



PRESA IN CARICO MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI DI SALUTE DELLE PERSONE CHE VIVONO CON HIV

Aprile 2026

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Andrea Calcagno | *Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", Torino e Dipartimento di Medicina Translazionale, Università del "Piemonte Orientale", Novara*

GRUPPO DI LAVORO TECNICO-SCIENTIFICO

Matteo Augello | *Clinica delle Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Scienze Della Salute, Università degli Studi di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Annalisa Bergamini | *S.S. SERT - ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia; ATS BRESCIA, SS Salute Mentale e dipendenze Dipartimento PIPSS - Agenzia di Tutela della Salute di Brescia*

Lorenzo Biasoli | *Clinica delle Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Scienze Della Salute, Università degli Studi di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Luisa Brogonzoli | *Centro Studi Fondazione The Bridge, Milano*

Andrea Calcagno | *Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", Torino*

Francesco Caruso | *Unità Operativa Malattie Infettive, ASST Fatebenefratelli - Sacco, Ospedale L. Sacco, Milano*

Paola Cinque | *Unità di Malattie Infettive, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano*

Antonella D'Arminio Monforte | *Fondazione ICONA, Milano*

Simona Di Giambenedetto | *Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

Simonetta Gerevini | *UOC Neuroradiologia, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo*

Mauro Giacomini | *Dipartimento di Informatica, Bioingegneria, Robotica e Ingegneria dei Sistemi, Università degli Studi di Genova, Genova*

Andrea Gori | *Unità Operativa Malattie Infettive, ASST Fatebenefratelli - Sacco, Ospedale L. Sacco, Milano*

Rosaria Iardino | *Fondazione The Bridge, Milano*

Giordano Madeddu | *SS IMMUNODEFICIENZA, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Sassari*

Giulia Marchetti | *Clinica delle Malattie Infettive e Tropicali, Dipartimento di Scienze Della Salute, Università degli Studi di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Elisa Sala | *Centro Studi Fondazione The Bridge, Milano*

Pierluigi Francesco Salvo | *Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

Carlo Torti | *Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma*

Daniela Vai | *S.S. Psicologia Aziendale Asl Città di Torino, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze - C.D.C.D, Torino*

ANALISI STATISTICA

Andrea Calcagno | *Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", Torino e Dipartimento di Medicina Translazionale, Università del "Piemonte Orientale", Novara*

Rosalba Rosato | *Dipartimento di Psicologia, Università di Torino*

Elisa Sala | *Centro Studi Fondazione The Bridge*

COORDINAMENTO E SUPERVISIONE

Luisa Brogonzoli | *Centro Studi Fondazione The Bridge*

Andrea Calcagno | *Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", Torino*

Rosaria Iardino | *Fondazione The Bridge*

SUPPORTO ORGANIZZATIVO

Simona Iardino | *Fondazione The Bridge*

ESTENSORI

Luisa Brogonzoli | *Centro Studi Fondazione The Bridge*

Andrea Calcagno | *Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", Torino*

Elisa Sala | *Centro Studi Fondazione The Bridge*

GRAFICA

Concreo Srl | *Varese*

INDICE

Premessa	6
Introduzione	7
Punti chiave	10
I domini e la flowchart per la presa in carico	12
Il questionario di screening multidimensionale	15
 FLOWCHART PER LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CHE VIVONO CON HIV	 17
1. Dominio cognitivo	18
2. Dominio funzionale	27
3. Sintomi depressivi	34
4. Sintomi dello spettro ansioso	42
5. Qualità del sonno	50
6. Dominio nutrizionale	56
7. Comorbidità	62
8. Politrattamento	66
9. Qualità della vita	70
10. Alcol e dipendenze	75
11. Sfera socioeconomica	86
12. Stigma	91

Bibliografia	97
--------------	----

ALLEGATO 1. Lo studio MUSA	99
----------------------------	----

ALLEGATO 2. Questionario di screening multidimensionale	103
---	-----

APPROFONDIMENTI

Scheda 1. Brain-Mind Health e Brain Capital	8
---	---

Scheda 2. L'armonizzazione di più domini alterati	14
---	----

Scheda 3. Stigma e Dipendenze	84
-------------------------------	----

Scheda 4. Il chemsex	85
----------------------	----

Scheda 5. U=U	96
---------------	----

PREMESSA

Questo contributo è nato nell'ambito di Coalition HIV, un gruppo di lavoro nato nel 2019 su iniziativa congiunta di clinici, associazioni di pazienti e aziende del settore farmaceutico, con l'obiettivo di riportare l'HIV e l'AIDS al centro dell'agenda politica nazionale¹.

Il percorso di elaborazione del documento è iniziato nel 2024 ed è il risultato dell'attività del gruppo, una sezione di componenti di Coalition HIV composta da infettivologi, neuropsicologi, psichiatri e ricercatori sociali.

Il gruppo ha lavorato alla selezione dei domini clinicamente rilevanti, alla revisione degli strumenti clinici già disponibili e alla costruzione di un test di screening multidimensionale, da compilare in autonomia dal paziente in sala di attesa dell'infettivologo. Il risultato è stata una flowchart completa per la presa in carico rapida del paziente, che integra, per ciascuno dei domini identificati, i diversi passaggi decisionali e i percorsi clinici da attivare.

Il primo livello della flowchart – ovvero il test di screening multidimensionale – è stato successivamente validato attraverso lo studio MUSA. Maggiori informazioni sullo studio MUSA sono disponibili nell'allegato 1.

¹ Per un approfondimento: <https://www.fondazionethebridge.it/work/coalition-hiv/>

INTRODUZIONE

Il perimetro

Negli ultimi decenni, le terapie antiretrovirali (ART) e le innovazioni hanno trasformato la vita delle persone con HIV (PWH, persons with HIV), permettendo loro di vivere più a lungo e con una qualità della vita significativamente migliore rispetto al passato.

L'HIV – ormai considerata un'infezione cronica – richiede un approccio continuo e integrato nella gestione della salute delle persone che vivono con questa condizione. Inoltre, la persistenza dell'infiammazione latente legato al virus, insieme alla tossicità a lungo termine delle terapie, aumenta il rischio di **comorbidità fisiologiche e mentali**, incidendo negativamente sulla qualità di vita e sulla gestione clinica. Questi problemi, in alcuni casi, sono ulteriormente gravati da condizioni sociali ed economiche precarie.

In questo contesto, emerge la necessità di un approccio più ampio che integri le dimensioni fisiche, cognitive, psicologiche e funzionali, in linea anche con il concetto di **Brain-Mind Capital**, che sottolinea l'importanza di investire nella salute mentale e nelle capacità cognitive per migliorare la qualità della vita complessiva. Sebbene le linee guida europee – come quelle sviluppate da EACS(1) – raccomandino percorsi di screening specifici e interventi strutturati per la prevenzione e la gestione delle comorbidità, la loro applicazione nella pratica clinica risulta spesso ostacolata da fattori organizzativi, scarsità di risorse e tempi limitati durante le visite ambulatoriali. Inoltre, al momento, non esiste uno strumento specifico, di rapida somministrazione, per uno screening multidisciplinare delle persone con HIV che tenga conto delle diverse dimensioni di salute neuro-cognitiva, fisiologica e mentale.

Scheda 1. Brain-Mind Health e Brain Capital

In questo contesto, sembra utile fare accenno alla **Brain Mind Health**, un approccio che esplora il legame profondo tra cervello e mente, indagando come questi due aspetti interagiscano per influenzare le emozioni, il comportamento e le capacità cognitive.

Occuparsene non si limita a trattare i sintomi, ma adottare un approccio olistico che considera l'intera persona e il contesto in cui vive, le relazioni personali e lo stile di vita.

L'attenzione verso la salute mentale è destinata ad assumere un ruolo sempre più centrale nelle politiche sanitarie e sociali, non solo a livello globale, ma anche nel nostro Paese. L'aumento previsto dei disturbi mentali nei prossimi anni non può essere attribuito a un singolo fattore, ma è il risultato di una complessa interazione tra cambiamenti sociali, biologici e ambientali.

Comprendere queste cause è fondamentale per uscire dalla logica di una gestione emergenziale del fenomeno e abbracciare una strategia più proattiva e sostenibile.

Complessivamente, i brain-mind disorders costano a livello globale oltre 5 trilioni di dollari

ogni anno, e ci si aspetta che questo costo aumenterà fino a 16 trilioni di dollari entro il 2030 in termini di perdita di produttività (2). Infatti, il peso economico si manifesta prevalentemente attraverso i costi indiretti, associati alla riduzione dell'occupazione, all'assenteismo, alla diminuzione della produttività e alla perdita di capitale umano. A livello globale (3), ad esempio, depressione e disturbi d'ansia - che sono i due disturbi più diffusi - causano la perdita di circa 12 miliardi di giornate lavorative ogni anno, con una perdita economica stimata in circa 1 trilione di dollari ogni anno, principalmente a causa della ridotta capacità lavorativa e delle difficoltà di reinserimento occupazionale (4).

Il **Brain Capital** può essere definito come un paradigma economico e sociale che definisce il valore collettivo della Brain-Mental Health (ossia la salute mentale e neurologica) e delle relative abilità cognitive ed emotive, sociali, tecniche di una popolazione.

L'idea originaria è stata elaborata nel 2011 dal Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health¹, successivamente

¹ <https://canadacommons.ca/orgs/global-business-and-e->

sviluppata e resa popolare da un team transdisciplinare di esperti guidati dal neuroscienziato Harris Eyre (5) e, infine, recentemente adottata dal World Economic Forum di Davos², portandola contestualmente sotto i riflettori tanto del mondo sanitario, che di quello finanziario.

Nello specifico, il Brain Capital è un concetto multidimensionale che identifica l'insieme delle risorse cognitive, emotive e neurologiche che consentono agli individui di apprendere, adattarsi, innovare e partecipare attivamente alla vita sociale ed economica, integrando due componenti principali: Brain-Mental Health (intesa come stato di benessere psicologico, cognitivo, emotivo e neurologico lungo tutto l'arco della vita) e Brain skills corrispondono alle competenze cognitive e socio-emotive quali resilienza, capacità di apprendimento, pensiero critico, apprendimento continuo, creatività e regolazione delle emozioni.

Le sue componenti non sono separabili: la salute mentale e neurologica favorisce lo sviluppo del-

[conomic-roundtable-on-addiction-and-mental-health/](https://canadacommons.ca/orgs/global-business-and-e-)

² Organizzazione internazionale che periodicamente riunisce personalità politiche ed economiche di spicco a livello mondiale per discutere e definire le politiche comuni. Per approfondimenti: <https://www.weforum.org/>

le competenze, e queste ultime rafforzano la resilienza psicologica. Tale interdipendenza costituisce la base di un approccio preventivo integrato, dove la prevenzione diventa un investimento strategico per la società. In questa prospettiva, il Brain Capital rappresenta un determinante fondamentale del benessere individuale e collettivo e costituisce una risorsa strategica per orientare politiche sanitarie e sociali verso modelli preventivi, inclusivi e sostenibili (6) e, “per lo sviluppo umano e per una crescita economica sostenibile e inclusiva” (2), come sottolineato dalla Euro-Mediterranean Economists Association (EMEA)³.

Investire nella Brain Mind Health porta con sé numerosi benefici. Prima di tutto, può migliorare il benessere e salute generale. In seconda battuta ciò può avere un forte impatto sul bilancio del sistema sanitario.

³ La EMEA agisce come istituto di ricerca indipendente e come forum di dibattito e riunisce i principali economisti ed esperti nazionali e internazionali sui temi dello sviluppo socioeconomico, finanziario e politico nell'area che comprende Europa, Mediterraneo e Africa per rispondere alle sfide attuali e future. Per approfondimenti: <https://euromed-economists.org/>

Obiettivi e strumenti

È in questa cornice che nasce l'idea di sviluppare uno strumento strutturato: un **questionario di screening multidimensionale accompagnato da un percorso diagnostico e interventistico** dedicato alle comorbidità fisiologiche e mentali nelle persone che vivono con HIV.

Questo strumento è concepito come supporto clinico per facilitare l'identificazione tempestiva delle principali alterazioni nelle diverse dimensioni considerate. L'obiettivo è promuovere **un'analisi multidimensionale**, condizione fondamentale per progettare interventi mirati che possano migliorare la qualità della vita delle PWH e prevenire alcune comorbidità.

Adottare un approccio olistico e personalizzato nella cura delle persone che vivono con HIV, insieme all'identificazione precoce dei relativi bisogni di salute attraverso la prevenzione, è cruciale non solo per migliorare la loro qualità della vita, ma anche per rendere il sistema sanitario più efficace ed efficiente nella risposta ai bisogni emergenti e complessi. Il presente strumento mira a facilitare questo processo, grazie alla somministrazione periodica del questionario di screening e all'identificazione di percorsi di presa in carico specifici in caso di alterazioni rilevate nei domini identificati.

Il modello di riferimento

A pochi mesi dall'avvio dei lavori del gruppo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il documento finale del progetto ICOPE (*Integrated Care for Older PEople*) (7), dedicato alla valutazione centrata sulla persona nell'ambito delle cure primarie per pazienti anziani; questo lavoro – che abbiamo preso come modello di riferimento per il nostro – ha fornito solide evidenze a favore di uno screening multidimensionale seguito da un percorso diagnostico e interventistico strutturato.

PUNTI CHIAVE

L'obiettivo è fornire un supporto concreto nella diagnosi, valutazione e gestione multidimensionale dei pazienti, con un focus su dodici domini di interesse individuati come prioritari.

Cosa offre questa proposta di percorso?

Il percorso offre uno schema operativo per l'identificazione precoce di comorbidità fisiologiche e mentali nelle persone che vivono con HIV, pensato come strumento di prevenzione e supporto clinico per una presa in carico rapida e personalizzata.

A chi è rivolto questo percorso?

Questo percorso è stato concepito principalmente per i clinici infettivologi, ma può essere uno strumento utile anche per altri professionisti sanitari coinvolti nella cura delle persone con HIV.

Per quali pazienti è indicata?

Può essere utilizzata per tutti i pazienti che vivono con HIV, indipendentemente dalla fascia di età.

Quando va utilizzato?

L'obiettivo è che il questionario di screening multidimensionale venga compilato in sala di attesa prima della visita con l'infettivologo, che potrà, durante la visita, verificare se ci siano o meno alterazioni e seguire il resto del percorso strutturato per la presa in carico del paziente relativamente ai domini risultati alterati (se presenti).

Come è strutturato questo vademecum?

- Questionario multidimensionale e 12 domini di interesse.
- Per ognuno dei 12 domini di interesse:
 - **schema** per la presa in carico, con le specifiche domande del test di primo livello e il loro Score MUSA – quanto si sono rivelate efficaci a livello statistico.
 - **diverse opzioni per i test di conferma**, con i loro vantaggi, svantaggi, tempo e modalità di compilazione. Si ricorda che alcuni di essi potrebbero essere soggetti a specifici copyright.
 - **schede di approfondimento** su alcune tematiche di interesse connesse con i domini.

- Ogni 6-12 mesi
- Autosomministrato

SCREENING RAPIDO

- Se il punteggio lo richiede
- Durante visita di controllo specialistica

TEST DI CONFERMA

- Se viene confermata un'alterazione in uno dei domini

ANALISI SPECIALISTICA E GESTIONE AVANZATA

- Una volta risolta la problematica/ se il dominio risulta non alterato

FOLLOW-UP

- Per gestire l'alterazione identificata

MANAGEMENT



I DOMINI E LA FLOWCHART PER LA PRESA IN CARICO

Per la costruzione del percorso di screening, sono stati selezionati **12 domini**, che coprono le principali aree di intervento diagnostico, per le PWH, relativi alla **salute mentale e cerebrale**:

1. Dominio cognitivo

2. Dominio funzionale

3. Sintomi depressivi

4. Sintomi dello spettro ansioso

5. Qualità del sonno

6. Dominio nutrizionale

7. Comorbidità

8. Politrattamento

9. Qualità della vita

10. Alcol e dipendenze

11. Sfera socioeconomica

12. Stigma

I principi fondamentali dell'approccio riguardano innanzitutto il miglioramento della **qualità della vita** delle persone con HIV, estendendo l'attenzione oltre le sole problematiche cliniche per abbracciare anche le dimensioni psicologiche e sociali. A questo si affianca la necessità di una **presa in carico efficace e personalizzata**, adattata alle esigenze specifiche di ciascun individuo. È fondamentale promuovere la **multidisciplinarietà**, considerata essenziale per affrontare adeguatamente la complessità delle sfide poste dall'HIV e dalle sue comorbidità. Inoltre, una fase cruciale del percorso è fornire un **riscontro chiaro e tempestivo al paziente**, rafforzando la fiducia e garantendo che egli comprenda appieno la propria condizione e le opzioni di trattamento. Questo feedback permette di monitorare l'aderenza al trattamento e di apportare modifiche in base alle esigenze individuali, migliorando così gli esiti clinici e il benessere complessivo. Lo strumento si sviluppa su **cinque livelli**, ciascuno progettato per approfondire progressivamente la valutazione iniziale e, successivamente la gestione delle eventuali problematiche emerse e il follow-up del paziente nel tempo. Il primo livello è rappresentato da un questionario "veloce" multidisciplinare; a seconda del punteggio ottenuto, il clinico deciderà se allertare o meno. In caso di criticità, si procederà alle fasi successive, che prevedono un approfondimento dei domini critici attraverso test specifici e/o l'invio a esami diagnostici o visite specialistiche, e così via.



Questo approccio garantisce una continuità di cura che considera le priorità cliniche e le interconnessioni tra le diverse aree di intervento.

Scheda 2. L'armonizzazione di più domini alterati

Un tema da attenzionare riguarda l'armonizzazione delle priorità tra i diversi domini, in presenza di più alterazioni. Nel caso specifico del presente lavoro, esso risulta particolarmente complesso, poiché molti domini sono strettamente interconnessi e non è sempre possibile stabilire un chiaro rapporto di causalità o consequenzialità tra di essi: ad esempio, come stabilire se sia la depressione ad avere un effetto sulla sfera del sonno, o viceversa?

Tutti i domini risultano interconnesse in qualche misura, rendendo difficile stabilire criteri univoci per la definizione delle priorità di intervento.

A ciò si aggiunga che non è stato ravvisato alcun criterio sufficientemente robusto dal punto di vista scientifico da permettere di avanzare una fondata proposta di armonizzazione.

Pertanto, si possono soltanto suggerire alcuni criteri di intervento rispetto alla gestione di più domini problematici:

1. Priorità alla gravità: intervenire sul dominio più compromesso, ovvero quello che influisce maggiormente sul funzionamento e sulla salute del paziente.

2. Percezione del paziente: è importante prendere in considerazione anche l'aspetto soggettivo: quale problematica viene percepita dal paziente come la più invalidante? Quale è insorta per prima?

3. Intervenire in parallelo: quando possibile, è preferibile proporre una serie di interventi, preferibilmente integrati, sui diversi domini compromessi, affrontandoli contemporaneamente, e privilegiando gli interventi non farmacologici.

IL QUESTIONARIO DI SCREENING MULTIDIMENSIONALE

Per ciascuno dei 12 domini scelti, ad eccezione di comorbidità e politrattamento, sono state selezionate due domande, tratte ove possibile da questionari già validati. Il punteggio di ciascuna delle domande selezionate è stato poi standardizzato su una scala da 1 a 4 (da 1 a 2 nel caso del dominio socioeconomico, e risposta multipla nel caso delle comorbidità), così da consentire una valutazione uniforme del punteggio. Il questionario di screening risultante è composto da 22 domande a scelta singola, con una scala di risposta che va da 1 – opzione migliore a 4 – opzione peggiore.

