



Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Sex: Male  Female  Unknown   
Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

## Risultati: Questionario Salute Mentale (MHI)

- L'MHI è costituito da domande su come l'utente si sente e come se la cava con la gestione delle sue normali attività. Fornisce informazioni misurabili sul benessere dell'utente.
- Richiede un po' di tempo per essere completato.
- Il questionario potrà essere presentato agli utenti all'inizio del contatto con la struttura di salute mentale pubblica, per essere revisionato ad intervalli regolari durante il trattamento, e quando il trattamento è stato completato.
- L' MHI fornisce al personale medico molte più informazioni di quante potrebbe ottenerne in un solo colloquio
- Le informazioni ottenute dal questionario saranno analizzate e I risultati saranno resi noti agli utenti.
- I risultati dei vari questionari completati durante il trattamento potranno essere paragonati. Questo è un modo efficace per notare cambiamenti durante il trattamento.
- Qualora si richiedessero ulteriori informazioni ci si può rivolgere ad un membro del personale sanitario.

Ci si deve aspettare che il clinico della salute mentale:

- Sia sinceramente interessato alle risposte del questionario
- Continui il completamento del questionario con un invito a parlare sulle risposte e a discuterne la tua percezione.
- Parli con te sui risultati di ambedue I questionari degli utenti e dei clinici.
- Usi i risultati dei questionari quando discute lo sviluppo di un programma di trattamento individuale.
  
- È importante che gli utenti completino da soli il questionario. Nel caso ti occorra supporto o assistenza, rivolgiti ad un membro del personale.
- Per favore leggi ogni domanda e metti un segno nella casella vicina a QUELLA frase che meglio descrive come sono andate le cose PER TE durante il mese scorso . Non ci sono risposte giuste né sbagliate.

### 1 ***Durante il mese scorso, quanto ti sei sentito felice, soddisfatto/a, o compiaciuto/a nella tua vita privata ? (Segna una casella sola)***

- 1  Estremamente felice, non avrei potuto star meglio
- 2  Molto felice per la maggior parte del tempo.
- 3  Generalmente soddisfatto/a, ed appagato/a
- 4  A volte abbastanza soddisfatto/a, a volte abbastanza triste
- 5  Generalmente insoddisfatto/a, infelice
- 6  Molto insoddisfatto/a, infelice per la maggior parte del tempo



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**2** *Durante lo scorso mese per quanto tempo ti sei sentito solo/a? (Segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**3** *Durante lo scorso mese, quante volte sei diventato/a nervoso/a o agitato/a davanti a situazioni emotive o inaspettate? (Segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**4** *Durante lo scorso mese quante volte ti sei sentito/a che il tuo futuro era pieno di speranze e promettente? (Segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**5** *Durante lo scorso mese per quanto tempo è stata piena di cose interessanti la tua vita quotidiana? (Segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**6** *Quante volte, durante lo scorso mese, ti sei sentito/a rilassato/a e senza tensioni? (Segna una sola casella)*

- |   |                          |                       |   |                          |               |
|---|--------------------------|-----------------------|---|--------------------------|---------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 | <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 | <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 | <input type="checkbox"/> | Mai           |

**7** *Durante lo scorso mese quante volte hai trovato soddisfazione o piacere nelle cose che hai fatto? (Segna una sola casella)*

- |   |                          |                         |   |                          |               |
|---|--------------------------|-------------------------|---|--------------------------|---------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sempre                  | 4 | <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Quasi sempre            | 5 | <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Buona parte delle volte | 6 | <input type="checkbox"/> | Mai           |

**8** *Durante lo scorso mese hai avuto motivo di pensare che stavi perdendo la ragione o perdendo il controllo delle tue azioni e delle tue parole, pensieri, sentimenti, o della memoria? (Segna una sola casella)*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Forse un po'                                   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Si, ma non abbastanza da esserne preoccupato/a |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Si, e ne sono stato/a un po' preoccupato/a     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Si, e ne sono abbastanza preoccupato/a         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Si, e ne sono molto preoccupato/a              |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**9** ***Durante lo scorso mese ti sei sentito/a depresso/a? (Segna una sola casella)***

- 1  Sì, al punto di non curarmi di niente per giorni interi
- 2  Sì, molto depresso/a quasi tutti i giorni
- 3  Sì, abbastanza depresso/a parecchie volte
- 4  Sì, un pò depresso/a ogni tanto
- 5  No, non mi sono mai sentito/a depresso/a

**10** ***Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a apprezzato/a, amato/a? (segna una sola casella)***

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |

**11** ***Durante lo scorso mese, per quanto tempo ti sei sentito/a nervoso/a? (segna una sola casella)***

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |

**12** ***Nel mese scorso, quando ti sei alzato al mattino, quante volte ti sei aspettato/a d'avere una giornata interessante? (segna una sola casella)***

