

Extrapyramidal Symptom Scale (EPSS)

Nome e cognome: _____

PERCHE MONITORARE?: La Schizofrenia²⁰ e gli antipsicotici sono associati indipendentemente ad effetti collaterali motori, che possono contribuire alla non aderenza al trattamento, e ad un'aumentata morbilità e mortalità^{4, 11, 14, 18}.

FREQUENZA MINIMA DI MONITORAGGIO: Per trattamenti appena iniziati: inizio trattamento, 1, 3, e 12 mesi. Per persone in trattamento con lo stesso farmaco da oltre un anno: ogni 12 mesi.

A. EFFETTI COLLATERALI MOTORI

Anamnesi	<input type="checkbox"/> Nessun disturbo del movimento/neurologico		<input type="checkbox"/> Disturbo del movimento/neurologico			
Dettagli:						
Anamnesi familiare (primo grado)	<input type="checkbox"/> Nessun disturbo del movimento/neurologico		<input type="checkbox"/> Disturbo del movimento/neurologico			
Dettagli:						
Data di valutazione (gg/mm/aa)						
Valutazione completata da:						
Attuali antipsicotico, farmaci per effetti collaterali						
ESPERIENZA SOGGETTIVA (≤ 1 settimana)	PUNTEGGIO: 0 = NESSUNA 1 = DUBBIA 2 = LIEVE 3 = MODERATA 4 = SEVERA					
	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
Parkinsonismo						
Discinesia						
Acatisia						
Distonia						
PARKINSONISMO	PUNTEGGIO: 0 = NESSUNO 1 = DUBBIO 2 = LIEVE 3 = MODERATO 4 = SEVERO					
Valuta lati dx/sx come indicato	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
Mimica facciale – ridotta						
Mani – tremore (a riposo)	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
Mani – tremore (con braccia estese, dita divaricate)	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
Mani – bradicinesia	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
Gomito – rigidità	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
Marcia – anormale						
DISCINESIA	PUNTEGGIO: 0 = NESSUNA 1 = DUBBIA 2 = LIEVE 3 = MODERATA 4 = SEVERA					
Valuta lati dx/sx come indicato	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
Faccia e bocca – <i>con manovra distraente</i>						
Lingua – <i>con manovra distraente</i>						
Arti superiori – braccia, mani	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
Tronco – collo, spalle, anche						
Arti inferiori – caviglie/dita	DX	DX	DX	DX	DX	DX
	SX	SX	SX	SX	SX	SX
ACATISIA	PUNTEGGIO: 0 = NESSUNA 1 = DUBBIA 2 = LIEVE 3 = MODERATA 4 = SEVERA					
Irrequietezza motoria osservabile	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
DISTONIA	PUNTEGGIO: 0 = NESSUNA 1 = DUBBIA 2 = LIEVE 3 = MODERATA 4 = SEVERA					
Distonia osservabile	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
Dettagli – specifica parte del corpo (per es. testa, arti, tronco):						

B. PROBLEMA/AZIONE/ESITO

DATA	PROBLEMA	AZIONE	ESITO

Extrapyramidal Symptom Scale (EPSS)

C. PROCEDURE DI VALUTAZIONE

TUTTE le manovre sul paziente devono essere effettuate con movimenti passivi della parte del corpo della persona valutata.

ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO: Quando incerti sul livello di gravità di un effetto collaterale (per es. dubbia vs lieve), attribuire il punteggio più alto.

RAZIONALE: L'obiettivo della scala EPSS è l'identificazione di eventi avversi potenzialmente problematici, consentendo un intervento precoce e il trattamento, come appropriato.

