

## ALS-FRS-R, Italian version

### 1. LINGUAGGIO

Normale processo fonatorio	4	<input type="checkbox"/>
Alterazione evidenziabile del linguaggio	3	<input type="checkbox"/>
Intelligibile con ripetizioni	2	<input type="checkbox"/>
Linguaggio associato a comunicazione non vocale	1	<input type="checkbox"/>
Perdita di linguaggio utile	0	<input type="checkbox"/>

### 2. SALIVAZIONE

Normale	4	<input type="checkbox"/>
Lieve ma definito eccesso di saliva nella bocca; può avere una perdita notturna	3	<input type="checkbox"/>
Saliva moderatamente eccessiva; può avere una perdita minima	2	<input type="checkbox"/>
Marcato eccesso di saliva con una certa perdita	1	<input type="checkbox"/>
Marcata perdita; richiede costantemente l'uso di fazzoletti	0	<input type="checkbox"/>

### 3. DEGLUTIZIONE

Normali abitudini alimentari	4	<input type="checkbox"/>
Iniziali problemi alimentari – occasionalmente va per traverso	3	<input type="checkbox"/>
Modificazioni della consistenza della dieta	2	<input type="checkbox"/>
Necessita di alimentazione enterale supplementare	1	<input type="checkbox"/>
Non in grado di deglutire (alimentazione esclusivamente parenterale o enterale)	0	<input type="checkbox"/>

### 4. SCRIVERE A MANO

Normale	4	<input type="checkbox"/>
Rallentato o approssimato: tutte le parole sono leggibili	3	<input type="checkbox"/>
Non tutte le parole sono leggibili	2	<input type="checkbox"/>
In grado di afferrare la penna ma incapace di scrivere	1	<input type="checkbox"/>
Incapace di afferrare la penna	0	<input type="checkbox"/>

### 5a. TAGLIARE IL CIBO E USARE UTENSILI (pazienti senza gastrostomia)

Normale	4	<input type="checkbox"/>
Talvolta rallentato e goffo, ma non richiede aiuto	3	<input type="checkbox"/>
Può tagliare la maggior parte dei cibi, anche se in modo rallentato e goffo; è necessario un certo aiuto	2	<input type="checkbox"/>
Il cibo deve essere tagliato da altri, ma riesce ancora a portarsi il cibo alla bocca da solo	1	<input type="checkbox"/>
Deve essere nutrito	0	<input type="checkbox"/>

### 5b. TAGLIARE IL CIBO E USARE UTENSILI (pazienti con gastrostomia)

Normale	4	<input type="checkbox"/>
Maldestro ma in grado di eseguire tutte le manipolazioni da solo	3	<input type="checkbox"/>
Necessario un certo aiuto con dispositivi di fissaggio	2	<input type="checkbox"/>
Fornisce una minima assistenza a chi lo aiuta	1	<input type="checkbox"/>
Incapace di eseguire qualsiasi aspetto di questi compiti	0	<input type="checkbox"/>

### 6. VESTIRSI E IGIENE

Funzione normale	4	<input type="checkbox"/>
Bada a se stesso in modo indipendente e completo con sforzo e ridotta efficienza	3	<input type="checkbox"/>
Assistenza intermittente o metodi sostitutivi	2	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto per la cura del sé	1	<input type="checkbox"/>
Dipendenza totale	0	<input type="checkbox"/>

**7. GIRARSI NEL LETTO E AGGIUSTARE LE COPERTE**

- Normale 4
- Talvolta rallentato e goffo; ma non è necessario aiuto 3
- Può girarsi da solo o mettere a posto le coperte ma con grande difficoltà 2
- Può iniziare il movimento, ma non girarsi o mettere a posto le coperte da solo 1
- Necessita di aiuto totale 0

**8. CAMMINARE**

- Normale 4
- Iniziali difficoltà di deambulazione 3
- Cammina con assistenza (qualsiasi ausilio per la deambulazione comprese ortesi per la caviglia) 2
- Solo movimenti funzionali che non portano alla deambulazione 1
- Nessun movimento utile degli arti inferiori 0

**9. SALIRE LE SCALE**

- Normale 4
- Rallentato 3
- Lieve instabilità o fatica 2
- Necessita di assistenza (compreso il mancorrente) 1
- Non può farlo 0

**10. RESPIRAZIONE**

- Normale 4
- Dispnea con minimo esercizio (p. es. camminare, parlare) 3
- Dispnea a riposo 2
- Assistenza ventilatoria intermittente (p. es. notturna) 1
- Dipendente dal ventilatore 0

**11. ORTOPNEA**

- Assente 4
- Qualche difficoltà a dormire di notte a causa di affanno respiratorio; di solito non usa più di due cuscini 3
- Necessita di più di due cuscini per dormire 2
- Riesce a dormire solo in posizione seduta 1
- Non riesce a dormire 0

**12. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

- Assente 4
- Uso intermittente di BiPAP 3
- Uso continuo notturno di BiPAP 2
- Uso continuo notturno e diurno di BiPAP 1
- Ventilazione meccanica invasiva mediante intubazione o tracheostomia 0

**TOTALE**

/48

Iniziali del medico