- Dominio **cognitivo**: viene indagata l'abilità a svolgere più attività contemporaneamente e di eseguire semplici calcoli mentali, come verificare la correttezza del resto durante un pagamento.
- Dominio **funzionale**: si esamina il livello di autonomia nelle attività quotidiane, con particolare riferimento alla gestione della terapia farmacologica e alla capacità di rimanere in piedi per periodi prolungati.
- Dominio **depressivo**: rileva, con riferimento alle ultime due settimane, la presenza di sintomi quali la riduzione di interesse o piacere nelle attività abituali e la presenza di umore depresso o senso di disperazione.
- Dominio **dell'ansia**: indaga quanto spesso, con riferimento alle ultime due settimane, il paziente si sia sentito ansioso o teso e la difficoltà nel gestire le preoccupazioni.
- Dominio **del sonno**: valuta la qualità del sonno nell'ultimo mese, esaminando sia la tendenza ad addormentarsi in situazioni inappropriate sia la percezione soggettiva complessiva del riposo notturno.
- Dominio **nutrizionale**: rileva, con riferimento agli ultimi tre mesi, eventuali variazioni involontarie nel peso corporeo e nell'appetito.
- Dominio **delle comorbidità**: informazioni circa la presenza di patologie croniche concomitanti.
- Dominio **del politrattamento**: quantifica il carico farmacologico complessivo.
- Dominio **Quality of Life**: autovalutazione globale sulla propria qualità di vita e sul grado di soddisfazione nelle relazioni interpersonali.
- Dominio **alcol e sostanze**: indaga le abitudini relative al consumo di bevande alcoliche e all'uso di sostanze, sia in termini di frequenza attuale che di storia pregressa.
- Dominio **socioeconomico**: informazioni sulla condizione occupazionale e sulla situazione abitativa.

Dominio **dello stigma**: esplora la percezione soggettiva dello stigma correlato alla propria condizione di sieropositività, indagando il timore legato alla divulgazione della propria condizione sierologica e l'eventuale presenza di senso di colpa.

Dominio	Focus
Cognition	Difficoltà a fare due (o più) attività contemporaneamente Difficoltà a fare i conti mentre paga
Functional (ADL/IADL)	Assunzione corretta dei medicinali Stare in piedi per lunghi periodi
Depressive symptoms	Frequenza di alcune problematiche
Anxiety symptoms	Frequenza di alcune problematiche
Sleep quality	Difficoltà a rimanere sveglio/a alla guida o nel corso di attività sociali Valutazione qualità del suo sonno
Biologic-nutritional	Variazione involontaria del peso Mancanza di appetito
Comorbidities	Presenza di altre patologie croniche
Polytherapy	Numero farmaci assunti
Quality of Life	Autovalutazione qualità della vita Autovalutazione rapporti sociali
Alcol, addictions	Valutazione consumo alcolici Valutazione uso di sostanze
Socio-economic	Condizione lavorativa Situazione abitativa
Stigma	Comunicare di avere l'HIV Senso di colpa

Per il questionario completo si rimanda all'allegato 2.

Score MUSA

A ciascuna domanda del questionario di screening multidimensionale è stato assegnato uno **"Score MUSA"**: un punteggio che misura il grado di sensibilità del test nel rilevare correttamente un'alterazione nel dominio esaminato; questo valore è stato ricavato analizzando le performance delle domande nell'ambito dello studio MUSA, confrontandole con i relativi test di conferma per ciascun dominio.

La sensibilità è stata divisa in tre fasce, graficamente così rappresentate:

★ ★ ★ Sensibilità da 0% al 33,3%

★ ★ ★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%

★ ★ ★ Sensibilità dal 66,7% al 100%

¹ Per maggiori dettagli, si rimanda all'allegato 1.

FLOWCHART
PER LA PRESA IN CARICO
DELLE PERSONE CHE VIVONO
CON HIV



1. DOMINIO COGNITIVO

1. DOMINIO COGNITIVO

Il dominio cognitivo comprende memoria, attenzione, funzioni esecutive, linguaggio, ragionamento e skills visuospatiali. Tra i principali determinanti del declino cognitivo si annoverano l'invecchiamento, le malattie neurodegenerative, le condizioni vascolari e i processi infiammatori cronici.

Nelle PWH, la letteratura descrive specificamente alterazioni delle funzioni cognitive molto eterogenee e con una patogenesi complessa (che include l'effetto diretto e indiretto del virus, l'immunoattivazione cronica, le co-infezioni, le comorbidità e la salute cerebrovascolare, l'utilizzo di sostanze, i disturbi dell'umore, l'effetto di farmaci antiretrovirali e concomitanti).

Score MUSA ★★

1. Trova difficile fare due (o più) attività contemporaneamente come ad esempio:

- Un'attività "fai da te" e ascoltare la radio allo stesso tempo?
- Cucinare e ascoltare la radio allo stesso tempo?
 - ☐ Mai
 - ☐ Qualche volta
 - ☐ Spesso
 - ☐ Sempre

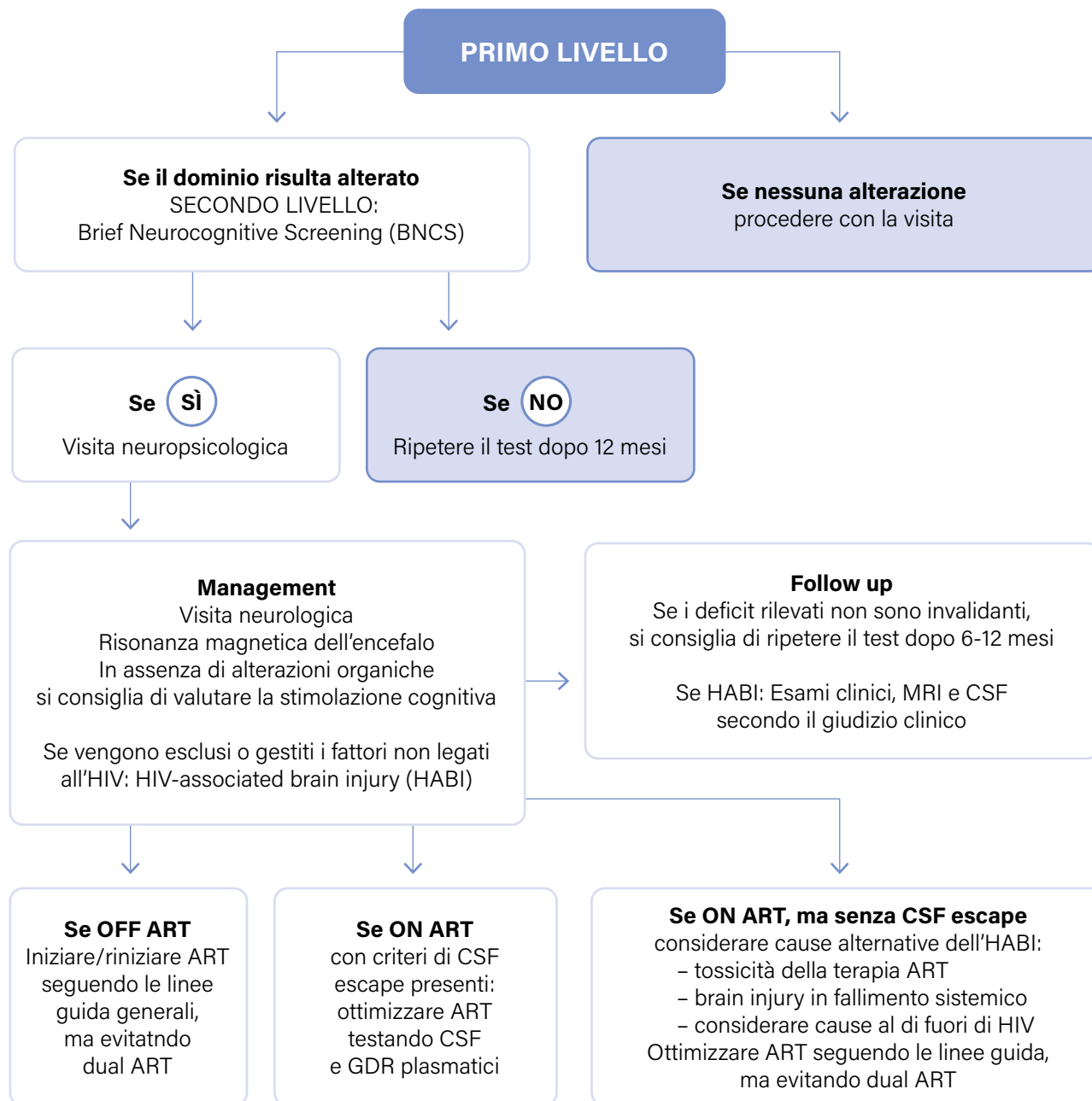
2. Quando paga un oggetto in contanti, ha difficoltà a calcolare a mente se il resto risulta corretto?

- ☐ Mai
- ☐ Qualche volta
- ☐ Spesso
- ☐ Sempre

- ★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Ansia
- Depressione
- Disturbi del sonno.



Possibili test di conferma

1. Brief Neurocognitive Screening (BNCS)

Elaborato da Ellis et al.

Vantaggi	● Rapido nella somministrazione ● È consigliabile che l'operatore sia presente per la spiegazione del test ● Focus su processi attentivi ed esecutivi e coordinazione visuo-motoria ● Più sensibile alla memoria di lavoro (working memory) ● Adatto anche ai soggetti con un basso livello socioculturale ed educativo ● Validato con persone con HIV
Svantaggi	● Non valuta il dominio mnesico ● Non è validato in italiano
Tempo di compilazione	12-15 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Ellis RJ, Evans SR, Clifford DB, Moo LR, McArthur JC, Collier AC, Benson C, Bosch R, Simpson D, Yiannoutsos CT, Yang Y, Robertson K; Neurological AIDS Research Consortium; AIDS Clinical Trials Group Study Teams A5001 and A362. Clinical validation of the NeuroScreen. J Neurovirol. 2005 Dec;11(6):503-11. doi: 10.1080/13550280500384966. PMID: 16338744. – Robertson K, Bayon C, [...]. Screening for neurocognitive impairment, depression, and anxiety in HIV-infected patients in Western Europe and Canada. AIDS Care. 2014;26(12):1555-61. doi: 10.1080/09540121.2014.936813. Epub 2014 Jul 16. PMID: 25029599; PMCID: PMC4193282.

2. Mini-Addenbrooke Cognitive Examination (Mini ACE)

Elaborato da Hsieh et al.

Vantaggi	● Rapido e semplice da somministrare ● Meno effetto tetto ● Validato
Svantaggi	● Non indaga il dominio esecutivo ed attentivo ● In HIV sono presenti due cut-off: 26 come screening e 23 come test indipendente ● Non ha fattore di correzione e punteggi equivalenti
Tempo di compilazione	10-15 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Hodges, John R., e Andrew J. Larner. «Addenbrooke's Cognitive Examinations: ACE, ACE-R, ACE-III, ACEapp, and M-ACE». In Cognitive Screening Instruments, a cura di A. J. Larner, 109–37. Cham: Springer International Publishing, 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44775-9_6. – Hsieh, Sharpley, Sarah McGrory, Felicity Leslie, Kate Dawson, Samrah Ahmed, Chris R. Butler, James B. Rowe, Eneida Mioshi, e John R. Hodges. «The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: A New Assessment Tool for Dementia». Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 39, fasc. 1–2 (2015): 1–11. https://doi.org/10.1159/000366040. – Larner, A. J. «MACE versus MoCA: Equivalence or Superiority? Pragmatic Diagnostic Test Accuracy Study». International Psychogeriatrics 29, fasc. 6 (giugno 2017): 931–37. https://doi.org/10.1017/S1041610216002210. – Larner, A. J. «M-ACE vs. MoCA: A Weighted Comparison». International Journal of Geriatric Psychiatry 31, fasc. 9 (settembre 2016): 1089–90. https://doi.org/10.1002/gps.4446. – Larner, A. J. «Mini-Addenbrooke's cognitive examination: A pragmatic diagnostic accuracy study». International Journal of Geriatric Psychiatry 30, fasc. 5 (2015): 547–48. https://doi.org/10.1002/gps.4258. – Larner, Andrew J. «MACE for Diagnosis of Dementia and MCI: Examining Cut-Offs and Predictive Values». Diagnostics 9, fasc. 2 (6 maggio 2019): 51. https://doi.org/10.3390/diagnostics9020051. – Lucza, Tivadar, Zsuzsanna Ascherman, Márton Kovács, Attila Makkos, Márk Harmat, Annamária Juhász, József Janszky, et al. «Comparing Sensitivity and Specificity of Addenbrooke's Cognitive Examination-I, III and Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination in Parkinson's Disease». Behavioural Neurology 2018 (2018): 5932028. https://doi.org/10.1155/2018/5932028.

- Miranda, Diane da Costa, Sonia Maria Dozzi Brucki, e Mônica Sanches Yassuda. «The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (M-ACE) as a Brief Cognitive Screening Instrument in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer's Disease». *Dementia & Neuropsychologia* 12, fasc. 4 (2018): 368–73. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040005>.
- Sacktor, Ned C., Matthew Wong, Noeline Nakasujja, Richard L. Skolasky, Ola A. Selnes, Seggane Musisi, Kevin Robertson, Justin C. McArthur, Allan Ronald, e Elly Katabira. «The International HIV Dementia Scale: A New Rapid Screening Test for HIV Dementia». *AIDS (London, England)* 19, fasc. 13 (2 settembre 2005): 1367–74.
- Senda, Mayuko, Seishi Terada, Shintaro Takenoshita, Satoshi Hayashi, Mayumi Yabe, Nao Imai, Makiko Horiuchi, e Norihito Yamada. «Diagnostic Utility of the Addenbrooke's Cognitive Examination - III (ACE-III), Mini-ACE, Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, and Hasegawa Dementia Scale-Revised for Detecting Mild Cognitive Impairment and Dementia». *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 20, fasc. 2 (marzo 2020): 156–62. <https://doi.org/10.1111/psyg.12480>.
- Williamson, John C., e Andrew J. Larner. «MACE for the Diagnosis of Dementia and MCI: 3-Year Pragmatic Diagnostic Test Accuracy Study». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 45, fasc. 5–6 (2018): 300–307. <https://doi.org/10.1159/000484438>.
- Yang, Lili, Xiaojia Li, Jia Yin, Nengwei Yu, Jie Liu, e Fang Ye. «A Validation Study of the Chinese Version of the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination for Screening Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia». *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 32, fasc. 4 (luglio 2019): 205–10. <https://doi.org/10.1177/0891988719841726>.
- Trunfio, M. – Francesco, D. – Vai, D. – Medina, C. – Milesi, M. – Domini, S. – Alcantarini, C. – Imperiale, D. – Bonora, S. – Di Perri, G. – Calcagno, A., Screening Accuracy of Mini Addenbrooke's Cognitive Examination Test for HIV-Associated Neurocognitive Disorders in People Ageing with HIV, «AIDS and Behavior» 26 (1/7/2022).

3. International HIV Dementia Scale (IHDS)

Elaborato da Sacktor et al.

Vantaggi	● Rapido e semplice da somministrare ● Valutazione della velocità e coordinazione psico-motoria ● Adatto anche ai soggetti con un basso livello socio-culturale ed educativo
Svantaggi	● Non indaga il dominio esecutivo, attentivo e visuo-percettivo ● È fornito solo di un cut-off ● Non ha fattore di correzione e punteggi equivalenti ● Bassa sensibilità per le forme lievi/moderate
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Aita, S. L. – Kaewpoowat, Q. – Yasri, S. – Rerkasem, A. – Rerkasem, K. – Choovuthayakorn, J. – Ausayakhun, S. – Robertson, K. – Roth, R. M. – Robbins, N. M., Psychometric utility of the international HIV dementia scale and Montreal Cognitive Assessment in HIV-associated asymptomatic neurocognitive impairment, «Journal of NeuroVirology» 27/4 (8/2021), pp. 568–578. – Haddow, L. J. – Floyd, S. – Copas, A. – Gilson, R. J. C., A systematic review of the screening accuracy of the HIV Dementia Scale and International HIV Dementia Scale, «PloS One» 8/4 (2013), pp. e61826. – Molinaro, M. – Sacktor, N. – Nakigozi, G. – Anok, A. – Batte, J. – Kisakye, A. – Myanja, R. – Nakasujja, N. – Robertson, K. R. – Gray, R. H. – Wawer, M. J. – Saylor, D., Utility of the International HIV Dementia Scale for HIV-Associated Neurocognitive Disorder, «Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)» 83/3 (1/3/2020), pp. 278–283. – Rosca, E. C. – Tadger, P. – Cornea, A. – Tudor, R. – Oancea, C. – Simu, M., International HIV Dementia Scale for HIV-Associated Neurocognitive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis, «Diagnostics (Basel, Switzerland)» 11/6 (20/6/2021), pp. 1124. – Sacktor, N. C. – Wong, M. – Nakasujja, N. – Skolasky, R. L. – Selnes, O. A. – Musisi, S. – Robertson, K. – McArthur, J. C. – Ronald, A. – Katabira, E., The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia, «AIDS (London, England)» 19/13 (2/9/2005), pp. 1367–1374

4. Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Elaborato da Nasreddine et al.

Vantaggi	● Deterioramento cognitivo lieve ● Valuta attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuo-costruttive, astrazione, calcolo e orientamento ● Maggiore sensibilità ai deficit esecutivi ● Fornito di correzione (per età e scolarità) e dei punteggi equivalenti per ogni dominio cognitivo ● Disponibile in diverse lingue ● Meno effetto tetto
Svantaggi	● Bias educativi e culturali ● Bassa sensibilità per le forme lievi/moderate
Tempo di compilazione	10-15 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Aita, S. L. – Kaewpoowat, Q. – Yasri, S. – Rerkasem, A. – Rerkasem, K. – Choovuthayakorn, J. – Ausayakhun, S. – Robertson, K. – Roth, R. M. – Robbins, N. M., Psychometric utility of the international HIV dementia scale and Montreal Cognitive Assessment in HIV-associated asymptomatic neurocognitive impairment, «Journal of NeuroVirology» 27/4 (8/2021), pp. 568–578. – Janssen, M. a. M. – Bosch, M. – Koopmans, P. P. – Kessels, R. P. C., Validity of the Montreal Cognitive Assessment and the HIV Dementia Scale in the assessment of cognitive impairment in HIV-1 infected patients, «Journal of Neurovirology» 21/4 (8/2015), pp. 383–390. – Nasreddine, Z. S. – Phillips, N. A. – Bédirian, V. – Charbonneau, S. – Whitehead, V. – Collin, I. – Cummings, J. L. – Chertkow, H., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment, «Journal of the American Geriatrics Society» 53/4 (4/2005), pp. 695–699. – Rosca, E. C. – Albarqouni, L. – Simu, M., Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for HIV-Associated Neurocognitive Disorders, «Neuropsychology Review» 29/3 (1/9/2019), pp. 313–327. – Bosco, A. – Spano, G. – Caffò, A. O. – Lopez, A. – Grattagliano, I. – Saracino, G. – Pinto, K. – Hoogeveen, F. – Lancioni, G. E., Italians do it worse. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) optimal cut-off scores for people with probable Alzheimer's disease and with probable cognitive impairment, «Aging Clinical and Experimental Research» 29/6 (12/2017), pp. 1113–1120. – Conti, S. – Bonazzi, S. – Laiacona, M. – Masina, M. – Coralli, M. V., Montreal Cognitive Assessment (MoCA)-Italian version: regression based norms and equivalent scores, «Neurological sciences» 36/2 (1/2/2015), pp. 209–214.

