

# **P.R.O. HIV**

## **VALUTAZIONE DEL MIO STATO DI SALUTE SOCIALE, FISICO, MENTALE**

**Elaborato dalle persone della comunità e associazioni HIV**  
*con la supervisione di **Amalia Bove**, psicoterapeuta*

**Giornate di Nadir**  
Italia, ottobre – novembre 2020

associazione  
**NADIR**  
onlus

**Compilato in data:** \_\_\_\_\_

**Scheda dati anamnestici**

- Nome \_\_\_\_\_
- Cognome \_\_\_\_\_
- Et  \_\_\_\_\_
- Identit  di genere \_\_\_\_\_
- Italiano: Si\_ No\_  
Se No, indicare: Citt  di provenienza \_\_\_\_\_
- Permesso di soggiorno: Si\_ No\_
- Citt  di appartenenza \_\_\_\_\_
- Seguito nella propria regione: Si\_ No\_  
Se No, Perch  \_\_\_\_\_
- Anni di HIV+ \_\_\_\_\_
- Anni di terapia antiretrovirale \_\_\_\_\_
- Terapia HIV attuale \_\_\_\_\_
- Presenza di copatologie (fisiche/mentali): Si\_\_ No\_\_
- Farmaci per altre patologie (fisiche/mentali): Si\_\_ No\_\_  
Se si, quali \_\_\_\_\_
- Terapie complementari (integratori, vitamine, fitoterapia, omeopatia etc.): Si\_ No\_  
Se Si, quali \_\_\_\_\_
- Attivit  lavorativa: Si\_\_ No\_\_  
Se Si, Lavoro stabile\_ Lavoro saltuario\_
- Abitazione in proprio: Si\_\_ No\_\_
- Abitazione presso terzi (amici, case alloggio, carcere, comunit , ecc.): Si\_ No\_
- Senza fissa dimora: Si\_ No

## **A. Rapporto con il medico e la struttura di riferimento**

1. Mi sento accolto: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
2. Mi sento capito: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
3. Mi sento coinvolto nelle decisioni che riguardano la mia salute:  
per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
4. Sento ignorate le mie esternazioni di malessere: Si\_ No\_
5. Sono insoddisfatto della terapia, il medico non mi ascolta: Si\_ No\_
6. Mi sento discriminato: Si\_ No\_
7. Mi sento rispettato: Si\_ No\_
8. La turnazione dei medici rappresenta un problema per me: Si\_ No\_
9. Sento sottovalutati i miei problemi fisici: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
10. Sento sottovalutato il mio stato psicologico: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
11. Sono stato seguito o sono seguito da uno psicologo: Si\_ No\_
12. Gli aspetti burocratici rappresentano un problema per me: Si\_ No\_
13. Carenza di comunicazione tra i medici che mi seguono per l'HIV: Si\_ No\_
14. Carenza di coordinamento con altri specialisti: Si\_ No\_
15. Mi viene chiesto di ricorrere a strutture a pagamento per la diagnostica: Si\_ No\_
16. Difficoltà a contattare il mio medico in caso di emergenza: Si\_ No\_
17. Difficoltà a contattare la struttura: Si\_ No\_
18. Difficoltà di ottenere visite mediche di persona: Si\_ No\_
19. Durante gli incontri con il mio medico vengo visitato: Si\_ No\_ A volte\_
20. Tempi di attesa lunghi: Si\_ No\_
21. Ho possibilità di accedere all'assistenza per video conferenza: Si\_ No\_
22. Accetto di essere seguito anche via telefono/colloqui via computer: Si\_ No\_

## **B. Rapporto sul mio stato di salute**

1. Quante volte ho saltato la terapia ARV nell'ultimo mese?  
Mai\_ una volta\_ più di una volta\_ più di 5 volte\_
2. Quante volte ho saltato l'assunzione di altri farmaci nell'ultimo mese:  
Mai\_ una volta\_ più di una volta\_ più di 5 volte\_
3. Ritengo di avere uno stato di salute soddisfacente:  
Per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
4. Ho diminuito negli ultimi tre mesi le mie attività quotidiane:  
Per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
5. Ho bisogno di assistenza domiciliare per svolgere attività quotidiane: Si\_ No\_
6. Ho bisogno di assistenza per recarmi al centro clinico: Si\_ No\_
7. Nell'ultimo mese ho sviluppato una nuova patologia: Si\_ No\_
8. Negli anni ho sviluppato resistenza ai farmaci: Si\_ No\_ Non so\_  
Se Si, a quanti farmaci: uno\_ più di uno\_ più di tre\_
9. Ritmo sonno veglia: regolare\_ irregolare\_
10. Stanchezza: Si\_ No\_

