

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Il presente questionario è importante perché ci consente di fornirLe la miglior assistenza possibile. Le Sue risposte ci aiuteranno a capire i problemi che Lei può avere. La preghiamo, perciò, di rispondere con la massima precisione possibile.

	MAI	ALCUNI GIORNI	PIÙ DI METÀ DEI GIORNI	QUASI TUTTI I GIORNI
1) Durante le ultime due settimane, per quanti giorni..				
1a) ..ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose ?	0	1	2	3
1b) .. si è sentito/a giù di morale, depresso/a, senza speranze ?	0	1	2	3
1c) .. ha avuto problemi nell'addormentarsi, o nel rimanere addormentato, o ha dormito troppo ?	0	1	2	3
1d) .. ha avuto sensazione di stanchezza o di poca energia ?	0	1	2	3
1e) .. ha avuto poco appetito o mangiato troppo ?	0	1	2	3
1f) .. si è sentito arrabbiato con se stesso, o di essere un fallito, o di avere danneggiato se stesso o la sua famiglia?	0	1	2	3
1g) ... ha avuto difficoltà a concentrarsi su qualcosa, ad esempio leggere il giornale o guardare la TV ?	0	1	2	3
1h) .. ha avuto movimenti o parole talmente lenti da poter essere stati notati dagli altri. O, al contrario, è stato talmente irrequieto e instancabile, da muoversi molto più del solito ?	0	1	2	3
1i) ha pensato che sarebbe meglio essere morto, di farsi del male in qualche modo ?	0	1	2	3

__ + __ + __ = __

2) Se il paziente riporta uno o più disturbi, chiedere quanto questi problemi abbiano reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa, stare insieme agli altri :

**per niente
difficile**

[]

**abbastanza
difficile**

[]

**molto
difficile**

[]

**estremamente
difficile**

[]