- Pirani, A. – Tulipani, C. – Neri, M., MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) - ITALIA - (2006) [<http://www.mocatest.org>].
- Pirrotta, F. – Timpano, F. – Bonanno, L. – Nunnari, D. – Marino, S. – Bramanti, P. – Lanzafame, P., Italian validation of Montreal Cognitive Assessment, «European Journal of Psychological Assessment» 31/2 (2015), pp. 131–137.
- Santangelo, G. – Siciliano, M. – Pedone, R. – Vitale, C. – Falco, F. – Bisogno, R. – Siano, P. – Barone, P. – Grossi, D. – Santangelo, F. – Trojano, L., Normative data for the Montreal Cognitive Assessment in an Italian population sample, «Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology» 36/4 (4/2015), pp. 585–591.
- Siciliano, M. – Chiorri, C. – Passaniti, C. – Sant’Elia, V. – Trojano, L. – Santangelo, G., Comparison of alternate and original forms of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): an Italian normative study, «Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology» 40/4 (4/2019), pp. 691–702.

NOTA: La performance cognitiva dovrebbe essere valutata longitudinalmente e per questo sono stati validati numerosi strumenti di screening attraverso programmi o app. Una review recente ha identificato tre “tools” che hanno ricevuto una maggiore valutazione: il BRACE (<https://www.clinicalink.com/hiv-cognitive-assessment/>), il NeuroScreen (<https://neuro-screen.com/home>) e il NCAD (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5130619/>) oltre al “toolbox” dell’NIH (<https://nihtoolbox.org>, disponibile anche in italiano). Questi test digitali hanno numerosi vantaggi in termini di validità e ripetibilità, ma necessitano di un computer/tablet e sono a pagamento.

The background is a solid purple color with several decorative elements. There are three main sets of thin, white, curved lines that resemble ripples or flowing water. One set is in the top left, another in the top right, and a third in the bottom center. Additionally, there are large, soft-edged, organic shapes in lighter shades of purple that overlap each other and the lines, creating a layered, abstract effect.

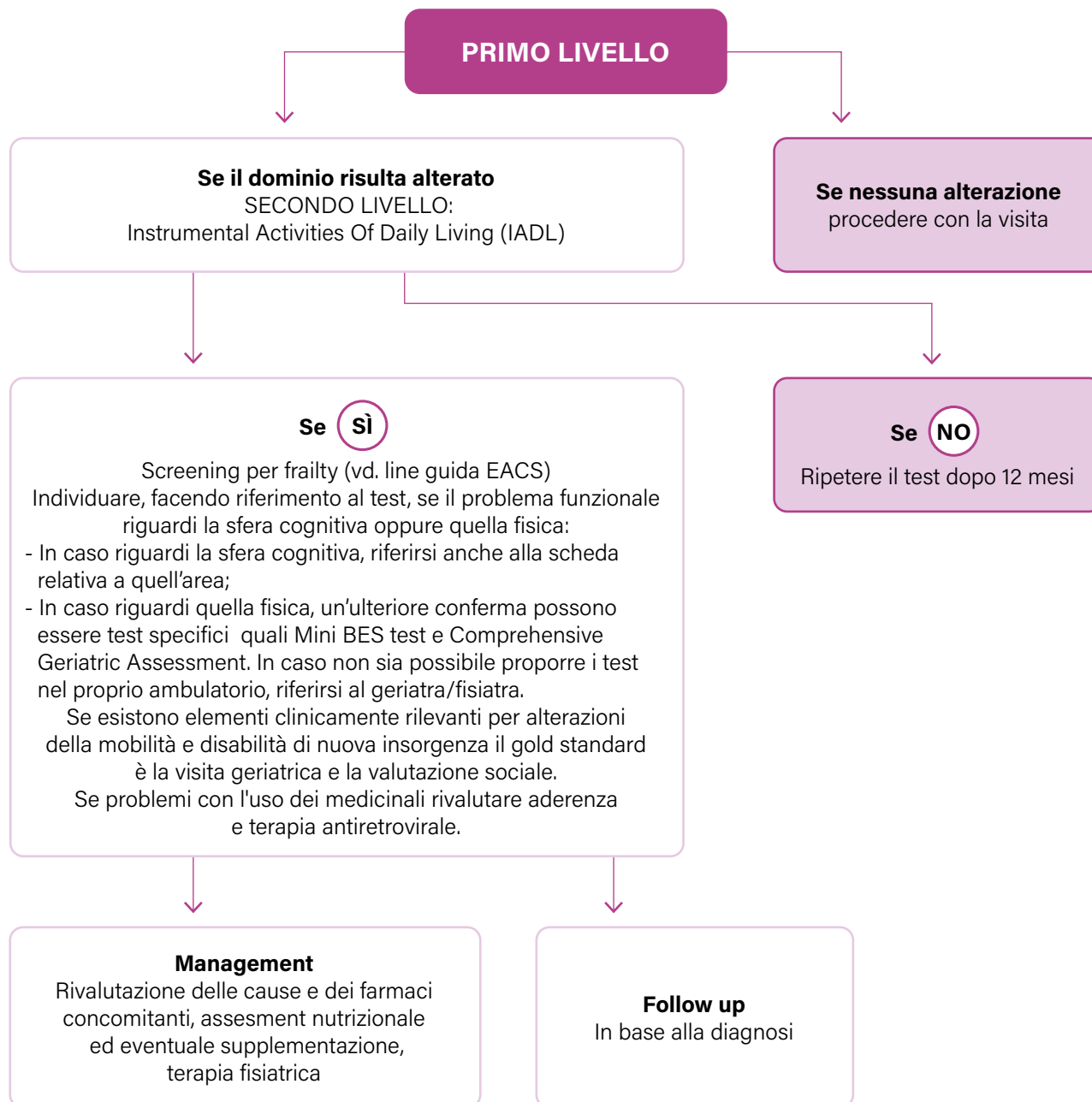
2. DOMINIO FUNZIONALE



2. DOMINIO FUNZIONALE

Il dominio funzionale si riferisce alla capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali (IADL). Il suo declino rappresenta un indicatore rilevante di fragilità e perdita di autonomia, spesso associato a deterioramento cognitivo o alla conseguenza di patologie croniche.

Nelle PWH, questa compromissione funzionale può dipendere da una genesi multifattoriale, in cui l'impatto sulle funzioni cognitive è spesso intersecato al peso delle comorbidità, rendendo talvolta difficile isolare il contributo specifico dell'infezione da HIV.



Score MUSA | n.v.

Uso dei medicinali

1. Assumo i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
2. Assumo i medicinali prescritti con qualche errore di dose o orario
3. Assumo i medicinali solo se preparati in anticipo da qualcun altro
4. Non riesco ad assumere correttamente le terapie da solo

Quanto è faticoso per lei rimanere in piedi per lunghi periodi (ad esempio più di 30 minuti)?

- ☐ Per nulla/Poco
- ☐ Moderatamente
- ☐ Molto
- ☐ Estremamente/Non riesco

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Dominio cognitivo
- Biologico/ nutrizionale
- Socioeconomico

Possibili test di conferma

1. Instrumental Activities Of Daily Living (IADL)

Elaborato da Lawton e Brody

Vantaggi	● Breve ● Estesa validazione ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Differenza tra maschi e femmine (attività relative alla casa) ● Effetto "tetto" per persone <65 anni ● Non validato in persone con HIV
Tempo di compilazione	3-5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-186. - Erlandson KM, Perez J, Abdo M, Robertson K, Ellis RJ, Koletar SL, Kalayjian R, Taiwo B, Palella FJ Jr, Tassiopoulos K. Frailty, Neurocognitive Impairment, or Both in Predicting Poor Health Outcomes Among Adults Living With Human Immunodeficiency Virus. Clin Infect Dis. 2019 Jan 1;68(1):131-138. doi: 10.1093/cid/ciy430. PMID: 29788039; PMCID: PMC6293002.

2. Advanced Instrumental Activities of Daily Living Scale (AIADL)

Elaborato da Reuben et al.

Vantaggi	● Può essere alterato anche in gradi di disabilità più lieve ● Più adeguato a persone <65 anni ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Minore validazione ● Non validato in persone con HIV
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level. J Am Geriatr Soc 38:855-61. – Bordin, A. – Busato, V. – Borella, E. – Optale, G. – De Beni, R., ADVANCED INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (AIADL): Scala di valutazione delle attività strumentali di tipo avanzato della vita quotidiana degli anziani, in differenti contesti di vita e in un mondo tecnologicamente avanzato e in continuo e rapido cambiamento (proposta valutativa con implicazioni e prospettive diagnostiche e riabilitative). (2011) [https://www.research.unipd.it/handle/11577/154737]. – Lai FH, Tong AY, Fung AW, et al. Information Communication Technology as Instrumental Activities of Daily Living for Aging-in-Place in Chinese Older Adults With and Without Cognitive Impairment: The Validation Study of Advanced Instrumental Activities of Daily Living Scale. Front Neurol. 2022;13:746640. Published 2022 Mar 9. doi:10.3389/fneur.2022.746640. – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, MANUALE DI COMPETENZE IN GERIATRIA [https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-9-IA-DL-e-ADL-valutazione-degli-organi-di-senso-la-disabilit%C3%A0-e-il-recupero.pdf].

3. WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0

Elaborato da WHO

Vantaggi	● Estesa validazione WHO ● Differenti versioni (12 o 36 items)
Svantaggi	● Più lungo e più complesso il punteggio
Tempo di compilazione	da 5 a 20 minuti
Modalità	Autosomministrato o tramite intervista
Sources	– Rajasuriar, R. – Chong, M. L. – Ross, J. L. – Jiamsakul, A. – Avihingsanon, A. – Lee, M. P. – Ditangco, R. – Choi, J. Y. – Gatechompol, S. – Chan, I. – Melgar, M. I. E. – Kim, J. H. – Sohn, A. H. – Law, M. – Substance use, Stigma, Depression and Disability (S2D2) study group of IeDEA Asia-Pacific, Factors associated with reduced function and quality of life among adult people with HIV with depression and substance use in the Asia-Pacific region, «AIDS (London, England)» 37/5 (1/4/2023), pp. 823–835.

4. HIV Disability Questionnaire (HDQ) - short form

Elaborato da O'Brien et al.

Vantaggi	● Validazione in PWH
Svantaggi	● Disponibile solo in inglese
Tempo di compilazione	5-15 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– O'Brien KK, Bayoumi AM, King K, Alexander R, Solomon P. Community engagement in health status instrument development: experience with the HIV disability questionnaire. <i>Prog Community Health Partnersh Res Educ Action</i>. 2014;8(4):549–59. Epub 2014/01/01. – O'Brien KK, Dzingina M, Harding R, Gao W, Namisango E, Avery L, Davis AM. Developing a short-form version of the HIV Disability Questionnaire (SF-HDQ) for use in clinical practice: a Rasch analysis. <i>Health Qual Life Outcomes</i>. 2021 Jan 6;19(1):6. doi: 10.1186/s12955-020-01643-2. PMID: 33407538; PMCID: PMC7789190. – Adeleke A, Franzsen D, de Witt P, Smith R. Validity and reliability of the HIV Disability Questionnaire for people living with HIV in South Africa. <i>Afr J AIDS Res</i>. 2022 Dec;21(4):364-372. doi: 10.2989/16085906.2022.2142141. PMID: 36538545. – Rajasuriar R, Chong ML, Ross JL, et al. Factors associated with reduced function and quality of life among adult people with HIV with depression and substance use in the Asia-Pacific region. <i>AIDS</i>. 2023;37(5):823-835. doi:10.1097/QAD.0000000000003474.



3. SINTOMI DEPRESSIVI

3. SINTOMI DEPRESSIVI

La depressione si caratterizza per un insieme di sintomi che includono umore depresso persistente e marcata riduzione dell'interesse o del piacere (anedonia), associati a ulteriori manifestazioni quali, ad esempio, alterazioni del sonno e dell'appetito, affaticabilità, difficoltà di concentrazione e sentimenti di autosvalutazione (DSM 5 TR). Quando l'intensità, la numerosità e la persistenza di tali sintomi soddisfano i criteri clinici previsti, si configura un Episodio Depressivo Maggiore. Accanto a queste forme, esistono anche quadri sottosoglia che, pur non soddisfacendo i criteri diagnostici necessari per porre diagnosi di depressione, possono incidere in modo significativo sul benessere emotivo e sul funzionamento quotidiano.

Sia la depressione sia i sintomi depressivi sottosoglia sono associati, nelle persone con HIV, a una ridotta aderenza terapeutica, a un maggiore rischio di comorbidità – incluse quelle cardiovascolari – e a un significativo peggioramento della qualità di vita; possono inoltre favorire l'isolamento sociale e complicare la gestione clinica complessiva.

Score MUSA ★★ ★

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato disturbato da ciascuno dei seguenti problemi?

1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

2. Sentirsi giù, depresso o disperato

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

Management

Lo psichiatra consiglierà terapia farmacologica e/o psicoterapia

In caso di farmacoterapia, considerare revisione della terapia ART e concomitante

Attenzione a punteggi sottosoglia meritevoli di "vigile attesa"

PRIMO LIVELLO (PHQ-2)

Se il dominio risulta alterato

SECONDO LIVELLO:

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Se **SI**

Considerare diagnosi differenziale:
farmaci/alcol-sostanze/condizione medica
generale (porre attenzione a funzionalità
tiroidea con dosaggio TSH Reflex)

Valutare se ci siano fatti contingenti
che possono aver causato il disturbo
presentato (disturbi dell'adattamento)

Visita psichiatrica

Come alternativa, in casi selezionati,
ci si può riferire alle linee guida EACS

Se rischio suicidario e/o sintomi psicotici
è sempre necessaria valutazione specialistica

Follow up

Attività di rete con MMG
e specialista psichiatra

Se nessuna alterazione

procedere con la visita

Se **NO**

Ripetere il test dopo 6-12 mesi o qualora
il paziente/caregiver segnali insorgenza/
peggioramento di sintomi depressivi e/o
alterazioni del funzionamento

NOTE

È possibile che la presenza di sintomi ansioso/
depressivi abbia un impatto anche sugli altri
aspetti (ad esempio l'abuso di alcol compro-
mette qualità di vita, sonno, umore... o disturbi
d'ansia compromettono funzionamento cogni-
tivo, sonno, qualità di vita, alimentazione...), bi-
sognerà stabilire a cosa dare priorità. Sintomi
come umore depresso e ansia sono trasversali.

Possibili test di conferma

1. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Elaborato da Spitzer et al.

Vantaggi	● Breve, semplice da compilare ● PHQ-9 ≥ 10 sensibilità dell'88% e specificità dell'88% per depressione maggiore ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Autosomministrato
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282:1737-44. – Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. Medical Care. 2003;41:1284-92. – Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16:606-13. – Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatr Ann. 2002;32:509-21. – Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. Ann Fam Med 2010 8:348-353. – Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CO-RE-OM. Brit J Gen Pract 2007;57:650-652. – MacArthur JD, MacArthur CT, MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009. – Cholera R, Gaynes BN, Pence BW, Bassett J, Qangule N, Macphail C, Bernhardt S, Pettifor A, Miller WC. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in a high-HIV burden primary healthcare clinic in Johannesburg, South Africa. J Affect Disord. 2014;167:160-6. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.003. Epub 2014 Jun 12. PMID: 24972364; PMCID: PMC4264106. – Yotebieng M, Zotova N, Bernard C, et al. Accuracy of nine-item Patient Health Questionnaire against psychiatric diagnosis for depression among people with HIV. AIDS. 2024;38(12):1765-1773. doi:10.1097/QAD.0000000000003963

- Mufson, L. – Morrison, C. – Shea, E. – Kluisza, L. – Robbins, R. – Chen, Y. – Mellins, C. A., Screening for depression with the PHQ-9 in young adults affected by HIV, «Journal of Affective Disorders» 297 (15/1/2022), pp. 276–282.
 - Mazzotti, E. – Fassone, G. – Picardi, A. – Sagoni, E. – Ramieri, L. – Lega, I. – Camaioni, D. – Abeni, D. – Pasquini, P., Il Patient Health Questionnaire (PHQ) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti della Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV asse I (SCID-I), «Official Journal of the Italian Society of Psychopathology» (26/9/2003) [<https://old.jpsychopathol.it/article/il-patient-health-questionnaire-phq-per-lo-screening-dei-disturbi-psichiatrici-uno-studio-di-validazione-nei-confronti-della-intervista-clinica-strutturata-per-il-dsm-iv-asse-i-scid-i/>], consultato il 24/10/2024.
-

2. Beck Depression Inventory (BDI)

Elaborato da Beck et al.

Vantaggi	● Si tratta di uno dei test più noti e più utilizzati per misurare la gravità della depressione (specialmente il BDI II) ● Buona affidabilità e validità ● Disponibile in italiano (a pagamento)
Svantaggi	● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottovalutati dal paziente ● I sintomi fisici potrebbero essere sovra/sottostimati in alcune particolari sottopopolazioni di pazienti (es anziani, comorbidità)
Tempo di compilazione	circa 10 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (June 1961). "An inventory for measuring depression" Arch. Gen. Psychiatry. 4 (6): 561–71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID 13688369. S2CID 40145105. – Beck AT, Steer RA, Garbin MG J (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation". Clin. Psychol. Rev. 8: 77–100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5. – Moran PW, Lambert MJ (1983). "A review of current assessment tools for monitoring changes in depression". In Lambert MS, Christensen ER, DeJulio S (eds.). The Assessment of Psychotherapy Outcomes. New York: Wiley. – Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W (December 1996). "Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients". Journal of Personality Assessment. 67 (3): 588–97. doi:10.1207/s15327752jpa6703_13. PMID 8991972. Archived from the original on 2012-10-29. Retrieved 2008-10-30. – Beck AT, Steer RA and Brown GK (1996) "Manual for the Beck Depression Inventory-II". San Antonio, TX: Psychological Corporation – Beck AT, Ward C, Mendelson M (1961). "Beck Depression Inventory (BDI)". Arch Gen Psychiatry. 4 (6): 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID 13688369. S2CID 40145105 – Richter P, J Werner, A Heerlein, A Kraus, H Sauer (1998). "On the validity of the Beck Depression Inventory. A review". Psychopathology. 31 (3): 160–8. doi:10.1159/000066239. ISSN 0254-4962. PMID 9636945. S2CID 2396906 – Validation of the Beck Depression Inventory II in HIV-positive patients - PubMed (nih.gov) – Psychometric Validation of the BDI-II Among HIV-Positive CHARTER Study Participants - PMC (nih.gov) – Montano, A., Flebus, G. (2006). Presentazione del Beck Depression Inventory- Seconda Edizione (BDI-II): conferma della struttura bifattoriale in un campione di popolazione italiana. PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE, 12(1), 67-82.