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**13** *Durante lo scorso mese quante volte ti sei sentito/a teso/a o ipersensibile? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**14** *Durante lo scorso mese sei stato/a in pieno controllo del tuo comportamento, dei tuoi pensieri, emozioni o sentimenti? (segna una sola casella)*

- |                            |                                    |                            |                                |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Si, assolutamente                  | 4 <input type="checkbox"/> | No, non troppo                 |
| 2 <input type="checkbox"/> | Si, per la maggior parte del tempo | 5 <input type="checkbox"/> | No, e ne sono un po' turbato/a |
| 3 <input type="checkbox"/> | Si, penso di si                    | 6 <input type="checkbox"/> | No, e ne sono molto turbato/a  |

**15** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sono tremate le mani quando cercavi di fare qualcosa? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**16** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a di non aver niente su cui sperare ? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**17** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a calmo/a e tranquillo/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**18** *Per quanto tempo, durante lo scorso mese, ti sei sentito/a emotivamente stabile? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**19** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a sconfortato/a e triste? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**20** *Durante lo scorso mese, quante volte ti è venuta voglia di piangere? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**21** *Durante lo scorso mese, quante volte hai pensato che gli altri starebbero meglio se tu fossi morto/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Sex: Male  Female  Unknown   
Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**22** *Durante lo scorso mese, quante volte sei stato/a capace di rilassarti senza difficoltà ? (segna una sola casella)*

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |

**23** *Durante lo scorso mese, quante volte hai sentito che le tue relazioni amorose e cioè amare ed essere amato/a, erano di piena soddisfazione? (segna una sola casella)*

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |

**24** *Durante lo scorso mese, quante volte hai pensato che niente ti riusciva nel modo in cui volevi? (segna una sola casella )*

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> Mai           |

**25** *Durante lo scorso mese quanto ti ha infastidito il tuo nervoso? (segna una sola casella)*

- Estremamente, al punto di non poter far nulla
- Molto infastidito
- Piuttosto infastidito
- Un pò infastidito, abbastanza da rendermene conto
- Appena infastidito
- Non infastidito per niente

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**26** *Durante lo scorso mese. Quante volte la tua vita è stata una meravigliosa avventura? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**27** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a così giù che niente ti poteva tirar sù? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**28** *Durante lo scorso mese, quante volte hai pensato a toglierti la vita? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |           |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 4 <input type="checkbox"/> | Una volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 5 <input type="checkbox"/> | Mai       |
| 3 <input type="checkbox"/> | Un paio di volte  |                            |           |

**29** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a agitato/a, irrequieto/a, o impaziente? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**30** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a di malumore o pensieroso/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**31** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a allegro/a, spensierato/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**32** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a irritato/a o sconvolto/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**33** *Durante lo scorso mese ti sei sentito/a ansioso/a o preoccupato/a? (segna una sola casella)*

- |                            |   |                            |                                 |
|----------------------------|---|----------------------------|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Si, estremamente, al punto di ammalarmi o quasi | 4 <input type="checkbox"/> | Si, abbastanza da impensierirmi |
| 2 <input type="checkbox"/> | Si, moltissimo                                  | 5 <input type="checkbox"/> | Si, un pò                       |
| 3 <input type="checkbox"/> | Si, piuttosto                                   | 6 <input type="checkbox"/> | No, per niente                  |

**34** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a contento/a? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |



Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**35** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei accorto/a che ti dovevi calmare? (segna una sola casella)*

- |                            |                   |                            |               |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre            | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Molto spesso      | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Abbastanza spesso | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**36** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei sentito/a giù o molto giù di morale ? (segna una sola casella)*

- |                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre                | 4 <input type="checkbox"/> | Qualche volta |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi sempre          | 5 <input type="checkbox"/> | Raramente     |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buona parte del tempo | 6 <input type="checkbox"/> | Mai           |

**37** *Durante lo scorso mese, quante volte ti sei svegliato/a e sentito/a fresco /a e riposato/a ? (segna una sola casella)*

- |                            |                             |                            |                                 |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sempre, tutti I giorni      | 4 <input type="checkbox"/> | Alcuni giorni, ma non di solito |
| 2 <input type="checkbox"/> | Quasi tutti I giorni        | 5 <input type="checkbox"/> | Quasi mai                       |
| 3 <input type="checkbox"/> | La maggior parte dei giorni | 6 <input type="checkbox"/> | Mai svegliato/a riposato/a      |

**38** *Durante lo scorso mese, ti sei sentito/a sotto sforzo, sotto stress o sotto tensione ? (segna una sola casella)*

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Si, quasi più del sopportabile    |
| 2 <input type="checkbox"/> | Si., piuttosto sotto pressione    |
| 3 <input type="checkbox"/> | Si, più del solito                |
| 4 <input type="checkbox"/> | Si, qualche volta, ma nella norma |
| 5 <input type="checkbox"/> | Si, un pò                         |
| 6 <input type="checkbox"/> | No, per niente                    |

Data di completamento :  /  /

**Grazie molto per il vostro aiuto**

© RAND Corporation (permission granted)