

**Online resource 1 : Italian version of the Composite Autonomic Symptoms Score
COMPASS 31**

1. Nell'ultimo anno, si è mai sentito/a svenire, ha mai avuto dei capogiri, si è sentito/a "intontito/a" o ha avuto difficoltà a pensare subito dopo essersi alzato/a in piedi dalla posizione seduta o sdraiata?

- 1 Sì
- 2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 5)

2. Quando si alza, con che frequenza accusa questi sintomi o sensazioni?

- 1 Raramente
- 2 Occasionalmente
- 3 Spesso
- 4 Quasi sempre

3. Come valuterebbe la gravità di questi sintomi o sensazioni?

- 1 Leggera
- 2 Moderata
- 3 Grave

4. Nell'ultimo anno, questi sintomi o sensazioni che lei ha accusato sono:

- 1 Peggiorati/e molto
- 2 Peggiorati/e un po'
- 3 Rimasti/e più o meno uguali
- 4 Migliorati/e un po'
- 5 Migliorati/e molto
- 6 Completamente passati/e

5. Nell'ultimo anno, ha mai notato dei cambiamenti di colore della sua pelle, come, per esempio, la pelle che diventa rossa, bianca o violacea?

- 1 Sì
- 2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 8)

6. Quali parti del suo corpo sono state interessate da questi cambiamenti di colore?
(Faccia una crocetta su tutto quello che la riguarda)

- 1 Mani
- 2 Piedi

7. Questi cambiamenti di colore della sua pelle sono:

- 1 Peggiorati molto
- 2 Peggiorati un po'
- 3 Rimasti più o meno uguali
- 4 Migliorati un po'
- 5 Migliorati molto
- 6 Completamente passati

8. Negli ultimi 5 anni, ha avuto dei cambiamenti nella sudorazione generale del corpo?

- 1 Sudo molto più rispetto a prima
- 2 Sudo un po' più rispetto a prima
- 3 Non ho notato alcun cambiamento nella sudorazione
- 4 Sudo un po' meno rispetto a prima
- 5 Sudo molto meno rispetto a prima

9. Ha la sensazione di avere gli occhi troppo asciutti?

- 1 Sì
- 2 No

10. Ha la sensazione di avere la bocca troppo asciutta?

- 1 Sì
- 2 No

11. Ora consideri il sintomo che ha da più tempo (occhi asciutti o bocca asciutta). Questo disturbo è :

- 1 Non ho avuto nessuno di questi sintomi
- 2 Peggiorato molto
- 3 Peggiorato un po'
- 4 Rimasto più o meno uguale
- 5 Migliorato un po'
- 6 Migliorato molto
- 7 Completamente passato

12. Nell'ultimo anno, ha notato qualche cambiamento nella rapidità con cui raggiunge la sazietà (si sente pieno) quando mangia?

- 1 Mi sazio molto più velocemente rispetto a prima
- 2 Mi sazio più velocemente rispetto a prima
- 3 Non ho notato alcun cambiamento
- 4 Mi sazio meno velocemente rispetto a prima
- 5 Mi sazio molto meno velocemente rispetto a prima

13. Nell'ultimo anno, si è sentito/a eccessivamente sazio/a o costantemente sazio/a (sensazione di gonfiore) dopo un pasto?

- 1 Mai
- 2 Qualche volta
- 3 Spesso

14. Nell'ultimo anno, ha vomitato dopo un pasto?

- 1 Mai
- 2 Qualche volta
- 3 Spesso

15. Nell'ultimo anno, ha avuto dolore addominale come crampi o coliche?

- 1 Mai
- 2 Qualche volta
- 3 Spesso

16. Nell'ultimo anno, ha avuto attacchi di diarrea?

- 1 Sì
- 2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 20)

17. Con che frequenza ciò si è verificato?

- 1 Raramente
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente _____ volte al mese
- 4 Costantemente

18. Quanto sono gravi questi attacchi di diarrea?

- 1 Leggeri
- 2 Moderati
- 3 Gravi

19. I suoi attacchi di diarrea sono:

- 1 Peggiorati molto
- 2 Peggiorati un po'
- 3 Rimasti uguali
- 4 Migliorati un po'
- 5 Migliorati molto
- 6 Completamente passati

20. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi di stitichezza?

- 1 Sì
- 2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 24)

21. Con quale frequenza ha problemi di stitichezza?

- 1 Raramente
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente _____ volte al mese
- 4 Costantemente

22. Quanto sono gravi questi episodi di stitichezza?

- 1 Leggeri
- 2 Moderati
- 3 Gravi

23. La sua stitichezza è:

- 1 Peggiorata molto
- 2 Peggiorata un po'
- 3 Rimasta uguale
- 4 Migliorata un po'
- 5 Migliorata molto
- 6 Completamente passata

24. Nell'ultimo anno, ha mai perso il controllo della vescica?

- 1 Mai
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente _____ volte al mese
- 4 Costantemente

25. Nell'ultimo anno, ha avuto difficoltà ad urinare?

- 1 Mai
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente _____ volte al mese
- 4 Costantemente

26. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi a svuotare completamente la sua vescica?

- 1 Mai
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente _____ volte al mese
- 4 Costantemente

27. Nell'ultimo anno, senza occhiali da sole o occhiali con lenti scure, la luce intensa le ha dato fastidio agli occhi?

- 1 Mai (se ha risposto "Mai", passi per favore alla domanda 29)
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

28. Quanto è grave questa sensibilità alla luce intensa?

- 1 Leggera
- 2 Moderata
- 3 Grave

29. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi a mettere a fuoco le immagini con i suoi occhi?

- 1 Mai (se ha risposto "Mai", passi per favore alla domanda 31)
- 2 Occasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Costantemente

30. Quanto è grave questo problema di mettere a fuoco?

- 1 Leggero
- 2 Moderato
- 3 Grave

31. Il sintomo più fastidioso per i suoi occhi (ad es., sensibilità alla luce intensa o problemi nel mettere a fuoco) è:

- 1 Non ho avuto nessuno di questi sintomi
- 2 Peggiorato molto
- 3 Peggiorato un po'
- 4 Rimasto più o meno uguali
- 5 Migliorato un po'
- 6 Migliorato molto
- 7 Completamente passato