3. Center For Epidemiologic Studies Depression (CES-D)

Elaborato da Center for Epidemiologic Studies

Vantaggi	● Breve, buona sensibilità e specificità. ● È una delle misure più utilizzate per i sintomi depressivi, probabilmente perché è gratuita e generalmente comparabile con altre valutazioni consolidate
Svantaggi	● La validità e le proprietà psicometriche di alcuni item sono tuttora controversi (sintomi somatici, socialità). L'item relativo al pianto può inoltre risentire di aspetti culturali ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente ● Scala originariamente in inglese; versioni italiane validate disponibili, ma non in formato open source
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Radloff, Lenore Sawyer (June 1977). "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population".m Applied Psychological Measurement. 1 (3): 385–401.doi:10.1177/014662167700100306. – Eaton, William W.; Smith, Corey; Ybarra, Michele; Muntaner, Carles; Tien, Allen (2004). "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R)". In Maruish, Mark E. (ed.). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults. Vol. 3 (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 363–377. ISBN 978-0-8058-4331-6. OCLC 55130556. – Hann, D., Winter, K., & Jacobsen, P. (1999) Measurement of depressive symptoms in cancer patients. Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Journal of Psychosomatic Research, 46, 437-443. – Validating a shortened depression scale (10 item CES-D) among HIV-positive people in British Columbia, Canada - PubMed (nih.gov) – Using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale to assess depression in women with HIV and women at risk for HIV: Are somatic items invariant? - PMC (nih.gov). – Propiedades psicométricas y validez de la escala de depresión del Center for Epidemiological Studies (CES-D) en personas atendidas en una clínica de HIV en Cali, Colombia Biomédica (revistabiomedica.org). – Fava, G. A., Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale, «Journal of Clinical Psychology» 39/2 (1983), pp. 249–251. – Pierfederici, A., Fava, G. A., Munari, F., Rossi, N., Baldaro, B., Pasquali Evangelisti, L., ... & Zecchino, F. (1982). Validazione italiana del CES-D per la misurazione della depressione. R Canestrari (a cura di), Nuovi metodi in psicomelia. Firenze: Organizzazioni Speciali.

4. Kessler Psychological Distress Scale 10 (K10)

Elaborato da Ronald C. Kessler

Vantaggi	● Test di screening breve, di rapida compilazione ● Cronbach's $\alpha > 0.88$ ● Buone proprietà psicometriche ● Nella valutazione sono comprese manifestazioni comportamentali, emotive, cognitive e psicofisiologiche ● Frequenza con cui gli intervistati hanno sperimentato sintomi nell'ultimo mese, tra cui nervosismo, disperazione, tristezza, inutilità e stanchezza ● Validità consolidata ● Correla anche con la compromissione funzionale e l'utilizzo dei servizi sanitari ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Andrews & Slade T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 25, 494-497. – Arnaud, B., Malet, L., Teissedre, F., Izaute, M., Moustafa, F., Geneste, J., ... Brousse, G. (2010). Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for alcohol consumption-related disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34(7), 1235-1245. – Australian Bureau of Statistics. (1997). National Survey of Mental Health and Well-being. Canberra, Australia. – Hides, L., Lubman, D. I., Devlin, H., Cotton, S., Aitken, C., Gibbie, T., & Hellard, M. (2007). Reliability and validity of the Kessler 10 and Patient Health Questionnaire among injecting drug users. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41(2), 166-168 – Kessler, R. C. (1996). Kessler's 10 Psychological Distress Scale. Boston, MA, US: Harvard Medical School. – Rush, B., Castel, S., Brands, B., Toneatto, T., & Veldhuizen, S. (2013). Validation and comparison of diagnostic accuracy of four screening tools for mental disorders in people seeking treatment for substance use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 44(4), 375-383.

NOTA: il K 10 non misura specificatamente ansia e depressione ma il distress psicologico generale, non è quindi a rigore specifico per depressione o ansia ma uno strumento di screening che si può considerare trans diagnostico.



4. SINTOMI DELLO SPETTRO ANSIOSO

4. SINTOMI DELLO SPETTRO ANSIOSO

I sintomi dello spettro ansioso comprendono stati di tensione, preoccupazione persistente e, in alcuni casi, manifestazioni somatiche quali tachicardia, diaforesi e irrequietezza.

Analogamente a quanto osservato per la depressione, le manifestazioni ansiose sono frequentemente riportate dalle persone con HIV, spesso in relazione a stress psicologico, stigma e preoccupazioni legate allo stato di salute.

Tali sintomi incidono negativamente sul benessere emotivo e sulla salute globale, contribuendo, tra l'altro, a una minore fruizione dei servizi sanitari.

Score MUSA ★★

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato disturbato da ciascuno dei seguenti problemi?

1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a
 - ☐ Mai
 - ☐ Alcuni giorni
 - ☐ Per oltre la metà dei giorni
 - ☐ Quasi ogni giorno
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni
 - ☐ Mai
 - ☐ Alcuni giorni
 - ☐ Per oltre la metà dei giorni
 - ☐ Quasi ogni giorno

★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

Management
Valutazione psichiatrica

PRIMO LIVELLO (GAD-2)

Se il dominio risulta alterato
SECONDO LIVELLO:
General Anxiety Disorder (GAD) 7

Se nessuna alterazione
procedere con la visita

Se **Sì**

- Valutare se ci siano fatti contingenti che possono aver causato l'ansia presentata (disturbi dell'adattamento)
- Considerare diagnosi differenziale: disturbi d'ansia dovuti a farmaci/alcol-sostanze/condizione medica generale
- Valutare la presenza/assenza di compromissione del funzionamento

Se test positivo con compromissione del funzionamento e esclusione di sintomi secondari è consigliata valutazione psichiatrica

In caso di sintomi sottosoglia "vigile attesa".
Se la situazione lo permette, in casi selezionati, si consiglia di fare riferimento alle linee guida EACS

Se **NO**

Ripetere il test dopo 6-12 mesi
o qualora il paziente/caregiver segnali insorgenza/peggioramento di sintomi o alterazione del funzionamento

Follow up

Effettuare raccordi periodici con la psichiatria per verificare terapia (cambi di posologia/cambi di terapia/segnalazione di cambiamenti nelle terapie HIV...)

NOTE

È possibile che la presenza di sintomi ansioso/depressivi abbia un impatto anche sugli altri aspetti (ad esempio l'abuso di alcol compromette qualità di vita, sonno, umore... o disturbi d'ansia compromettono funzionamento cognitivo, sonno, qualità di vita, alimentazione...), bisognerà stabilire a cosa dare priorità. Sintomi come umore depresso e ansia sono trasversali.

Possibili test di conferma

1. General Anxiety Disorder (GAD) 7

Elaborato da Spitzer et al.

Vantaggi	● È uno dei self-report più utilizzati; nasce per il disturbo d'ansia generalizzato, ma ha buone capacità di intercettare anche altri disturbi d'ansia (PTSD, disturbo di panico, ansia sociale) ● All'aumentare dello score aumenta la compromissione del funzionamento del paziente ● Con un cut-off di 8 ha sensibilità del 92%, specificità del 76% per GAD ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Diverse sfumature dell'ansia, difficili da identificare in maniera univoca. I disturbi d'ansia sono molteplici e con diverse modalità di presentazione ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092-7. – Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. Gen Hosp Psychiatry. 2016;39:24-31. – Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med. 2007;146:317-25. – Toussaint A, Hüsing P, Gumz A, et al. Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). J Affect Disord. 2020;265:395-401. doi:10.1016/j.jad.2020.01.032. – Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092. – Gutiérrez-Velilla E, Barrientos-Casarrubias V, Cruz-Maycott R, et al. Assessment of anxiety in Mexican persons living with HIV using a culturally-adapted version of the GAD-7 test. J Health Psychol. 2022;27(13):2875-2886. doi:10.1177/13591053211072687.

- Morrison, C. – Mellins, C. A. – Synder, C. – Shea, E. – Kluisza, L. – Robbins, R. – Poku, O. – Fisher, P. – Abrams, E. – Wiznia, A. – Mufson, L., Optimizing generalized anxiety disorder screening in young adults perinatally affected by HIV: A psychometric analysis, «Journal of Mood & Anxiety Disorders» 7 (1/9/2024), pp. 100066.
 - Marbaniang, I., Sangle, S., Nimkar, S. et al. The burden of anxiety among people living with HIV during the COVID-19 pandemic in Pune, India. BMC Public Health 20, 1598 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09656-8>.
 - Nguyen MX, Zimmer C, Latkin CA, et al. Validation of the combined Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale among people with HIV in Vietnam. Int J STD AIDS. 2023;34(12):832-840. doi:10.1177/09564624231180782.
-

2. Beck Anxiety Inventory

Elaborato da Dr. Aaron T. Beck

Vantaggi	● Test di rapida compilazione, con elevata coerenza interna (alfa = .92) e affidabilità test-retest su 1 settimana, $r(81) = .75$ ● Discrimina i gruppi diagnostici ansiosi (disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato, ecc.) da quelli non ansiosi (depressione maggiore, disturbo distimico, ecc.) ● Ha moderata correlazione con Hamilton Anxiety Rating Scale revised, $r(150) = .51$, lieve con Hamilton Depression Rating Scale revised, $r(153) = .25$.
Svantaggi	● Diverse sfumature dell'ansia, difficili da identificare in maniera univoca. I disturbi d'ansia sono molteplici e con diverse modalità di presentazione ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente ● Può non discriminare adeguatamente ansia e depressione in contesti di primary care ● Include sintomi fisici che possono essere confondenti e non avere in realtà correlazioni con l'ansia ● Validato prevalentemente in contesti occidentali; l'applicabilità in altre popolazioni richiede cautela. ● Prende in considerazione sintomi dello spettro ansioso sperimentati solo nell'ultima settimana, pertanto potrebbe non cogliere accuratamente le fluttuazioni o le variazioni a lungo termine dell'ansia nel tempo. ● Prende in considerazione sintomi d'ansia sperimentati solo nell'ultima settimana, pertanto potrebbe non cogliere accuratamente le fluttuazioni o le variazioni a lungo termine dell'ansia nel tempo ● È disponibile in italiano soltanto a pagamento
Tempo di compilazione	5 - 10 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56:893–7. (Primary reference). [PubMed:3204199]. – Bagheri Z, Noorshargh P, Shahsavar Z, Jafari P. Assessing the measurement invariance of the 10-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale and Beck Anxiety Inventory questionnaires across people living with HIV/AIDS and healthy people. BMC Psychol. 2021;9(1):42. Published 2021 Mar 9. doi:10.1186/s40359-021-00546-1.

3. Center For Epidemiologic Studies Depression (CES-D)

Elaborato da Center for Epidemiologic Studies

Vantaggi	● Breve, buona sensibilità e specificità. ● È una delle misure più utilizzate per i sintomi depressivi, probabilmente perché è gratuita e generalmente comparabile con altre valutazioni consolidate
Svantaggi	● La validità e le proprietà psicometriche di alcuni item sono tuttora controversi (sintomi somatici, socialità). L'item relativo al pianto può inoltre risentire di aspetti culturali ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente ● Disponibile soltanto in inglese (scala in italiano non disponibile in open source)
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Radloff, Lenore Sawyer (June 1977). "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population".m Applied Psychological Measurement. 1 (3): 385–401.doi:10.1177/014662167700100306. – Eaton, William W.; Smith, Corey; Ybarra, Michele; Muntaner, Carles; Tien, Allen (2004). "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R)". In Maruish, Mark E. (ed.). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults. Vol. 3 (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 363–377. ISBN 978-0-8058-4331-6. OCLC 55130556. – Hann, D., Winter, K., & Jacobsen, P. (1999) Measurement of depressive symptoms in cancer patients. Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Journal of Psychosomatic Research, 46, 437-443. – Validating a shortened depression scale (10 item CES-D) among HIV-positive people in British Columbia, Canada - PubMed (nih.gov) – Using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale to assess depression in women with HIV and women at risk for HIV: Are somatic items invariant? - PMC (nih.gov). – Propiedades psicométricas y validez de la escala de depresión del Center for Epidemiological Studies (CES-D) en personas atendidas en una clínica de HIV en Cali, Colombia Biomédica (revistabiomedica.org). – Fava, G. A., Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale, «Journal of Clinical Psychology» 39/2 (1983), pp. 249–251. – Pierfederici, A., Fava, G. A., Munari, F., Rossi, N., Baldaro, B., Pasquali Evangelisti, L., ... & Zecchino, F. (1982). Validazione italiana del CES-D per la misurazione della depressione. R Canestrari (a cura di), Nuovi metodi in psicomelia. Firenze: Organizzazioni Speciali.

4. Kessler Psychological Distress Scale 10 (K10)

Elaborato da Ronald C. Kessler

Vantaggi	● Test di screening breve, di rapida compilazione ● Cronbach's $\alpha > 0.88$ ● Buone proprietà psicometriche ● Nella valutazione sono comprese manifestazioni comportamentali, emotive, cognitive e psicofisiologiche ● Frequenza con cui gli intervistati hanno sperimentato sintomi nell'ultimo mese, tra cui nervosismo, disperazione, tristezza, inutilità e stanchezza ● Validità consolidata ● Correla anche con la compromissione funzionale e l'utilizzo dei servizi sanitari ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Andrews & Slade T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 25, 494-497. – Arnaud, B., Malet, L., Teissedre, F., Izaute, M., Moustafa, F., Geneste, J., ... Brousse, G. (2010). Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for alcohol consumption-related disorders. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i>, 34(7), 1235-1245. – Australian Bureau of Statistics. (1997). <i>National Survey of Mental Health and Well-being</i>. Canberra, Australia. – Hides, L., Lubman, D. I., Devlin, H., Cotton, S., Aitken, C., Gibbie, T., & Hellard, M. (2007). Reliability and validity of the Kessler 10 and Patient Health Questionnaire among injecting drug users. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 41(2), 166-168 – Kessler, R. C. (1996). <i>Kessler's 10 Psychological Distress Scale</i>. Boston, MA, US: Harvard Medical School. – Rush, B., Castel, S., Brands, B., Toneatto, T., & Veldhuizen, S. (2013). Validation and comparison of diagnostic accuracy of four screening tools for mental disorders in people seeking treatment for substance use disorders. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 44(4), 375-383.

The background is a solid dark purple color. It features several large, overlapping, organic shapes in a lighter shade of purple. Additionally, there are multiple sets of thin, white, concentric wavy lines that curve across the frame, creating a sense of movement and depth.

5. QUALITÀ DEL SONNO

5. QUALITÀ DEL SONNO

La qualità del sonno include parametri quali durata, latenza, continuità ed efficienza: quando presente in forma cronica, l'insonnia si associa a deficit cognitivi, alterazioni immunitarie e peggioramento del tono dell'umore. La compromissione del riposo influisce sulla vita quotidiana complessiva del paziente, sulla funzione cognitiva e sulle comorbidità (come l'obesità e il rischio cardiovascolare).

Nelle PWH, i disturbi del sonno possono essere correlati, tra gli altri fattori, a processi infiammatori cronici, terapia farmacologica o stress cronico.

Score MUSA ★★

Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto difficoltà a rimanere sveglio/a alla guida o nel corso di attività sociali?

- ☐ Mai
- ☐ Meno di 1 volta a settimana
- ☐ 1-2 volte a settimana
- ☐ 3 o più volte a settimana

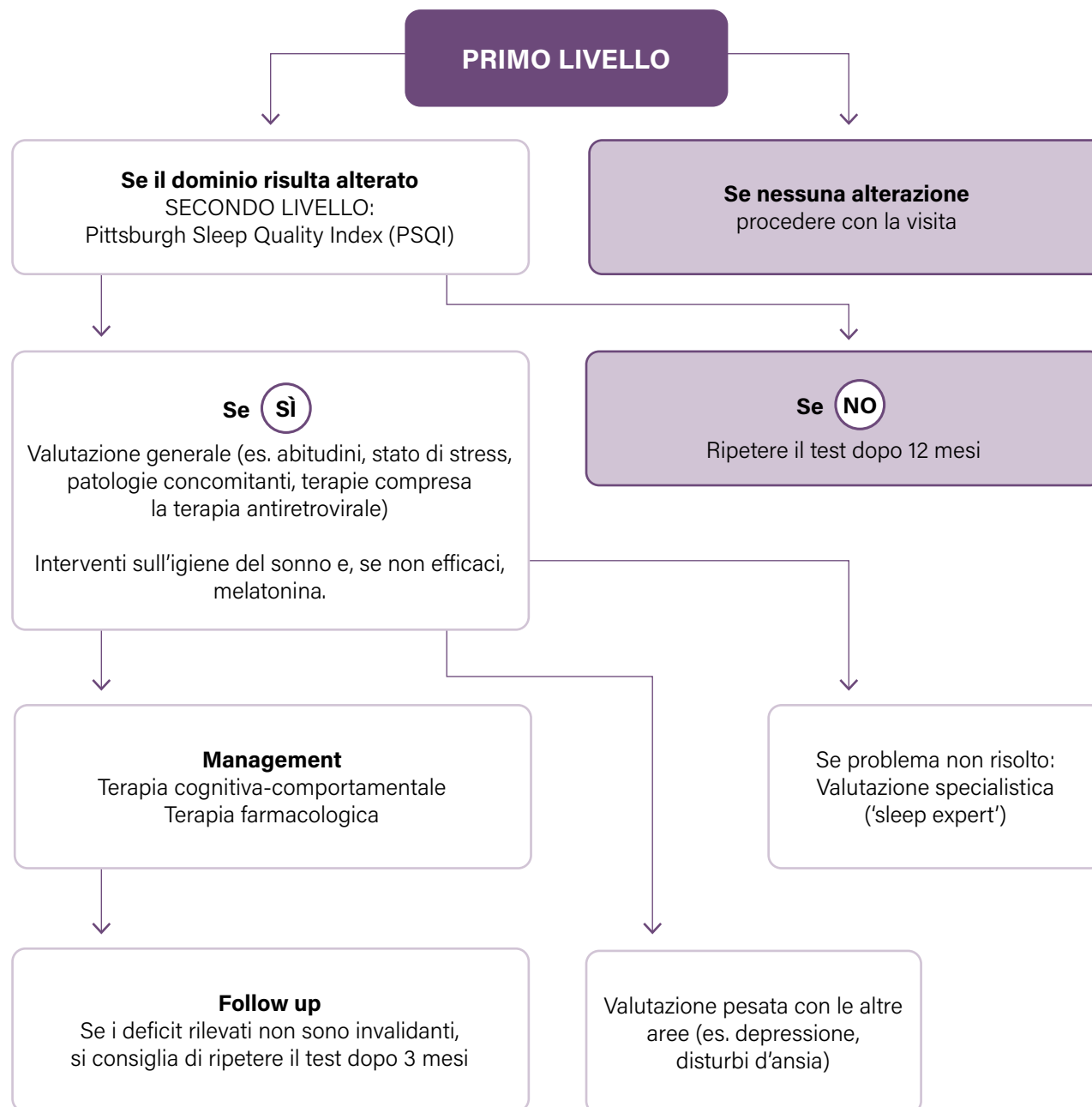
Nell'ultimo mese, come valuta complessivamente la qualità del suo sonno?