11. Nausea: Si\_ No\_
12. La mia memoria è: Come sempre\_ Migliorata\_ Peggiorata\_
13. Concentrazione: Come sempre\_\_ Migliorata\_ Peggiorata\_
14. Difficoltà nell'articolare parole: Si\_ No\_
15. Dolori articolari/muscolari: Si\_ No\_
16. Aritmia cardiaca: Si\_ No\_
17. Funzioni intestinali: Regolari\_ Irregolari\_
18. Variazione del peso corporeo: Si\_ No\_
19. Cambiamento immagine corporea: Si\_ No\_
20. Disfunzioni sessuali: Si\_ No\_
21. Menopausa: Si\_ No\_
  - Se si: Disturbi correlati? Si\_ No\_
  - Terapie specifiche? Si\_ No\_
22. Instabilità dell'umore: Si\_ No\_ Spesso\_
23. Mi sento vulnerabile psicologicamente: Si\_ No\_
24. Ho vissuto esperienze dolorose di recente (lutti, separazioni, lavoro ecc.): Si\_ No\_
25. Ansia: Si\_ No\_ Spesso\_
26. Pianto immotivato: Si\_ No\_ Spesso\_
27. Depressione: Si\_ No\_
28. Solitudine: Si\_ No\_ Sempre\_
29. Difficoltà di concentrazione: Si\_ No\_ Spesso\_
30. Difficoltà di affrontare/risolvere problemi quotidiani: Si\_ No\_ Spesso\_

### **C. Vita affettiva, relazionale, sessuale**

1. Ho parlato dell'HIV con:
  - famiglia d'origine\_
  - partner\_
  - amici, colleghi, conoscenti\_
  - altre persone con HIV\_
  - associazioni, Checkpoint ecc.\_
  - psicologo\_
  - medico di base\_
  - nessuno\_
  - altro \_\_\_\_\_
2. Ho una relazione di coppia stabile: Si\_ No\_
3. Ho figli: Si\_ No\_
4. Ho solo rapporti occasionali: Si\_ No\_
5. Pratico Chemsex: Si\_ No\_ A volte\_ Spesso\_
6. Riesco a costruire relazioni stabili: Si\_ No\_
7. Ho paura di essere rifiutato a causa dell'HIV: Si\_ No\_
8. Sono già stato rifiutato e ho sofferto: per nulla\_ poco\_ molto\_
9. Ho subito discriminazioni in ambito sociale: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
10. Sono soddisfatto della mia vita affettiva: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_

11. Sono soddisfatto della mia vita sessuale: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
12. Conosco il significato di **U=U**: Si\_ No\_  
Se si, sono stato informato da \_\_\_\_\_
13. Uso il preservativo: mai\_ a volte\_ spesso\_ sempre
14. Ho paura di contagiare HIV/altre infezioni: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
15. Ho relazioni sociali: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_
16. Assumo alcool: mai\_ ai pasti\_ spesso\_ molto\_
17. Faccio uso di droghe: Si\_ No\_ A volte\_ Spesso
18. Fumo: Si\_ No\_ A volte\_
19. Faccio attività fisica: per nulla\_ poco\_ abbastanza\_ molto\_

*Associazioni HIV che hanno contribuito e condiviso l'elaborazione di questo PRO:*

- |   |  |
|---|--|
| 1. <b>Agedo Milano</b>                                | 12. <b>L.I.L.A. Milano</b>                     |
| 2. <b>Anlaids</b>                                     | 13. <b>L.I.L.A. Sicilia</b>                    |
| 3. <b>Anlaids Lazio</b>                               | 14. <b>L.I.L.A. Como</b>                       |
| 4. <b>Arcobaleno Aids ODV</b>                         | 15. <b>L.I.L.A. Trentino ODV</b>               |
| 5. <b>ArciGay Modena "Matthew Shepard"</b>            | 16. <b>Milano Check Point</b>                  |
| 6. <b>ASA - Associazione Solidarietà Aids, Milano</b> | 17. <b>Movimento per la Qualità della vita</b> |
| 7. <b>BLQ Checkpoint Bologna</b>                      | 18. <b>Nadir onlus</b>                         |
| 8. <b>CIG - Arcigay Milano</b>                        | 19. <b>Parsec Coop. Soc. a r.l. onlus</b>      |
| 9. <b>E se domani - Terni</b>                         | 20. <b>PRO, Amigay Aps</b>                     |
| 10. <b>Fondazione L.I.L.A. Milano</b>                 | 21. <b>PLUS Aps</b>                            |
| 11. <b>L.I.L.A. Italia</b>                            |  |

*Ringraziamo le associazioni e le persone della community che individualmente hanno collaborato all'iniziativa e la dottoressa **Antonella Cingolani**, infettivologo, Fondazione Policlinico Gemelli, Roma.*

**nadir**

Ottobre – Novembre 2020