ESPERIENZA SOGGETTIVA	
Screen	Chiedere alla persona: "Durante l'ultima settimana, ha/si è.." a) notato tremori, rigidità muscolare, o problemi nel camminare? (PARKINSONISMO) b) notato qualsiasi movimento anomalo? (DISCINESIA) c) sentito irrequieto o ha avuto bisogno di muoversi anche quando non voleva? (ACATISIA) d) notato qualche rigidità muscolare durata almeno 1 minuto? (DISTONIA) Se sì, esplorare e riportare dettagli rilevanti.
PARKINSONISMO	<i>Consiste in disturbi del movimento, che includono: tremore, marcia/postura alterate, instabilità posturale, rigidità, ridotta mimica facciale/eloquio, e bradicinesia</i>
Mimica facciale – ridotta	Osservare la faccia della persona, notare la mimica ridotta, diminuzione dell'ammiccamento, labbra socchiuse.
Mani – tremore (a riposo)	Osservare le mani della persona, notare il tremore, con la persona seduta con i gomiti appoggiati sulle cosce e le mani sospese sulle ginocchia.
Mani – tremore (con braccia estese, dita divaricate)	Osservare il tremore delle mani della persona a riposo, con i palmi rivolti verso il basso, e le braccia stese in avanti con dita divaricate.
Mani – bradicinesia	Chiedere alla persona di aprire completamente le mani e poi chiuderle, una alla volta, in rapida successione, notare la bradicinesia.
Gomito – rigidità	Flettere ed estendere le braccia della persona, una alla volta, con il pollice sul tendine del bicipite, notare rigidità ("a ruota dentata" o "a tubo di piombo")
Marcia – anormale	Osservare la marcia della persona mentre entra o esce dalla stanza. Notare marcia camptocormica, festinante, con diminuiti movimenti del braccio e bradicinesia.
DISCINESIA	<i>Caratterizzata da movimenti che sono ripetitivi, afinalistici, ed involontari.</i>
Faccia e bocca – con manovra distraente	Mentre si coinvolge la persona in attività distraente (per es. battere ripetutamente il dito), osservare la faccia e la bocca della persona, notando accigliamenti, ammiccamenti, smorfie, corrugamenti delle guance, ripetute apertura e chiusura della bocca, serrare i denti o movimenti laterali della mandibola.
Lingua – con manovra distraente	Mentre si coinvolge la persona in attività distraente (per es. battere ripetutamente il dito), con la bocca della persona aperta, notare intro/estroflessioni e movimenti laterali della lingua
Arti superiori – braccia, mani	Mentre la persona è seduta su una sedia, osserva il paziente notando discinesie di: a) Braccia e mani. NON include tremore. b) Caviglie e dita dei piedi (incluse pronazione/supinazione del piede) c) Collo, spalle, anche (inclusi dondolarsi, girarsi, contorcersi)
Tronco – collo, spalle, anche	
Arti inferiori – caviglie/dita	
ACATISIA	<i>Consiste di sensazione soggettiva di irrequietezza interna con il bisogno di muoversi, e/o movimenti obiettivi come movimenti irrequieti di un arto, cambio di posizione, dondolarsi in piedi o seduti, sollevare piedi tipo marcia sul posto, e incapacità di rimanere seduti per lunghi periodi camminando quindi avanti e indietro.</i>
Irrequietezza motoria osservabile	La persona dovrebbe essere osservata (da seduta) per un minimo di 5 minuti. Un punteggio di gravità "severa" dovrebbe essere riservato a persone che non riescono a rimanere per 5 minuti di seguito a causa di acatisia.
DISTONIA	<i>Caratterizzata da muscoli che sono contratti, contorti, spesso con dolore, a volte accompagnati da movimenti a scatti o in torsione, che portano la persona ad assumere posture anormale.</i>
Distonia osservabile, specifica parte del corpo	Vanno osservate interamente la testa, il collo, gli arti ed il tronco quando la persona è seduta, e quando è in piedi. I dettagli della distonia osservata vanno riportati.

D. AUTORI

Versione Italian tradotta per il Canadian Consortium for Early Intervention in Psychosis da:

Giorgio Pigato, MD, Psychiatrist, Director of Mental Health Inpatient Unit, Padua University Hospital, Italy

Fabio Sambataro, MD, PhD, Psychiatrist, Associate Professor of Psychiatry, University of Padua, Italy

Marco Solmi, MD, PhD, Psychiatrist, Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Canada

Per informazioni: marco.solmi83@gmail.com

Versione originale co-creata da:

Thomas Hastings, MD, FRCPC, Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, McMaster University Hamilton, Ontario - Lecturer, Department of General Psychiatry, University of Toronto Toronto, Ontario

Phil Tibbo, MD, FRCPC, Professor and Dr Paul Janssen Chair in Psychotic Disorders, Department of Psychiatry Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia - Director, Nova Scotia Early Psychosis Program Halifax, Nova Scotia

Richard Williams, MD, FRCPC, Director of Schizophrenia Service, Vancouver Island Health Authority Victoria, British Columbia - Adjunct Professor of Psychology, University of Victoria Victoria, British Columbia - Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia Victoria, British Columbia

Per informazioni: tom.hastingsMD@gmail.com

Extrapyramidal Symptom Scale (EPSS)[®]