- ☐ Molto buona
- ☐ Abbastanza buona
- ☐ Abbastanza negativa
- ☐ Cattiva

- ★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Ansia
- Depressione
- Alcol e dipendenze
- Socioeconomico
- Politrattamento



Possibili test di conferma

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Elaborato da un team di ricerca del Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Scuola di Medicina di Pittsburgh, Pennsylvania, USA

Vantaggi	● Test disponibile e validato in italiano; disponibile anche su diverse piattaforme online ● Rapido e moderatamente semplice nella somministrazione e nel calcolo dei risultati ● Spesso utilizzato come indice per misurare la qualità complessiva del sonno ● Sensibile e specifico nello screening dell'insonnia ● Le descrizioni e la categoria di risposta della gravità della qualità del sonno sono importanti per l'accuratezza delle misurazioni. ● Adeguato per eventuale somministrazione pre-post trattamento per valutazione dell'outcome sulla percezione della qualità del sonno
Svantaggi	● Test soggettivo ● Richiede un calcolo per ottenere i punteggi finali ● Non misura la gravità dell'insonnia (non prevede soglie prestabilite)
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. <i>Psychiatry Res</i> 1989;28:193–213. – Curcio G, Tempesta D, Scarlata S, Marzano C, Moroni F, Rossini PM, et al. Validity of the Italian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). <i>Neurol Sci</i> 2013; 34:511–519.

2. Insomnia Severity Index (ISI)

Elaborato da un team di ricerca della Scuola di Psicologia e Centro per lo Studio dei Disturbi del Sonno, Università Laval, Ste-Foy, Quebec, Canada

Vantaggi	● Test disponibile e validato in italiano ● Molto veloce e semplice nella somministrazione e nel calcolo dei risultati ● Viene utilizzato per misurare la gravità dell'insonnia ● Sensibile e specifico nello screening dell'insonnia ● Adeguato per eventuale somministrazione pre-post trattamento per valutazione dell'outcome sulla percezione della qualità del sonno
Svantaggi	● Test soggettivo
Tempo di compilazione	Molto breve (<5 minuti)
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2:297-307. – Castronovo, V., Galbiati, A., Marelli, S. et al. Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). Neurol Sci 37, 1517-1524 (2016).

3. Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Elaborato da Dr. Murray W. Johns dell'Unità per i disturbi del sonno, Ospedale di Epworth, Melbourne, Victoria, Australia

Vantaggi	● Test disponibile in italiano (a disposizione come traduzione autorizzata; versione professionale in italiano disponibile su diverse piattaforme online, es., Manuale MSD) ● Molto veloce e semplice nella somministrazione e nel calcolo dei risultati ● Valuta principalmente la "sonnolenza" (sleepiness) durante il giorno e può quindi essere utilizzato per complementare altri questionari
Svantaggi	● Test soggettivo ● Valuta principalmente la "sonnolenza" (sleepiness) durante il giorno, quindi non adeguato come test di screening per l'insonnia ● Non misura la frequenza o la durata del sonno
Tempo di compilazione	Molto breve (<5 minuti)
Modalità	Autosomministrato
Sources	- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep 1991; 14:540-545.50. - Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the Sleep Apnoea Syndrome. Annals of Internal Medicine 1999; 131:485-91.

The background is a solid orange color with several large, overlapping, organic shapes in a lighter shade of orange. These shapes are defined by thin, white, curved lines that flow across the frame, creating a sense of movement and depth. The overall aesthetic is modern and minimalist.

6. DOMINIO NUTRIZIONALE

6. DOMINIO NUTRIZIONALE

Il dominio nutrizionale valuta stato nutrizionale, indice di massa corporea (Body Mass Index – BMI), composizione corporea, carenze nutrizionali e qualità della dieta: l'alimentazione influenza la salute globale del paziente, tanto nelle sue componenti somatiche, quanto in quelle psicologiche.

Nelle persone con HIV, le alterazioni nutrizionali possono riconoscere cause diverse: da un lato l'infiammazione cronica e gli effetti collaterali della terapia antiretrovirale, con conseguente calo ponderale involontario, dall'altro fattori socioeconomici. Un'alterazione della sfera nutrizionale può peggiorare gli esiti clinici e contribuire all'insorgenza di comorbidità.

Score MUSA ★★

Negli ultimi 3 mesi, ha perso peso senza volerlo?

- ☐ No, il peso è rimasto stabile
- ☐ No, il mio peso è aumentato
- ☐ Sì, ho perso tra 1 e 3 kg
- ☐ Sì, ho perso più di 3 kg

Negli ultimi 3 mesi, sta mangiando poco per mancanza di appetito?

- ☐ No, sto mangiando come sempre
- ☐ No, sto mangiando più del solito
- ☐ Sì, ho notato una lieve riduzione dell'appetito
- ☐ Sì, ho notato una grave riduzione dell'appetito

- ★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Ansia
- Depressione
- Dominio cognitivo
- Alcol e dipendenze,
- Politrattamento

PRIMO LIVELLO

Se il dominio risulta alterato

SECONDO LIVELLO:

Mini Nutritional Assessment MNA - short form

Se **Sì**

Esami ematici: albumina, pre-albumina, transferrina, ferritina, ferro, vitamina B12, acido folico, emocromo, PCR, profilo lipidico, vitamina 1,25 OH-D

Diario alimentare

Visita del nutrizionista

Ripetere le precedenti valutazioni ad intervalli regolari

Promozione dell'attività fisica

Management

Trattare le condizioni sottostanti e fornire aiuto e consigli sulle scelte alimentari, sugli alimenti e le bevande da assumere, quando necessario

Registrare la categoria di rischio di malnutrizione

Registrare la necessità di diete speciali e seguire le politiche locali

Obesità: Registrare la presenza di obesità. Per i soggetti con condizioni sottostanti, esse devono generalmente essere controllate prima del trattamento dell'obesità

Follow up

Follow-up secondo le tempistiche indicate sopra

Se nessuna alterazione

procedere con la visita

Se **NO**

Rischio basso:

Cure cliniche di routine

Ripetere lo screening

(annualmente in comunità, mensilmente nelle case di cura, settimanalmente in ospedale)

Rischio medio:

Monitorare

Documentare apporto alimentare per 3 giorni (diario alimentare)

Se apporto alimentare adeguato, attenzione clinica limitata, ripetere lo screening (settimanalmente in ospedale, mensilmente in casa di cura, ogni 2-3 mesi in comunità.

Se apporto alimentare non adeguato, attenzione clinica: esami ematici e visita nutrizionista

Possibili test di conferma

1. Mini Nutritional Assessment MNA - short form

Elaborato da Nestlé Nutrition Institute

Vantaggi	● Alta sensibilità per identificare malnutrizione soprattutto nell'anziano, buona specificità ● Validato in comunità ● Non richiede esami di laboratorio ● Semplice ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Richiede misurazione BMI, circonferenza brachiale e polpaccio ● Non validato in persone con HIV
Tempo di compilazione	5-10 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	- Ruiz, M. – Kamerman, L. A., Nutritional screening tools for HIV-infected patients: implications for elderly patients, «Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill.: 2002)» 9/6 (2010), pp. 362–367.

2. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Elaborato da BAPEN: Malnutrition and Nutritional Care in the UK

Vantaggi	● Adatto sia a comunità che ambito ospedaliero ● Identifica malnutrizione, rischio di malnutrizione e obesità ● Richiede solo misurazione BMI ● Considera tutte le patologie acute ● Non richiede esami di laboratorio ● Rapido da somministrare e semplice ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Richiede ricordo del peso di tre mesi prima ● Non validato in persone con HIV
Tempo di compilazione	2-3 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Ruiz, M. – Kamerman, L. A., Nutritional screening tools for HIV-infected patients: implications for elderly patients, «Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill.: 2002)» 9/6 (2010), pp. 362–367.

3. Subjective Global Assessment (SGA)

Elaborato da Pt-Global

Vantaggi	● Misura oggettiva dello stato nutrizionale in ambito ospedaliero per pazienti con malattie croniche, come i pazienti oncologici ● Richiede solo misurazione BMI ● Considera tutte le patologie acute ● Non richiede esami di laboratorio ● Validato in persone con HIV ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Richiede ricordo del peso di tre/sei mesi prima
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Domande da 1 a 4 compilate dal paziente, restante parte somministrata da operatore
Sources	- Ruiz, M. – Kamerman, L. A., Nutritional screening tools for HIV-infected patients: implications for elderly patients, «Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill.: 2002)» 9/6 (2010), pp. 362–367

The background is a solid blue color with several white, wavy, concentric line patterns. These patterns are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines curving upwards and others downwards. There are also large, overlapping, light blue shapes that resemble soft, flowing waves or clouds, adding to the abstract and modern feel of the design.

7. COMORBIDITÀ

7. COMORBIDITÀ

La comorbidità – intesa come coesistenza di due o più patologie – rappresenta un parametro di rilevanza clinica estremamente importante nella gestione delle PWH, con impatto sia sulla salute fisica che su quella psicologica. L'infiammazione cronica residua e la tossicità cumulativa della terapia ART (oltre ai fattori di rischio tradizionali) favoriscono, infatti, lo sviluppo di patologie concomitanti, quali malattie cardiovascolari, ipertensione, disturbi metabolici, tumori e altre condizioni croniche, con impatto significativo sia sugli outcome di salute che sulla qualità di vita del paziente.

Score MUSA ★★☆☆

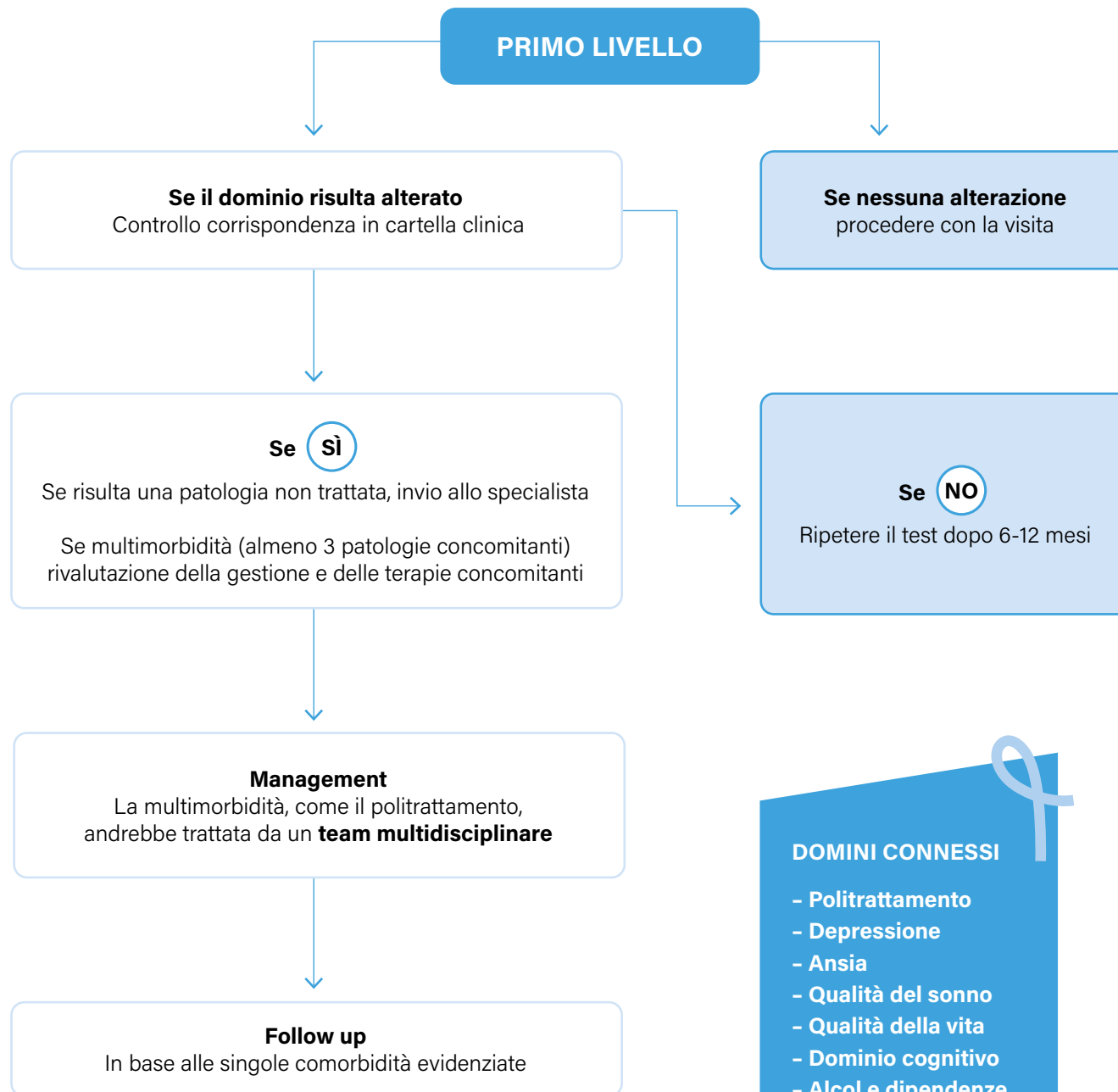
Soffre di qualche malattia cronica?

- ☐ No
- ☐ Sì

Se sì indichi quale:

- ☐ Diabete mellito
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Dislipidemia (colesterolo e/o trigliceridi alti)
- ☐ Scompenso cardiaco
- ☐ Infarto del miocardio
- ☐ Cardiopatia ischemica
- ☐ Vasculopatia periferica
- ☐ Ipertrofia prostatica
- ☐ Malattie polmonari
- ☐ Malattie autoimmuni o reumatologiche
- ☐ Ansia e/o depressione
- ☐ Malattia neurologica
- ☐ Malattie del fegato
- ☐ Disturbi gastrici
- ☐ Insufficienza renale
- ☐ Disfunzione erettile
- ☐ Osteoporosi
- ☐ Pregressa malattia grave legata all'infezione da HIV
- ☐ Tumore Specificare: _____
- ☐ Altro Specificare: _____

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.



DOMINI CONNESSI

- Politrattamento
- Depressione
- Ansia
- Qualità del sonno
- Qualità della vita
- Dominio cognitivo
- Alcol e dipendenze

Possibili test di conferma

1. Conferma in cartella clinica

Tempo di compilazione	1 minuto
Modalità	Somministrato da operatore

2. Charlson Comorbidity Index (CCI)

Elaborato da Charlson et al

Vantaggi	● Il CCI assegna un punteggio alle condizioni di salute, consentendo una valutazione oggettiva della gravità delle comorbidità ● Il punteggio CCI può predire la sopravvivenza a 10 anni o il rischio di mortalità ● Il CCI viene utilizzato in studi clinici ed epidemiologici per valutare l'impatto delle comorbidità sulla prognosi ● È utilizzato in persone con HIV e validato in italiano
Svantaggi	● Il CCI semplifica la complessità delle comorbidità in un punteggio unico, che potrebbe non riflettere completamente la situazione clinica del paziente.
Tempo di compilazione	1 minuto
Modalità	Calcolato da operatore con i dati della cartella clinica
Sources	– Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-83. – Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. J Clin Epidemiol. 1994 Nov;47(11):1245-51. – Hall WH, Ramachandran R, Narayan S, Jani AB, Vijayakumar S. An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. BMC Cancer. 2004 ;4:94. – Aslam F, Khan NA. Tools for the Assessment of Comorbidity Burden in Rheumatoid Arthritis. Front Med (Lausanne). 2018;5:39.



8. POLITRATTAMENTO

8. POLITRATTAMENTO

Il politrattamento – convenzionalmente definito come l'assunzione concomitante e continuativa di cinque o più farmaci – è particolarmente frequente nelle PWH, in ragione della frequente coesistenza di comorbidità che richiedono trattamenti aggiuntivi alla terapia ART. Il politrattamento richiede un monitoraggio clinico sistemico finalizzato alla prevenzione di interazioni farmacologiche ed eventi avversi.

Score MUSA ★★

Quanti farmaci assume oltre la terapia Antiretrovirale?

- ☐ Nessuno
- ☐ 1-4 farmaci
- ☐ 5-10 farmaci
- ☐ Oltre 10 farmaci

- ★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Comorbidità
- Depressione
- Ansia
- Qualità della vita

PRIMO LIVELLO

Se il dominio risulta alterato

Controllo corrispondenza in cartella clinica

Se **SÌ**

Criteri di Beers per la revisione della terapia

Criteri START and STOPP

Se Interazioni farmacologiche revisione della terapia,
eventuale consultazione farmacologo se disponibile

Come alternativa, in casi selezionati, ci si può riferire
alle linee guida EACS

Management

Si consiglia, alla necessità di revisione della terapia,
di dialogare con lo specialista di riferimento
per rivalutare l'effettiva necessità dei trattamenti
in questione ed eventualmente scegliere nuovi principi
attivi meno impattanti

Il politrattamento, come la comorbidità, sarebbe meritevole
di essere discussa in un gruppo multidisciplinare

Follow up

Annuale revisione della terapia in atto.
Nei pazienti con multimorbidità o politerapia valutare
eventuale revisione semestrale

Se nessuna alterazione

procedere con la visita

Se **NO**

Revisionare comunque annualmente
la terapia in atto

Possibili test di conferma

1. Conferma in cartella clinica

Tempo di compilazione	1 minuto
Modalità	Somministrato da operatore

2. Liverpool Drug interaction checker (*University of Liverpool*), Medscape Drug interaction Checker e piattaforme simili (es. Intercheck)

Vantaggi	● Software rapidi ● Informazioni intuitive ● Disponibili online
Svantaggi	● Informazioni a volte discordanti tra software diversi. ● Rilevanza clinica non sempre evidente. ● Necessario expertise per interazioni complesse. ● Disponibili soltanto in inglese
Sources	– El Moussaoui M, Lambert I, Maes N, Sauvage AS, Fripiat F, Meuris C, Uurlings F, Lecomte M, Léonard P, Fombellida K, Vaira D, Vercheval C, Moutschen M, Darcis G. Evolution of Drug Interactions With Antiretroviral Medication in People With HIV. Open Forum Infect Dis. 2020 Oct 18;7(11):ofaa416. doi: 10.1093/ofid/ofaa416. PMID: 33204748; PMCID: PMC7651038. – Back D. Antiretroviral drug-drug interactions in an era of polypharmacy. Germs. 2019 Sep 2;9(3):123-124. doi: 10.18683/germs.2019.1166. PMID: 31646141; PMCID: PMC6783636. – Kheshti R, Aalipour M, Namazi S. A comparison of five common drug-drug interaction software programs regarding accuracy and comprehensiveness. J Res Pharm Pract. 2016 Oct-Dec;5(4):257-263. doi: 10.4103/2279-042X.192461. PMID: 27843962; PMCID: PMC5084483.

The background is a solid dark green color. Overlaid on this are several large, light green, organic, blob-like shapes. Additionally, there are multiple sets of thin, white, concentric curved lines that sweep across the frame, creating a sense of motion and depth. The text '9. QUALITÀ DELLA VITA' is centered in the middle of the image in a white, bold, sans-serif font.

9. QUALITÀ DELLA VITA

9. QUALITÀ DELLA VITA

La qualità della vita (QoL) è un indicatore olistico multidimensionale che comprende un'ampia gamma di fattori che influenzano il benessere complessivo di un individuo, integrando parametri di salute fisica, benessere psicosociale, funzionamento sociale e capacità funzionale nelle attività quotidiane. Nelle PWH costituisce un outcome clinico rilevante, in grado di riflettere l'impatto complessivo della malattia e delle comorbidità. La sua comprensione e misurazione sono essenziali per orientare interventi mirati e personalizzati.

