

PHQ-9. QUESTIONARIO PER IDENTIFICARE CONDIZIONI DI DEPRESSIONE

PHQ-9 è uno strumento per screening, diagnosi, monitoraggio e misura della gravità della depressione. E' completato dal paziente in pochi minuti e il punteggio calcolato dal medico. PHQ-9 può essere somministrato ripetutamente allo scopo di misurare il trend della depressione sotto terapia.

NOME E COGNOME DATA.....

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso sei stato disturbato da qualcuno dei seguenti problemi?	Mai	Qualche giorno	Più della ½ dei giorni	Quasi tutti i giorni
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
Sentirsi "giù", di cattivo umore, disperato	0	1	2	3
Soffrire d'insonnia o dormire troppo	0	1	2	3
Sentirsi stanco o con poche energie	0	1	2	3
Avere scarso appetito o perso peso o essere bulimico	0	1	2	3
Sentirsi contrariato, "un fallito", lasciarsi andare o sentirsi abbandonato dalla famiglia	0	1	2	3
Difficoltà nel concentrarsi sulle cose, per es. nel leggere il giornale o nel guardare la TV	0	1	2	3
Muoversi o parlare lentamente tanto da non essere compreso da altri. Oppure, sentirsi agitato e muoversi più del solito	0	1	2	3
Pensare che sarebbe meglio morire o ferirsi in qualche modo	0	1	2	3
TOTALE				

In presenza di qualcuno dei problemi sopra descritti, quanto la loro presenza ha reso difficile il tuo lavoro, l'aver cura della tua casa o lo stare con altre persone?

Nessuna difficoltà; Qualche difficoltà; Molto difficile; Estremamente difficile

QUESTIONARIO PHQ- 9. INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Punteggio	Diagnosi provvisoria	Trattamento /Raccomandazioni
5-9	Sintomi minimi	Supporto. Follow up mensile e/o su richiesta
10-14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressione minore ▪ Distimia ▪ Depressione maggiore lieve 	Supporto, monitoraggio Antidepressivi o psicoterapia Antidepressivi o psicoterapia
15-19	Depressione maggiore, moderatamente severa	Antidepressivi o psicoterapia
>20	Depressione maggiore severa	Antidepressivi e psicoterapia

PHQ-9- ADOLESCENTI - DOMANDE AGGIUNTIVE

1. I tuoi sintomi di depressione durano da più di due anni?	SI	NO	N/A	
2. In passato hai avuto sintomi simili per almeno due settimane? Se sì, quante volte?	SI	NO	N/A	
3. In passato hai ricevuto counseling per depressione?	SI	NO	N/A	
4. In passato hai preso farmaci per la depressione? Ti hanno aiutato?	SI	NO	N/A	
5. Se hai preso farmaci per la depressione, ti hanno procurato problemi?	SI	NO	N/A	
6. Hai mai pensato di ferirti o di ucciderti?	SI	NO	N/A	
7. Nella tua famiglia qualcuno ha mai tentato il suicidio o l'ha fatto?	SI	NO	N/A	
8. In qualche momento della tua vita, hai avuto periodi in cui sei stato l'opposto dell'essere depresso: molto "su di giri" o con molta energia? Non sentivi necessità di dormire? Cerchia "sì" se hai avuto questi sintomi, sono durati almeno alcuni giorni e ti hanno provocato guai	SI	NO	N/A	
9. Nelle ultime due settimane, hai sentito o visto cose che altri non potevano vedere o sentire e che in realtà non esistevano?	SI	NO	N/A	
10. Qualcuno ti ha mai colpito in un modo da metterti a disagio o fatto paura?	SI	NO	N/A	
11. Recentemente hai sofferto per la morte di un amico o di un familiare?	SI	NO	N/A	
12. Hai difficoltà scolastiche?	SI	NO	N/A	
13. Hai avuto problemi di violenza o di qualche tipo di bullismo?	SI	NO	N/A	
14. Sei salito in macchina guidata da qualcuno (o da te) sotto effetto di alcol o droga?	SI	NO	N/A	
15. Usi alcol o droga per rilassarti o sentirti meglio o in forma?	SI	NO	N/A	
16. Usi alcol o droga anche quando sei solo?	SI	NO	N/A	
17. Qualcuno della famiglia o dei tuoi amici ti ha mai detto di smettere?	SI	NO	N/A	
18. Ti sei mai dimenticato di fare delle cose quando hai usato alcol o droghe?	SI	NO	N/A	
19. Ti sei mai messo nei guai quando hai usato alcol o droga?	SI	NO	N/A	
20. Nelle ultime due settimane, quante volte ti sei arrabbiato per i problemi sotto citati?				
▪ Sentirti nervoso, ansioso, o "su di giri"	Mai	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
▪ Non essere in grado di controllare le tue preoccupazioni	Mai	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno

N/A; non applicabile

RIFERIMENTI.

<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

<https://www.mdcalc.com/phq-9-patient-health-questionnaire-9#why-use>

ASPIC ODV Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso

Sede c/o Centro SERVIZI Vol.To, Via Giolitti 21, 10123 Torino

CF. 97574720013 www.aspicodv.com +39 3516880604 aspicodv@gmail.com