E. BIBLIOGRAFIA

1. Adler LA, Angrist B, Reiter S, Rotrosen J. Neuroleptic Induced Akathisia: A Review. *J Psychopharmacology*. 1989;97:1-11.
2. Albanese A, Sorbo FD, Comella C, Jinnah HA, Mink JW, Post B, Vidailhet M, Volkman J, Warner TT, Leentjens AFG, et al. Dystonia Rating Scales: Critique and Recommendations. *Mov Disord*. 2013;28(7):874-883.
3. Barnes TR. A Rating Scale for Drug-Induced Akathisia. *Br. J. Psychiatry*. 1989;154:672-676.
4. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EO. Quality of Life in Schizophrenia: Relationship to Sociodemographic Factors, Symptomatology and Tardive Dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:118-124.
5. Butler MI, Chandrakanth J. Monitoring of extrapyramidal side effects in patients on antipsychotic treatment: A completed audit cycle. *Irish journal of psychological medicine*. 2016 Sep;33(3):165-9.
6. Chouinard G, Margolese HC. Manual for the Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS). *Schiz Res*. 2005;76:247-265.
7. Colosimo C, Martínez-Martín P, Fabbri G, Hauser RA, Merello M, Miyasaki J, Poewe W, Sampaio C, Rascol O, Stebbins GT, et al. Task Force Report on Scales to Assess Dyskinesia in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. *Mov Disord*. 2010;25(9):1131-1142.
8. Cortese L, Jog M, McAuley TJ, Kotteda V, Costa G. Assessing and Monitoring Antipsychotic-Induced Movement Disorders in Hospitalized Patients: A Cautionary Study. *Can J Psychiatry*. 2004;49(1):31-36.
9. Dean CE, Russell JM, Kuskowski MA, Caligiuri MP, Nugent SM. Clinical Rating Scales and Instruments: How Do They Compare in Assessing Abnormal, Involuntary Movements? *J Clin Psychopharmacology*. 2004;24(3):298-304.
10. Fahn S, Elton RL, Members of the UPDRS Development Committee: Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In: Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Lieberman A, eds: *Recent Developments In Parkinson's Disease*. Florham Park, NJ: Macmillan Health Care Information 1987;153-163, 293-304.
11. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with Antipsychotic Drug Treatment: Influence of Side Effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;382:11-15.
12. Gervin M, Barnes TRE. Assessment of Drug-Related Movement Disorders in Schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat*. 2000;6:332-343.
13. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare. 1976;534-537.
14. Hawley CJ, Fineberg N, Roberts AG, Baldwin D, Sahadevan A, Sharman V. The Use of the Simpson Angus Scale for the Assessment of Movement Disorder: A Training Guide. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2003;7:249-257.
15. Hogan TP, Awad AG. Subjective Response to Neuroleptics and Outcome in Schizophrenia: A Re-Examination Comparing Two Measures. *Psychol Med*. 1992;22(2):347-352.
16. Knol W, Keijsers CJ, Jansen PA, van Marum RJ. Systematic Evaluation of Rating Scales for Drug-Induced Parkinsonism and Recommendations for Future Research. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(1):57-63.
17. Loonen AJM, Doorschot CH, van Hemert DA, Oostelbos MCJM, Sijben AES, The MASEAS Team. The Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders (SADIMoD): Test-Retest Reliability and Concurrent Validity. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2000;3:285-296.
18. Margolese HC, Chouinard G, Walters-Larach V, Beauclair L. Relationship Between Antipsychotic-Induced Akathisia and Tardive Dyskinesia and Suicidality in Schizophrenia: Impact of Clozapine and Olanzapine. *Acta Psychiatr Belg*. 2001;101:128-144.
19. Mathews M, Gratz S, Adetunji B, George V, Mathews M, Basil B. Antipsychotic-Induced Movement Disorders: Evaluation and Treatment. *Psychiatry*. 2005 (March):36-41.
20. Pappa S, Dazzan P. Spontaneous Movement Disorders in Antipsychotic-Naive Patients with First-Episode Psychoses: A Systematic Review. *Psychol Med*. 2009;39:1065-1076.
21. Simpson GM, Angus JWS. A Rating Scale for Extrapyramidal Side Effects. *Acta Psychiatr Scand*. 1970;212:11-19.
22. Stomski NJ, Morrison P, Meyer A. Antipsychotic medication side effect assessment tools: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016 May;50(5):399-409.



Canadian
Consortium for
**Early Intervention
in Psychosis**