Score MUSA ★★

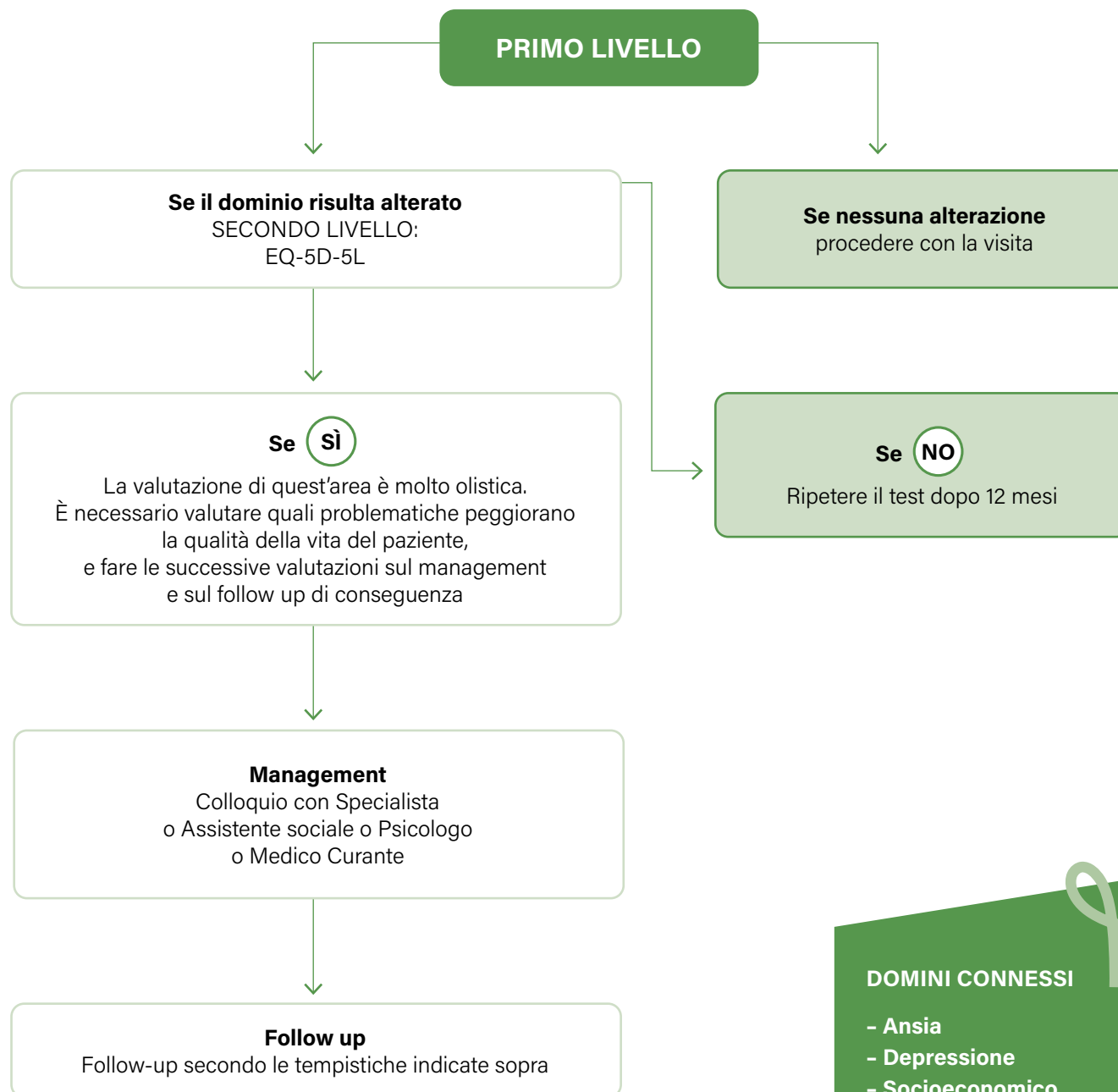
Come valuta complessivamente la sua qualità della vita?

- ☐ Molto buona
- ☐ Buona
- ☐ Scadente
- ☐ Molto scadente

È soddisfatta/o dei suoi rapporti personali con gli altri?

- ☐ Molto soddisfatta/o
- ☐ Soddisfatta/o
- ☐ Insoddisfatta/o
- ☐ Molto insoddisfatta/o

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.



DOMINI CONNESSI

- Ansia
- Depressione
- Socioeconomico

Possibili test di conferma

1. EQ-5D-5L

Elaborato da EuroQol Research Foundation

Vantaggi	● Semplicità, strumento utile nella valutazione della qualità della vita di facile e veloce somministrazione ● Validato in italiano ● Validato per l'utilizzo in PLWH
Svantaggi	● Un limite è legato alla difficoltà di rilevazione dei cambiamenti personali, sociali e clinici nel corso del tempo
Tempo di compilazione	3 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Wu AW, Jacobson DL, et al. Validity and responsiveness of the EuroQol as a measure of health-related quality of life in people enrolled in an AIDS clinical trial. Qual Life Res. 2002 May;11(3):273-82. – Meregaglia M, Malandrini F, et al. EQ-5D-5L Population Norms for Italy. Appl Health Econ Health Policy. 2023 Mar;21(2):289-303.

2. 12-Item Short Form Survey (SF-12)

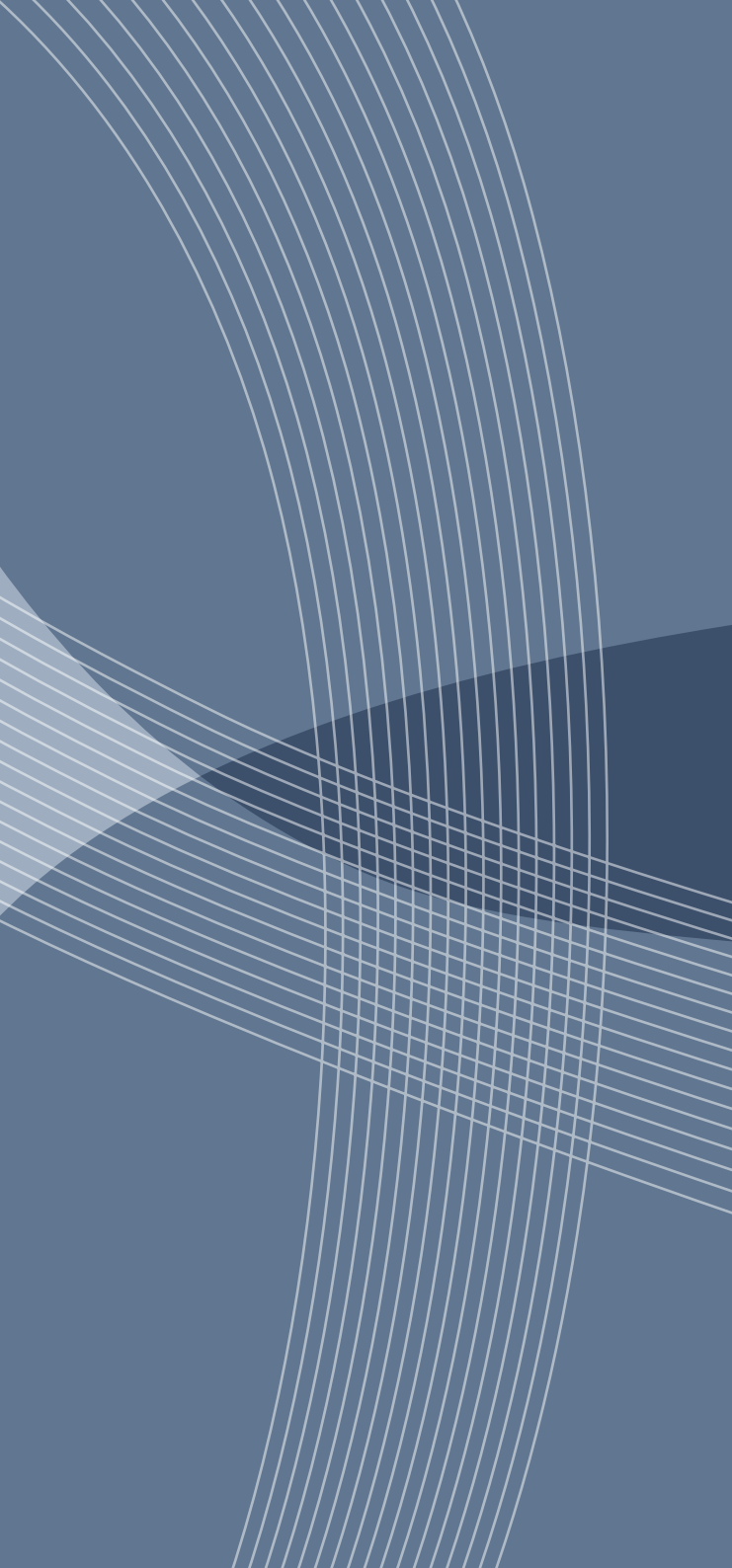
Elaborato da Health Assessment Lab

Vantaggi	● Valutazione della totalità della persona ● Riesce a "scandagliare" il funzionamento fisico, il ruolo e la salute fisica, il ruolo e lo stato emotivo, la salute mentale ● Validato in italiano ● Validato per l'utilizzo in PLWH
Svantaggi	● Tempo impiegato nella compilazione che può portare ad una compilazione non precisa delle diverse scale.
Tempo di compilazione	10 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Delate T, Coons SJ. The discriminative ability of the 12-item short form health survey (SF-12) in a sample of persons infected with HIV. Clin Ther. 2000 Sep;22(9):1112-20. – Kodraliu G, Mosconi P, et al. Subjective health status assessment: evaluation of the Italian version of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS Project. J Epidemiol Biostat. 2001;6(3):305-16.

NOTA: Estremamente utile per la valutazione della qualità della vita può essere lo sviluppo di nuovi strumenti di valutazione – questionari semplici, autosomministrati e accessibili con o senza supporto digitale; tali strumenti dovrebbero recepire anche i cambiamenti causati dalla pandemia: ridefinizione del contesto lavorativo, modificato approccio con le strutture sanitarie, allungamento degli intervalli follow up, evoluzione delle strategie terapeutiche innovative, crescente necessità di un approccio multidisciplinare.



10. ALCOL E DIPENDENZE

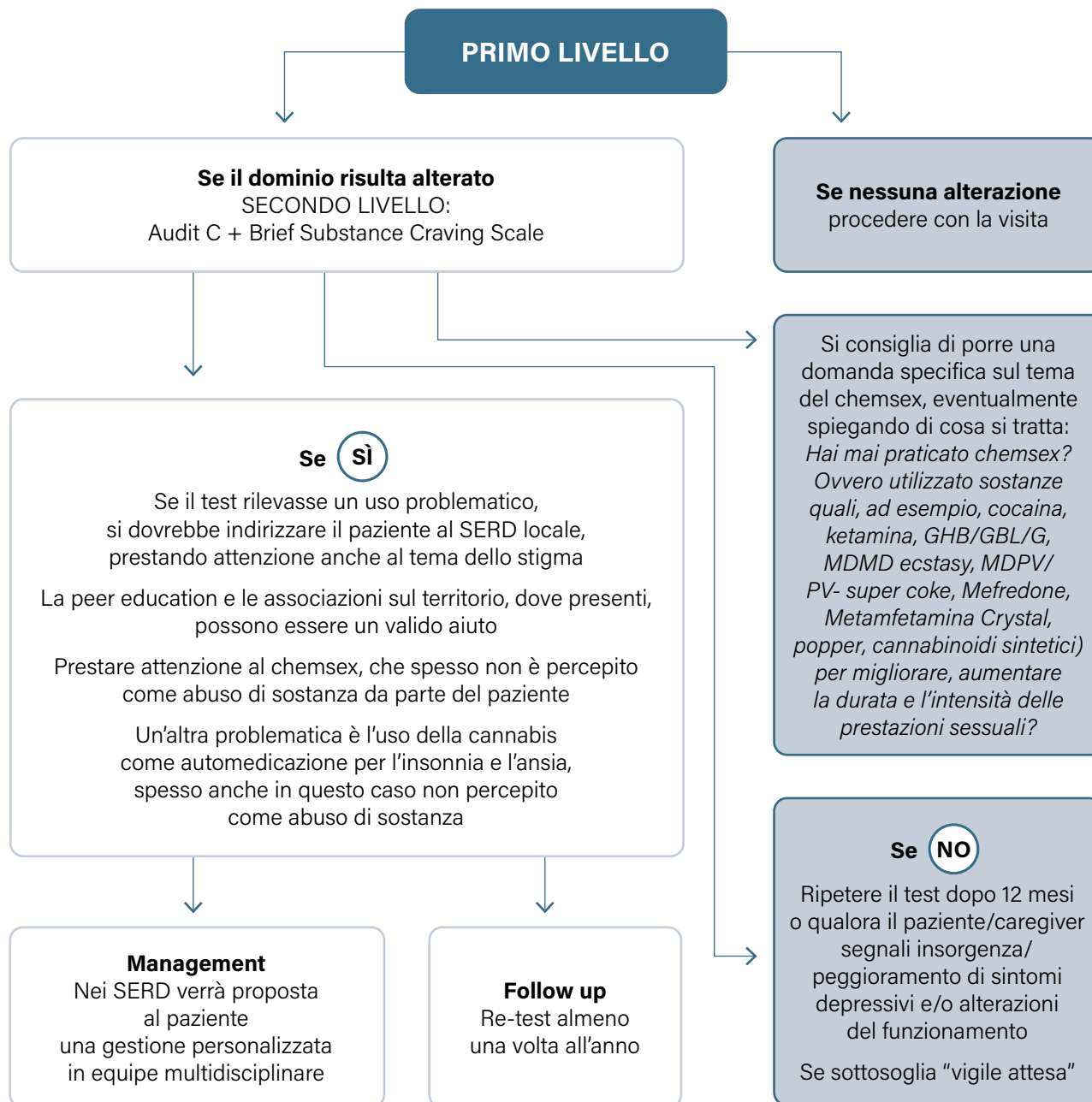


10. ALCOL E DIPENDENZE

L'uso di alcol e sostanze – fino allo sviluppo di un Disturbo da Uso di Sostanze nelle sue diverse forme di gravità – costituisce un fattore di rischio rilevante per patologie acute e croniche, con ripercussioni significative sulla sfera cognitiva, comportamentale e sociale.

Nelle PWH, tali aspetti sono prevalenti in specifici gruppi a rischio e possono compromettere l'aderenza alla terapia, ma anche la sua efficacia, e aggravare le complicazioni epatiche e cardiovascolari e peggiorare gli esiti generali di salute.

In questo contesto, il *chemsex* – la cui diffusione è aumentata negli ultimi anni – configura un pattern di uso di sostanze associato a specifici rischi sanitari e psicosociali, richiedendo interventi mirati di prevenzione, valutazione clinica e presa in carico integrata.



Score MUSA ★★ ★

Quanti bicchieri di vino/lattine di birra/shot di superalcolici beve?

- ☐ Mai
- ☐ Occasionalmente
- ☐ 1-2 al giorno
- ☐ >2 al giorno

Con che frequenza fa uso di sostanze (es. cocaina, eroina, cannabis, chemsex, etc.)?

- ☐ Mai
- ☐ In passato
- ☐ Occasionalmente
- ☐ Tutti i giorni

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Ansia
- Depressione
- Stigma
- Disturbi del sonno

Possibili test di conferma

1. Audit C

Elaborato da WHO

Vantaggi	● Intercetta bevitori problematici e pazienti con disturbi da uso di alcol ● È breve, di rapida compilazione, semplice ● Ha punteggi diversificati per uomini e donne ● Per i pazienti abusatori/con disturbo da uso di alcol ● Disponibile in italiano
Svantaggi	● Cut-off diversificati per maschi e femmine ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test - PubMed (nih.gov) – AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care - PubMed (nih.gov) – Effectiveness of the AUDIT-C as a Screening Test for Alcohol Misuse in Three Race/Ethnic Groups - PMC (nih.gov) – Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB and Monteiro M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001 (Second Edition). – Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. 1998 Sep 14;158(16):1789-95. – Bradley KA, et. al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. Alcohol Clin Exp Res. 2007 Jul;31(7):1208-17. Epub 2007 Apr 19. – Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a Screening Test for Alcohol Misuse in Three Race/Ethnic Groups. Journal of General Internal Medicine. 2008;23(6):781-787. doi:10.1007/s11606-008-0594-0.

- Kitchens JM. Does this patient have an alcohol problem? JAMA. 1994 Dec 14;272(22):1782-7. PubMed PMID: 7966928.
- Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use and health. 2014.
- Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. Ann Intern Med. 1992;117:646-654. PubMed PMID:1530196.
- The Physicians' Guide to Helping Patients With Alcohol Problems. Washington, DC US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.
- Comparing alcohol screening measures among HIV-infected and -uninfected men - PubMed (nih.gov)
- Reliability of a self-report Italian version of the AUDIT-C questionnaire, used to estimate alcohol consumption by pregnant women in an obstetric setting - PubMed (nih.gov)
- Alcohol Use during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey among Healthcare and Office Workers in Italy - PubMed (nih.gov)
- Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.
- Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

NOTA: l'Audit C è una sottosezione dell'Audit completo.

2. Brief Substance Craving Scale

Elaborato da Addictions, Drug & Alcohol Institute (ADAI)

Vantaggi	● Utilizzata sia per disturbi da uso di alcol che da sostanze ● Rapida, breve, semplice ● Valuta diversi aspetti del craving
Svantaggi	● Utilizzata sia per disturbi da uso di alcol che da sostanze ● Rapida, breve, semplice ● Valuta diversi aspetti del craving ● Dà per scontato che il paziente sia già in cura; non è uno strumento di screening generale, ma di monitoraggio del craving
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Somministrato da operatore
Sources	– Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskas, J., & Cohen, M., 1995. In search of a universal drug craving scale. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida. – Bonfiglio, N. S. – Renati, R. – Agus, M. – Penna, M. P., Validation of a substance craving questionnaire (SCQ) in Italian population, «Addictive Behaviors Reports» 9 (6/2019), pp. 100172.

3. Severity Of Alcohol Dependence Questionnaire - Community (SADQ-C)

Elaborato dall'Addiction Research Unit del Maudsley Hospital

Vantaggi	● Utilizzata per disturbi da uso di alcol. ● Test ampiamente utilizzato
Svantaggi	● Si concentra principalmente su aspetti quantitativi e misurabili della dipendenza da alcol ● Non validato in persone con HIV ● Disponibile soltanto in inglese
Tempo di compilazione	5-10 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. & Rankin, H. (1979) The development of a questionnaire to assess severity of alcohol dependence, British Journal of Addiction, 74, pp.79-87 – Stockwell T, Murphy D, Hodgson R (1983). "The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity". British Journal of Addiction. 78 (2): 45-156. doi:10.1111/j.1360-0443.1983.tb05502.x. PMID 6135435. – Stockwell T, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. Addiction. 1994;89(2):167-174. doi:10.1111/j.1360-0443.1994.tb00875.

4. Drug Abuse Screening Test (DAST-10)

Elaborato da Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

Vantaggi	● Utilizzata per disturbi da uso di sostanze ● Si tratta di uno degli strumenti più utilizzati per lo screening dei DUS ● Elevata consistenza interna (α elevato nelle diverse versioni).
Svantaggi	● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente ● Pattern di risposta dicotomici non tengono in considerazione pattern d'uso (es frequenza d'uso) ● Non validato in persone con HIV ● Disponibile soltanto in inglese
Tempo di compilazione	5-15 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Skinner HA (1982). The Drug Abuse Screening Test. <i>Addict Behav</i> 7(4):363-371. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. <i>J Subst Abuse Treatment</i> 32:189-198.

