



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

Data di completamento : / /

Grazie molto per il vostro aiuto

© RAND Corporation (permission granted)