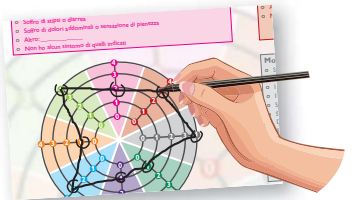


Indichi con che frequenza incidono sul suo benessere i sintomi che ha contrassegnato, utilizzando una scala da 0 a 4:

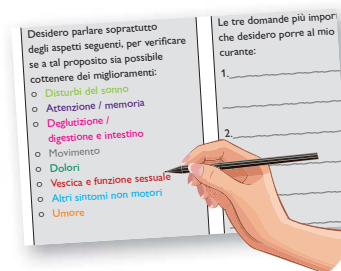
- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = talvolta
- 3 = spesso
- 4 = sempre

### 3 Unisca i numeri fra loro

Tracci delle linee tra i numeri cerchiati. Alla fine risulterà un'immagine che le darà un'immediata raffigurazione visiva del suo stato di benessere attuale.



### 4 Altri aspetti del suo Parkinson



1. Contrassegni i sintomi di cui desidera parlare.
2. Scriva le tre domande principali che intende porre al suo medico.
3. Annoti i farmaci che ha preso dall'ultima visita. Se lo ritiene opportuno, segnali un nuovo farmaco che ha iniziato a prendere dopo l'ultima visita.
4. Una volta compilata la sua Well-Being Map™, può portarla con sé alla visita successiva e mostrarla al suo medico curante.

Molto di frequente si osservano però anche sintomi non-motori, che nel 59% dei casi non vengono riconosciuti e, spesso, nemmeno riferiti al medico curante. Ciò può essere all'origine di diagnosi incomplete e terapie inefficaci.

\* Morte di cellule nervose 4



# Percezione dei sintomi parkinsoniani

## Esame dei suoi sintomi

Per compilare la Percezione dei sintomi parkinsoniani, segua le istruzioni della pagina precedente.

### Disturbi del sonno

- Ho problemi ad addormentarmi di notte.
- Ho un sonno interrotto.
- Soffro di stanchezza mattutina o sonnolenza diurna.
- Ho problemi a girarmi nel letto durante il sonno.
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Umore

- Perdo interesse verso determinate cose.
- Soffro d'ansia, paura o panico.
- Soffro di depressione.
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Altri sintomi non motori

- Cado a causa di svenimenti, blackout, vertigini
- Noto alterazioni del mio senso dell'odorato e/o del gusto
- Il mio peso corporeo è cambiato (non a seguito di una dieta)
- Sudo in modo eccessivo
- Vedo o sento cose che non ci sono (allucinazioni)
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Deglutizione / digestione e intestino

- Ho difficoltà a deglutire e/o soffro di ipersalivazione
- Talvolta vomito o provo nausea
- Soffro di stipsi o diarrea
- Soffro di dolori addominali o sensazione di pienezza
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Attenzione / memoria

- Ho difficoltà a concentrarmi durante conversazioni o altre attività
- Ho difficoltà a trovare le parole giuste
- Ho difficoltà a ricordarmi nomi, numeri ed eventi (smemoratezza)
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Vescica e funzione sessuale

- Provo un forte stimolo a urinare, spesso anche di notte
- Il mio desiderio sessuale è cambiato
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Movimento

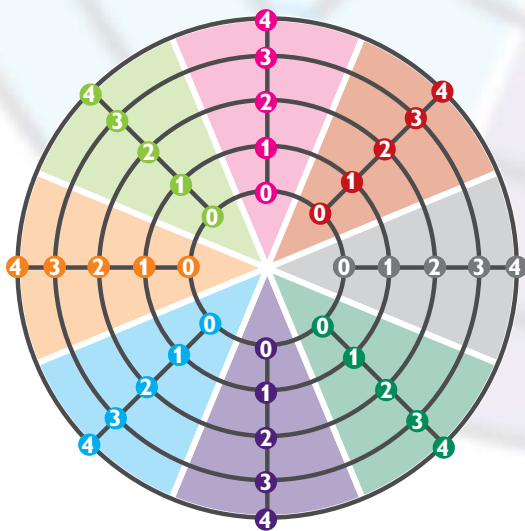
- sento che i miei movimenti, al mattino presto, dopo il risveglio sono, prevalentemente rigidi (rigidità mattutina)
- I miei problemi aumentano nel corso della giornata
- I miei problemi diminuiscono nel corso della giornata
- Soffro di rigidità
- Soffro di tremori
- Durante la giornata la mia mobilità diminuisce
- Soffro di movimenti involontari (discinesia)
- Perdo l'equilibrio / barcollo
- Ho difficoltà a parlare
- La mia scrittura è molto piccola (micrografia)
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

### Dolori

- Di giorno i miei arti sono rigidi e dolenti
- Di notte o al mattino presto i miei arti sono rigidi e dolenti, a causa di questo mi sveglio
- Soffro di dolori improvvisi che si irradiano agli arti
- Ho dolori accompagnati da movimenti involontari anomali (discinesia)
- I sintomi peggiorano quando sono sotto pressione
- Soffro di forti mal di testa
- Altro: \_\_\_\_\_
- Non ho alcun sintomo di quelli indicati

## Percezione dei sintomi parkinsoniani

Ulteriori informazioni sulla sua malattia di Parkinson



Desidero parlare soprattutto degli aspetti seguenti, per verificare se a tal proposito sia possibile ottenere dei miglioramenti:

- Disturbi del sonno
- Attenzione / memoria
- Deglutizione / digestione e intestino
- Movimento
- Dolori
- Vescica e funzione sessuale
- Altri sintomi non motori
- Umore

Le tre domande più importanti che desidero porre al mio medico curante:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Assumo i farmaci seguenti:  
Farmaci antiparkinsoniani  
(campo di testo libero):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altri farmaci prescritti dal medico e senza obbligo di ricetta medica (per es. Aspirina):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_