5. Penn Alcohol Craving Scale (PACS)

Elaborato da University of Pennsylvania's Treatment Research Center

Vantaggi	● Utilizzata per disturbi da uso di alcol ● Scala ampiamente utilizzata, buone proprietà psicometriche, valuta craving e rischio di ricaduta ● Correla con altre scale di valutazione quali Obsessive Compulsive Drinking Scale e Alcohol Urge Questionnaire
Svantaggi	● La valutazione è limitata all'arco di una settimana ● Essendo autosomministrato alcuni item potrebbero essere sovra/sottostimati dal paziente ● È più utilizzata per il craving che come vero e proprio strumento di screening ● Non ci sono sufficienti studi convalidati per utilizzare il punteggio di cut off (20) nella pratica clinica ● Non validato in persone con HIV ● Disponibile soltanto in inglese
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the penn alcohol craving scale. Alcohol Clin Exp Res. 1999;23(8):1289-1295. – Flannery BA, Poole SA, Gallop RJ, Volpicelli JR. Alcohol craving predicts drinking during treatment: an analysis of three assessment instruments. J Stud Alcohol. 2003;64(1):120-126. – Costello MJ, Viel C, Li Y, Oshri A, MacKillop J. Psychometric validation of an adaptation of the Penn Alcohol Craving Scale to assess aggregated drug craving. J Subst Abuse Treat. 2020;119:108127.

NOTA: Esistono diversi strumenti di screening disponibili che includono congiuntamente il disturbo da uso di sostanze (DUS) e il disturbo da uso di alcol (DUA), o in modo specifico ciascuno di essi, fattore da considerare nella selezione degli strumenti più appropriati.

Esistono inoltre test peculiari per alcune sostanze specifiche (ad esempio oppiacei), ma non per tutte (ad es. MDPV). Inoltre, le nuove sostanze psicoattive (NPS) presentano profili sintomatologici e meccanismi di assunzione/sospensione/craving molto diversi da quelli delle sostanze d'abuso tradizionali (ad es. eroina, cocaina), rendendo meno affidabile l'applicazione di strumenti sviluppati su popolazioni differenti.

Un'ulteriore criticità riguarda la disponibilità di questionari validati in lingua italiana e la scarsa specificità degli strumenti esistenti per i pazienti HIV, che presentano particolari caratteristiche cliniche e psicosociali tali da poter limitare l'applicabilità e l'accuratezza diagnostica per questa particolare sottopopolazione di pazienti.

Scheda 3. Stigma e Dipendenze

Ancora oggi lo stigma rappresenta una delle principali barriere nei percorsi di cura delle persone con disturbo da uso di sostanze. Lo stigma – una discriminazione fondata su giudizio, pregiudizio e moralismo – riduce la dipendenza a una colpa morale, alimentando la marginalizzazione di questi pazienti qualificandoli come persone pericolose, instabili, da emarginare, e ostacolando concretamente l'adesione ai percorsi terapeutici, nonché ai programmi di prevenzione.

La conseguenza clinica diretta è il ritardo nella richiesta di aiuto, spesso dopo anni, mediato da vergogna e senso di colpa.

La dipendenza è oggi riconosciuta come una condizione cronica complessa e multifattoriale, che pertanto va affrontata in maniera multidisciplinare, ma lo stigma contrasta questa visione e alimenta il circolo vizioso che ostacola il recupero.

Un percorso di cura efficace deve valorizzare la capacità di autodeterminazione del paziente e la responsabilità personale come strumenti di cura e motore del cambiamento, senza diventare oggetto di giudizio. Troppo spesso lo stigma permea anche il linguaggio degli operatori

sanitari; il National Institute on Drug Abuse – USA (NIDA) – attraverso il progetto Words Matter: Preferred Language for Talking About Addiction (8) – sottolinea come il linguaggio stesso possa essere stigmatizzante e come semplici modifiche lessicali mirate possano ridurre significativamente la stigmatizzazione. In quest'ottica, risulta quindi fondamentale la formazione degli operatori sanitari e sociali, e la messa a punto di strumenti di prevenzione specifici rappresenta una priorità per abbattere queste barriere e garantire ai pazienti il diritto alle cure.

Scheda 4. Il chemsex

Il chemsex – termine coniato da David Stuart – indica l'uso intenzionale di specifiche sostanze psicoattive allo scopo di intensificare e prolungare l'esperienza sessuale, prevalentemente tra uomini gay, persone bisessuali, transgender e non binarie (GBMSM) (9). Il fenomeno non si riduce alla mera associazione tra sesso e sostan-

ze, ma si inserisce in un contesto socioculturale complesso, spesso connesso all'elaborazione dell'identità e alla decostruzione di norme sociali eteronormative o omonormative (10). Stimare la diffusione del chemsex è complesso a causa dello stigma che lo caratterizza. I dati disponibili indicano una prevalenza del 46% negli Stati Uni-

ti, tra il 15% e il 26% in Sud America, tra il 7% e il 28% in Asia; in Europa occidentale varia tra il 13% e il 29%, mentre nei Balcani e nell'Europa orientale, i tassi sembrano inferiori, sebbene verosimilmente sottostimati a causa del forte stigma sociale, di quadri normativi restrittivi e di un sistema di servizi di supporto limitato (10).

Sostanze più usate

Le chems (11) più comuni includono:

GHB/GHL

Ketamina

Metamfetamina

Mefedrone

MDMA

**Cocaina
base libera**

MDPV

**Cannabinoidi
sintetici**

Popper

I rischi

Il chemsex può diventare clinicamente problematico quando determina perdita della capacità edonistica in assenza di sostanze, prolungamento incontrollato delle sessioni o compromissione del funzionamento lavorativo e relazionale.

Sul piano psicopatologico, i rischi includono sviluppo di tolleranza e dipendenza, e disturbi di salute mentale: crescente irritabilità, ansia, fino ad alluci-

nazioni, paranoia e psicosi nei casi più gravi (9, 10). Dal punto di vista della salute sessuale, il chemsex è associato a un aumentato rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e infezioni trasmesse per via ematica, a causa dell'alterazione del processo decisionale indotta dalle sostanze e da pratiche ad alto rischio come lo "slamming" (iniezione endovenosa di sostanze) e la condivisione di aghi. È clinicamente ed eticamente rilevante

evitare una lettura riduzionistica del fenomeno: una quota significativa di persone GBMSM che praticano chemsex adotta attivamente misure preventive di riduzione del rischio per sé stessi e i partner, dimostrando consapevolezza rispetto alla salute sessuale. Un approccio esclusivamente focalizzato sul rischio può rafforzare dinamiche stigmatizzanti, con ricadute negative sull'accesso alle cure e sui percorsi di supporto (10).



11. SFERA SOCIOECONOMICA

11. SFERA SOCIOECONOMICA

La sfera socioeconomica comprende reddito, livello di istruzione, condizione occupazionale e rete di supporto sociale affettivo.

Nelle PWH, condizioni socioeconomiche sfavorevoli (basso reddito, instabilità lavorativa, basso livello di istruzione, isolamento sociale) sono associate a un peggior accesso alle cure, maggiore vulnerabilità alle comorbidità e peggioramento degli outcome di salute e della qualità della vita.

La valutazione di questa dimensione richiede un approccio integrato, capace di considerare i diversi fattori che, interagendo tra loro, amplificano il rischio di esiti sfavorevoli anche nelle altre aree cliniche.

Score MUSA ★★

Condizione lavorativa

- ☐ Ha un lavoro retribuito
- ☐ Non ha un lavoro retribuito
 - ☐ Casalinga
 - ☐ Pensionato
 - ☐ Studente
 - ☐ Disoccupato
 - ☐ In cerca di prima occupazione
 - ☐ Altra condizione non lavorativa

Situazione abitativa

- ☐ Vive solo
- ☐ Vive con altri

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

PRIMO LIVELLO

Se il dominio risulta alterato

Ulteriori domande di tipo socioeconomico

Se **Sì**

Per quanto riguarda la sfera socio-economica non esiste un vero e proprio cut-off, in quanto la valutazione è molto olistica e qualitativa. Il medico dovrà identificare eventuali problematiche e agire conseguentemente nell'indirizzare il paziente

Se vengono evidenziate delle criticità, si consiglia di consigliare al paziente di rivolgersi ai servizi sociali sul territorio

Ove presenti, anche le associazioni possono rappresentare un valido aiuto

In caso le domande non evidenzino alcuna criticità, si consiglia di ripetere il test dopo 12 mesi

Management

Qualora emergano fattori concomitanti quali depressione o ansia, si rimanda a quelle sezioni

Follow up

Si consiglia di ripetere il test e monitorare la situazione alla visita successiva

Se nessuna alterazione
procedere con la visita

DOMINI CONNESSI

- Depressione
- Ansia
- Comorbidità
- Alcol e dipendenze
- Biologico/
nutrizionale

Possibili test di conferma

Per la sfera socioeconomica non è presente un vero e proprio test di conferma, ma si consiglia di indagare questo dominio in maniera integrata, per identificare eventuali carenze e possibili aree di intervento.

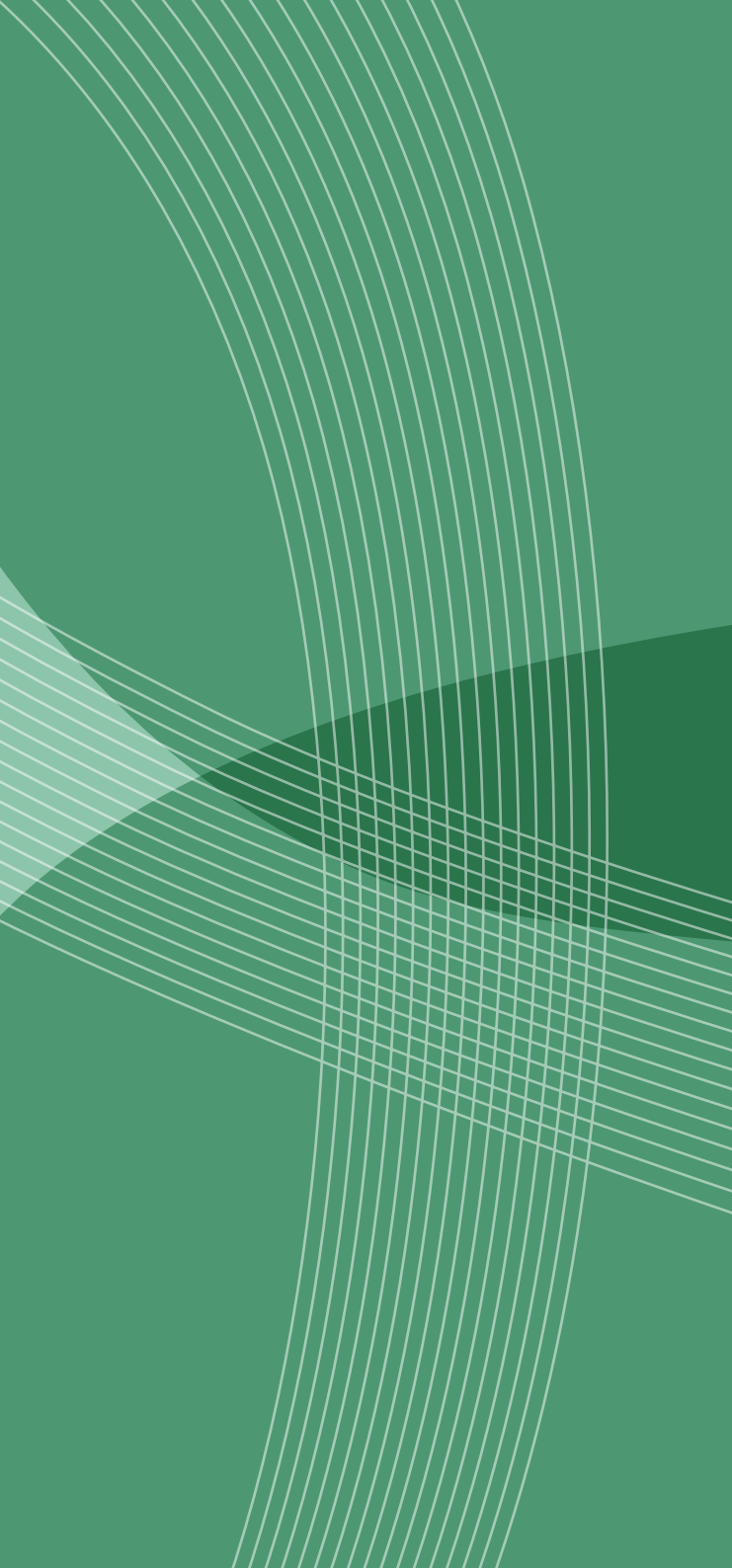
Ulteriori domande di tipo socioeconomico

Domande	1. Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni? ● Per niente ● Poco ● Abbastanza ● In gran parte ● Completamente 2. Fonte principale di reddito ● Reddito da lavoro dipendente ● Reddito da lavoro autonomo ● Pensione ● Indennità e provvidenze varie ● Redditi patrimoniali ● Mantenimento da parte dei familiari 3. Qual è il suo stato di famiglia? ● Celibe o nubile ● Coniugato/a ● Convivente ● Separato/a ● Divorziato/a ● Vedovo/a
---------	---

	4. Ha figli? ● Sì ● No Se sì, quanti? _____ 5. Escludendo i parenti (suoi o del coniuge/partner), ci sono persone che abitano vicino a Lei e sulle quali può contare in caso di necessità? ● No ● Sì, una persona o una famiglia ● Sì, alcune persone o alcune famiglie
Tempo di compilazione	3 minuti
Modalità	Autosomministrato

The background is a solid dark green color. It features several large, overlapping, organic shapes in a lighter shade of green. Additionally, there are three distinct sets of thin, white, concentric curved lines. One set is in the top left, another in the top right, and a third in the bottom center, all creating a sense of movement and depth.

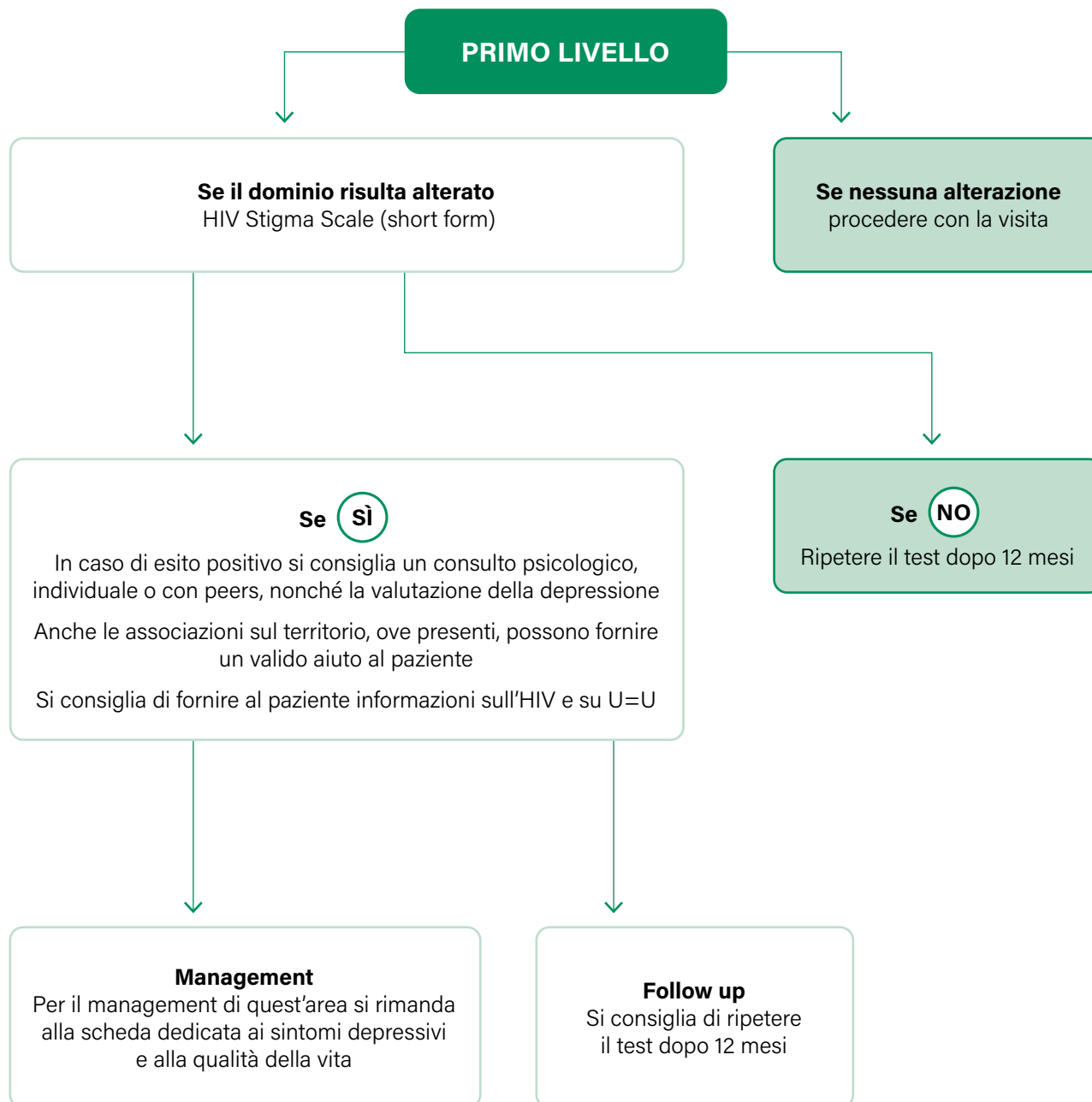
12. STIGMA



12. STIGMA

Lo stigma associato all'HIV resta un determinante sociale di salute di primaria rilevanza clinica. È inoltre rilevante il tema del “self-stigma” – interiorizzazione del giudizio sociale da parte della persona stessa –, che rappresenta per le persone che vivono con HIV una barriera spesso sottovalutata, che può compromettere l'accesso al sistema sanitario e influenzare negativamente gli outcome clinici.

Entrambe le dimensioni contribuiscono all'isolamento sociale e alla riduzione della rete di supporto; lo stigma è inoltre riconosciuto come fattore di rischio indipendente per disturbi di salute mentale nelle persone che vivono con HIV.



Score MUSA ★★ ★

Dire a qualcuno che ho l'HIV è rischioso

- ☐ Assolutamente in disaccordo
- ☐ In disaccordo
- ☐ In accordo
- ☐ Assolutamente d'accordo

Mi sento in colpa perché ho l'HIV

- ☐ Assolutamente in disaccordo
- ☐ In disaccordo
- ☐ In accordo
- ☐ Assolutamente d'accordo

- ★★★ Sensibilità da 0% al 33,3%;
- ★★★ Sensibilità dal 33,4% al 66,6%;
- ★★★ Sensibilità dal 66,7% al 100%.

DOMINI CONNESSI

- Dominio cognitivo
- Ansia
- Qualità della vita

Possibili test di conferma

1. HIV Stigma Scale (short form)

Elaborato da Reinius et al.

Vantaggi	● 12 domande, velocità di compilazione.
Svantaggi	● Abbastanza generico. ● Disponibile soltanto in inglese
Tempo di compilazione	5 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Reinius, M. – Wettergren, L. – Wiklander, M. – Svedhem, V. – Ekström, A. M. – Eriksson, L. E., Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale, «Health and Quality of Life Outcomes» 15/1 (12/2017), pp. 115.

2. HIV Stigma Scale by Berger

Elaborato da Miami Center of Excellence for Health Disparities Research. Berger et al.

