

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9 (PHQ-9)

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato/a disturbato/a da ciascuno dei seguenti problemi? (Segni la Sua risposta con una "✓")	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù di morale, depresso o disperato	0	1	2	3
3. Difficoltà nell'addormentarsi, nel dormire senza svegliarsi, oppure dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso o eccessivo appetito	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in qualche modo	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Se ha contrassegnato uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi Le hanno reso difficile fare il Suo lavoro, occuparsi delle faccende domestiche o avere buoni rapporti con le altre persone?

Per niente difficile

Abbastanza difficile

Molto difficile

Estremamente difficile