Vantaggi	● 40 domande ● Più approfondito e meno generico della short version
Svantaggi	● Più lungo, per non madrelingua italiani non sempre comprensibile ● Richiede una capacità di introspezione non sempre presente
Tempo di compilazione	20 minuti
Modalità	Autosomministrato
Sources	– Berger, B.E., Ferrans, C.E., Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. <i>Research in Nursing and Health</i>, 24(6): 518-529 – Prati, G., Zani, B., Pietrantonio, L., Scudiero, D., Perone, P., Cosmaro, L., ... Oldrini, M. (2015). Psychometric Properties of a New HIV/AIDS Knowledge Measure for Adults. <i>Social Work in Public Health</i>, 31(1), 30–42. https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1087911.

Scheda 5. U=U

U=U, acronimo di "Undetectable = Untransmittable" (Non rilevabile = Non trasmissibile), è un principio scientifico basato su evidenze che indica che una persona con HIV in trattamento antiretrovirale efficace e con carica virale non rilevabile non può trasmettere il virus.

Il concetto è stato formalizzato nella Conferenza di Consenso Italiana su UequalsU (U=U) del 2019 (12), che ha coinvolto esperti del settore e membri della community, e ha permesso di stilare raccomandazioni utilizzando le evidenze scientifiche emerse nel corso degli anni.

Tra i principali studi alla base di U=U si annoverano HPTN 052, PARTNER e PARTNER 2 (13), i quali hanno dimostrato l'assenza di trasmissioni di HIV in coppie sierodiscordanti in cui la persona con HIV aveva una carica virale non rilevabile grazie alla terapia antiretrovirale. L'OMS ha recentemente ribadito la validità di U=U in nuove linee guida sull'HIV pubblicate in occasione di IAS 2023 (14, 15).

U=U rappresenta una conquista epocale in ambito di salute pubblica e individuale. Non solo migliora la qualità di vita delle persone con HIV, ma garantisce anche una maggiore serenità

psicologica, favorendo l'adesione alle terapie e spostando l'attenzione dalla paura della trasmissione al benessere complessivo della persona. U=U ha anche un ruolo cruciale nel ridurre lo stigma legato all'HIV: la paura della trasmissione ha storicamente alimentato discriminazione e isolamento sociale per le persone sieropositive, e, di conseguenza, diffondere il messaggio che "non rilevabile = non trasmissibile" permette di combattere pregiudizi e discriminazioni (13), facilitando l'inclusione e promuovendo un cambiamento culturale.

U=U non ha soltanto un ruolo nel benessere delle persone che vivono con HIV, ma rappresenta anche la possibilità concreta di porre fine all'epidemia di HIV (13), migliorando l'accesso al trattamento ovunque nel mondo (14).

È dunque fondamentale che il concetto di U=U sia diffuso tra il pubblico e tra gli operatori sanitari, perché siano sensibilizzati sull'importanza della diagnosi precoce e del trattamento.

La campagna "Impossibile Sbagliare" (16) della LILA sottolinea che la terapia non è solo uno strumento di cura, ma un mezzo per garantire la sicurezza sociale, ribadendo che una carica

virale non rilevabile elimina ogni rischio di trasmissione sessuale, e che una persona con HIV in trattamento efficace presenta un'aspettativa di vita equiparabile a quella di chi non ha l'HIV.

U=U non solo rappresenta una scoperta scientifica rivoluzionaria per la lotta all'HIV e per la salute delle persone che vivono con HIV, ma anche un cambiamento culturale importante promuovendo l'accettazione, e l'auto-accettazione, delle persone che vivono con HIV.

*"Se tutte sapessero che U=U, **potremmo creare un mondo in cui le persone che vivono con l'HIV non siano più oggetto di stigma e discriminazione** per il loro stato sierologico, e in cui le relazioni sessuali sane siano alla portata di chiunque."* (16).

BIBLIOGRAFIA

- [1] European AIDS Clinical Society, «EACS Interactive guidelines». [Online]. Disponibile su: <https://eacs.sanfordguide.com/>.
- [2] R. Ayadi, «Speech: Building Brain Capital for Economic Resilience and Inclusive Growth», EMEA. [Online]. Disponibile su: <https://euromed-economists.org/speech-building-brain-capital-for-economic-resilience-and-inclusive-growth/>.
- [3] World Health Organization. Mental Health (MHF), Office on Quality of Care & Patient Safety, «Key facts. Mental health at work», 2 settembre 2024. [Online]. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.
- [4] World Health Organization, World mental health today. World Health Organization, 2025. [Online]. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/b/80640>.
- [5] H. A. Eyre et al., «Building brain capital», Neuron, vol. 109, fasc. 9, pp. 1430–1432, mag. 2021, doi: 10.1016/j.neuron.2021.04.007.
- [6] W. D. Dawson et al., «Investing in Late-Life Brain Capital», Innov. Aging, vol. 6, fasc. 3, p. igac016, mag. 2022, doi: 10.1093/geroni/igac016.
- [7] «Integrated care for older people (ICOPE)». [Online]. Disponibile su: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>.
- [8] National Institute on Drug Abuse, «Words Matter: Preferred Language for Talking About Addiction | National Institute on Drug Abuse (NIDA)». [Online]. Disponibile su: <https://nida.nih.gov/research-topics/addiction-science/words-matter-preferred-language-talking-about-addiction>.
- [9] F. Leserri, «CHEMSEX - RIDUZIONE DEI RISCHI».

- 
- [10] A. Poullos, «Harm reduction in the context of chemsex: training manual», 2022.
- [11] «Sostanze», ChemSex. [Online]. Disponibile su: <https://www.chemsex.it/sostanze/>.
- [12] «Conferenza di Consenso Italiana su UequalsU (U=U)», 2019. [Online]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2903_allegato.pdf.
- [13] «U=U. Se l'HIV non è rilevabile, non è trasmissibile.» [Online]. Disponibile su: <https://www.lila.it/it/u-u#uu>.
- [14] «New WHO guidance on HIV viral suppression and scientific updates released at IAS 2023». [Online]. Disponibile su: <https://www.who.int/news/item/23-07-2023-new-who-guidance-on-hiv-viral-suppression-and-scientific-updates-released-at-ias-2023>.
- [15] The Role of HIV Viral Suppression in Reducing Transmission and Improving Individual Health: Policy Brief, 1st ed. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [16] «U=U – Impossibile Sbagliare». [Online]. Disponibile su: <https://www.impossiblesbagliare.it/>.

ALLEGATO 1. Lo studio MUSA

Perché il **questionario di screening rapido** potesse diventare uno strumento utilizzato nella pratica clinica, il gruppo ha deciso di condurre uno **studio osservazionale multicentrico di validazione: Studio MUSA**. *Validazione di una scala Multidimensionale per la rilevazione dei bisogni di Salute in persone con HIV.*

L'**obiettivo primario** dello studio era valutare la **performance diagnostica del test di screening multidimensionale nel riconoscere al-**

terazioni nei domini considerati, con l'intento di migliorare la capacità predittiva rispetto ai disturbi. Gli **obiettivi secondari** includevano:

- la **valutazione della predittività** di ciascuna domanda in relazione al proprio dominio di interesse,
- la **fattibilità operativa** del test – legata, ad esempio, al tempo necessario e alle eventuali difficoltà riscontrate da pazienti e operatori nella somministrazione –,

- l'**analisi di predittori demografici e clinici** associati alla performance diagnostica del questionario di screening multidimensionale.

Lo studio è stato disegnato come **osservazionale prospettico e multicentrico**, con l'Università di Torino come centro promotore e la partecipazione di altri sette centri clinici distribuiti a livello nazionale, come riassunto nel prospetto della tabella seguente.

N	Città	Centro
1	Torino	Unità di Malattie Infettive, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino presso Ospedale Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino", (Centro Promotore)
2	Milano	ASST Fatebenefratelli - Sacco, Ospedale L. Sacco
3	Milano	Unità di Malattie Infettive, IRCCS Ospedale San Raffaele
4	Roma	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
5	Sassari	SS IMMUNODEFICIENZA, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari
6	Catania	U.O.C. Malattie Infettive, Arnas Garibaldi
7	Bari	U.O.C. Malattie Infettive, Università di Bari "Aldo Moro", A.O.U. Policlinico di Bari
8	Padova	U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale Università di Padova

Tabella 1 Centri partecipanti, studio MUSA

Sample

Ciascuno degli otto centri partecipanti ha arruolato 25 pazienti, assumendo i seguenti criteri:

Criteri di **inclusione**

- Età maggiore di 18 anni
- Infezione da HIV confermata
- Buona comprensione della lingua italiana
- Firma del consenso informato

Criteri di **esclusione**

- Patologie acute in corso che, a giudizio degli sperimentatori, possano condizionare lo svolgimento dei test (infezioni batteriche o virali, neoplasie in trattamento chemioterapico attivo)
- Demenza o altre gravi patologie neurodegenerative/neurocognitive
- Soggetti impossibilitati ad esprimere il consenso autonomamente e/o supportati da figure di protezione giuridica.

Parametri di arruolamento:

- randomizzato
- rappresentatività almeno 33% di donne
- rappresentatività almeno 33% di persone di età superiore a 50 anni.

Il campione finale contava 202 partecipanti.

I dati raccolti nello studio sono stati inseriti in forma pseudo-anonimizzata su RedCap, database per la raccolta dati utilizzata in studi clinici mono o multicentrici, che garantisce sicurezza e operabilità dei dati. I dati raccolti sono stati poi analizzati da statistici esperti dell'Università di Torino e da componenti del gruppo di lavoro.

Procedure dello studio

Dopo l'illustrazione del progetto al paziente e la relativa firma del consenso, le procedure dello studio, prevedevano:

1. Somministrazione del questionario multidimensionale: il questionario - autocompilato dal paziente in circa 10 minuti - contiene 22 domande selezionate dal gruppo di lavoro, relative ai 12 domini di interesse, con risposte strutturate su una scala da 1-4 (1: risultato migliore; 4: risultato peggiore). Le comorbidità sono indagate tramite elenchi a scelta multipla, mentre gli item socioeconomici utilizzano una scala

binaria; l'intero dominio delle comorbidità è poi normalizzato sulla scala da 1 a 4.

2. Somministrazione dei test di conferma: tutti i test selezionati per ciascun dominio della scala multidimensionale sono stati somministrati (durata ca. 1 h/1.30h).

3. Raccolta di variabili cliniche e demografiche: attraverso le cartelle cliniche dei partecipanti, sono state registrate le seguenti informazioni:

- Età, sesso alla nascita, genere, modalità di acquisizione di HIV, durata infezione da HIV, utilizzo di sostanze stupefacenti
- CD4 al nadir, CD4 attuali, CD4/CD8 ratio attuale
- HIV RNA attuale, durata soppressione HIV RNA
- Terapia antiretrovirale in atto
- Terapia concomitante in atto
- Co-morbidità.

Per garantire un alto grado di *intercoder reliability* - assicurando che gli sperimentatori dei centri partecipanti avessero modalità e parametri comuni, così da rendere i risultati raccolti più affidabili - è stata condotta una formazione propeutica online, successivamente resa disponibile anche in modalità asincrona) sulla somministrazione dei test di conferma.

Risultati

Dominio	Test di conferma	Sensibilità	Score MUSA	Specificità
Dominio cognitivo	Brief Neurocognitive Screening (BNCS)	13.0%	★ ★ ★	88.0%
Dominio funzionale	Advanced Instrumental Activities of Daily Living Scale (AIADL)	0.0%	n.v.*	92.4%
Nutrizionale	Mini Nutritional Assessment (MNA) – short form	55.3%	★ ★ ★	88.1%
Sintomi depressivi	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	88.9%	★ ★ ★	92.5%
Sintomi dello spettro ansioso	General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	76.9%	★ ★ ★	88.9%
Qualità del sonno	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	44.5%	★ ★ ★	92.6%
Comorbidità & Politrattamento	Conferma in cartella clinica	61.5%	★ ★ ★	92.4%
Qualità della vita	EQ-5D-5L	22.7%	★ ★ ★	93.4%
Alcol e dipendenze	Per alcol: Audit-C	60.7%	★ ★ ★	85.4%
	Alcol e di-pendenze			
Socioeconomico	Ulteriori domande di natura socioeco-nomica (reddito, situazione abitativa, figli)	73.8%	★ ★ ★	43.7%
Stigma	HIV Stigma Scale (12 item, Karolinska Institute)	95.2%	★ ★ ★	32.7%
Globale	Numero di domini alterati	96.3%	★ ★ ★	11.8%

Tabella 2 Risultati, studio MUSA

* Nessun paziente ha mostrato un'alterazione nel dominio funzionale.

Si ringraziano per la partecipazione allo studio MUSA

Per Unità di Malattie Infettive,
Dipartimento di Scienze Mediche,
Università degli Studi di Torino presso Ospedale
Amedeo di Savoia, ASL "Città di Torino"

Andrea Calcagno

Laura Petroli

Per ASST Fatebenefratelli,
Sacco, Ospedale L. Sacco, Milano

Maria Vittoria Cossu

Andrea Gori

Per Unità di Malattie Infettive,
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Paola Cinque

Martina Strano

Per Fondazione Policlinico Universitario
Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Chiara Comandè

Simona Di Giambenedetto

Carlo Torti

Per SS IMMUNODEFICIENZA,
Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Giordano Madeddu

Elena Muresu

Per U.O.C. Malattie Infettive,

Arnas Garibaldi, Catania

Benedetto Maurizio Celesia

Per U.O.C. Malattie Infettive, Università di Bari
"Aldo Moro", A.O.U. Policlinico di Bari

Mariacristina Polisenò

Per U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali,
Azienda Ospedale Università di Padova

Lorenza Barbisoni

Annamaria Cattelan

Maria Mazzitelli

ALLEGATO 2. Questionario di screening multidimensionale

1. Trova difficile fare due (o più) attività contemporaneamente come ad esempio:

- un'attività "fai da te" e ascoltare la radio allo stesso tempo?
- Cucinare e ascoltare la radio allo stesso tempo?

- ☐ Mai
- ☐ Qualche volta
- ☐ Spesso
- ☐ Sempre

2. Quando paga un oggetto in contanti, ha difficoltà a calcolare a mente se il resto risulta corretto?

- ☐ Mai
- ☐ Qualche volta
- ☐ Spesso
- ☐ Sempre

3. Uso dei medicinali

- ☐ Assumo i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
- ☐ Assumo i medicinali prescritti con qualche errore di dose o orario
- ☐ Assumo i medicinali solo se preparati in anticipo da qualcun altro
- ☐ Non riesco ad assumere correttamente le terapie da solo

4. Quanto è faticoso per lei rimanere in piedi per lunghi periodi (ad esempio più di 30 minuti)?

- ☐ Per nulla/Poco
- ☐ Moderatamente
- ☐ Molto
- ☐ Estremamente/Non riesco

5. Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato disturbato da ciascuno dei seguenti problemi?

a) Scarso interesse o piacere nel fare le cose

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

b) Sentirsi giù, depresso o disperato

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

6. Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato disturbato da ciascuno dei seguenti problemi?

a) Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

b) Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni

- ☐ Mai
- ☐ Alcuni giorni
- ☐ Per oltre la metà dei giorni
- ☐ Quasi ogni giorno

7. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto difficoltà a rimanere sveglio/a alla guida o nel corso di attività sociali?

- ☐ Mai
- ☐ Meno di 1 volta a settimana
- ☐ 1-2 volte a settimana
- ☐ 3 o più volte a settimana

8. Nell'ultimo mese, come valuta complessivamente la qualità del suo sonno?

- ☐ Molto buona
- ☐ Abbastanza buona
- ☐ Abbastanza negativa
- ☐ Cattiva

9. Negli ultimi 3 mesi, ha perso peso senza volerlo?

- ☐ No, il peso è rimasto stabile
- ☐ No, il mio peso è aumentato
- ☐ Sì, ho perso tra 1 e 3 kg
- ☐ Sì, ho perso più di 3 kg

10. Negli ultimi 3 mesi, sta mangiando poco per mancanza di appetito?

- ☐ No, sto mangiando come sempre
- ☐ No, sto mangiando più del solito
- ☐ Sì, ho notato una lieve riduzione dell'appetito
- ☐ Sì, ho notato una grave riduzione dell'appetito

11. Soffre di qualche malattia cronica?

- ☐ No
- ☐ Sì

11.1 Se sì indichi quale:

- ☐ Diabete mellito
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Scompenso Cardiaco
- ☐ Ipertrofia Prostatica
- ☐ BPCO
- ☐ Ansia generalizzata
- ☐ Sdr. Depressiva
- ☐ Steatosi epatica
- ☐ Cirrosi epatica
- ☐ Disfunzione erettile
- ☐ Osteoporosi
- ☐ Tumore Specificare:

☐ Altro Specificare:

12. Quanti farmaci assume oltre la terapia Antiretrovirale?

- ☐ Nessuno
- ☐ 1-5 farmaci
- ☐ 5-10 farmaci
- ☐ Oltre 10 farmaci

13. Come valuta complessivamente la sua qualità della vita?

- ☐ Molto buona
- ☐ Buona
- ☐ Scadente
- ☐ Molto scadente

14. È soddisfatta/o dei suoi rapporti personali con gli altri?

- ☐ Molto soddisfatta/o
- ☐ Soddisfatta/o
- ☐ Insoddisfatta/o
- ☐ Molto insoddisfatta/o

15. Quanti bicchieri di vino/lattine di birra/shot di superalcolici beve?

- ☐ Mai
- ☐ Occasionalmente
- ☐ 1-2 al giorno
- ☐ >2 al giorno

16. Con che frequenza fa uso di sostanze?

- ☐ Mai
- ☐ In passato
- ☐ Occasionalmente
- ☐ Tutti i giorni

17. Condizione lavorativa

- ☐ Ha un lavoro retribuito
- ☐ Non ha un lavoro retribuito

17.1 Se lavoro non retribuito:

- ☐ Casalinga
- ☐ Pensionato
- ☐ Studente
- ☐ Disoccupato
- ☐ In cerca di prima occupazione
- ☐ Altra condizione non lavorativa

18. Situazione abitativa

- ☐ Vive solo
- ☐ Vive con altri

19. Dire a qualcuno che ho l'HIV è rischioso

- ☐ Assolutamente in disaccordo
- ☐ In disaccordo
- ☐ In accordo
- ☐ Assolutamente d'accordo

20. Mi sento in colpa perché ho l'HIV

- ☐ Assolutamente in disaccordo
- ☐ In disaccordo
- ☐ In accordo
- ☐ Assolutamente d'accordo



“Coalition HIV – L’Italia ferma l’AIDS”, promossa da Fondazione The Bridge, è un gruppo di lavoro nato nel 2019 su iniziativa congiunta di clinici, associazioni di pazienti e aziende del settore farmaceutico, con l’obiettivo di riportare l’HIV e l’AIDS al centro dell’agenda politica nazionale.

Ogni anno, la Coalition individua temi di particolare rilevanza, che vengono approfonditi attraverso attività di ricerca dedicate, incontri di confronto multistakeholder e iniziative di sensibilizzazione istituzionale e pubblica.

La modalità di lavoro è collaborativa e orientata al risultato, con l’ambizione di contribuire a un cambiamento concreto delle politiche sanitarie, dell’accesso alle cure e della qualità di vita delle persone con HIV.

Nel corso degli anni, la Coalition ha costruito uno spazio di dialogo stabile tra società scientifica, istituzioni, rappresentanza politica e mondo dell’attivismo, promuovendo un approccio evidence-based e centrato sul paziente.

Inquadra il QR CODE per saperne di più e scaricare il questionario multidimensionale



Si ringrazia per il supporto incondizionato

