



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di laurea Magistrale**

**L'auto-aiuto non guidato come risorsa per il supporto  
psicologico: caso studio tra gli studenti dell'Università  
di Padova in attesa di trattamento**

**Unguided self-help as a resource for psychological support: case study  
among University of Padua students awaiting treatment**

*Relatrice*

**Prof.ssa Ioana Alina Cristea**

*Laureanda: Irene Cammilli*

*Matricola: 2085608*

Anno Accademico 2023/2024

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUZIONE</b> .....   | 2  |
| <b>CAPITOLO I: DESCRIZIONE E APPLICAZIONI DEI PROTOCOLLI DI AUTO-AIUTO</b> .....  | 8  |
| <b>I.I Vantaggi e svantaggi degli interventi di auto-aiuto</b> .....  | 10 |
| <b>I.II Impiego dell’auto-aiuto su persone in attesa di trattamento</b> .....   | 12 |
| <b>I.III Protocolli di auto-aiuto: un supporto per gli studenti universitari</b> .....  | 15 |
| <b>I.IV L’auto-aiuto all’interno dell’approccio Stepped-Care</b> .....  | 18 |
| <i>Talking Therapies: il modello Stepped-Care anglosassone</i> .....  | 19 |
| <i>Interventi brevi e Self-Help Plus: le proposte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità</i> .....                                     | 21 |
| <b>CAPITOLO II: METODOLOGIA</b> .....   | 26 |
| <b>II.I Disegno di ricerca</b> .....  | 26 |
| <b>II.II Partecipanti e suddivisione del campione</b> .....   | 27 |
| <b>II.III Setting: il Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici</b> .....   | 30 |
| <b>II. IV Misure di esito: PHQ-9, GAD-7, WSAS</b> .....   | 33 |
| <b>II.V Trattamento implementato</b> .....  | 35 |
| <b>II.VI Metodologia statistica: Interrupted Time Series</b> .....  | 36 |
| <b>II.VII Analisi dei dati</b> .....  | 42 |
| <b>CAPITOLO III: RISULTATI</b> .....  | 45 |
| <b>III.I Caratteristiche descrittive</b> .....  | 45 |
| <b>III.II Principali risultati</b> .....  | 45 |
| <i>Depressione</i> .....  | 49 |
| <i>Ansia</i> .....  | 50 |
| <i>Funzionamento complessivo</i> .....  | 51 |
| <b>III.III Esiti dell’utilizzo del Servizio di Assistenza Psicologica (SAP-CP)</b> .....  | 53 |
| <b>CAPITOLO IV: DISCUSSIONE</b> .....   | 55 |
| <b>IV.I Analisi dei risultati, punti di forza e limiti dello studio</b> .....   | 55 |
| <b>IV.II Trattamenti a bassa intensità: una risorsa crescente per fronteggiare le liste d’attesa e promuovere la salute mentale</b> ..... | 58 |
| <b>IV.III Prospettive future</b> .....  | 64 |
| <b>CONCLUSIONE</b> .....  | 66 |
| <b>BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO</b> .....  | 67 |

## INTRODUZIONE

In Italia si stima che oltre il 7% della popolazione tra i 18 e i 64 anni abbia sofferto di almeno un disturbo mentale comune nell'ultimo anno e, quasi il 19% abbia sperimentato almeno un episodio nel corso della vita. Tuttavia, molte persone non si rivolgono a strutture sanitarie, nonostante presentino sintomi riconducibili a disturbi d'ansia o depressione. Si stima, infatti, che la prevalenza trattata della depressione sia solo dello 0,39%, mentre quella delle sindromi ansiose sia pari allo 0,23% (Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione", 2022). I trattamenti farmacologici risultano essere quelli maggiormente somministrati, tanto che l'80% delle persone che si rivolgono alle cure primarie per sintomi depressivi riceve una terapia a base di antidepressivi, a discapito di trattamenti psicologici. Tuttavia, i confronti tra terapie psicologiche e farmacologiche non evidenziano differenze significative nell'efficacia per la riduzione dei sintomi depressivi o ansiosi, con un vantaggio per le terapie psicologiche combinate (Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione", 2022).

La maggior parte dei soggetti con disturbi mentali presenta sintomi lievi o sottosoglia, rendendo complessa la classificazione e la diagnosi. I disturbi sottosoglia possono rappresentare sintomi prodromici, o residuali, o ancora essere parte dell'evoluzione nel tempo del disturbo diagnosticabile: in ogni caso trattarli consentirebbe di modificare in senso favorevole l'evoluzione del disturbo, nonostante evidenze alternative dimostrino l'elevato tasso di remissione spontanea di tali sintomi. Questi sintomi, se non trattati, possono influenzare significativamente la qualità di vita e aumentare il rischio di sviluppare disturbi maggiori; pertanto, l'accesso alle terapie psicologiche per le persone con sintomi sottosoglia può essere indicato non solo a fini preventivi ma anche per ridurre il disagio, il disfunzionamento e i costi sanitari e sociali che i sintomi comportano (Cuijpers & Smit, 2004).

Gli studenti universitari rappresentano una popolazione particolarmente suscettibile allo sviluppo di disturbi mentali. Lo stress accademico, le pressioni sociali e i cambiamenti tipici di questa fase di vita possono favorire l'insorgenza di problemi psicologici, poiché frequentare l'università coincide spesso con un periodo critico per lo sviluppo di problemi di salute mentale. Il disagio psicologico, che comprende sintomi che spaziano dalle normali fluttuazioni dell'umore fino a disturbi mentali gravi, è sempre più comune tra gli studenti universitari e può avere conseguenze significative sul benessere individuale.

Uno studio della *World Mental Health International College Student*, condotto dalla *World Health Organization* (WHO WMH-ICS), ha coinvolto 19 università in otto paesi (Australia, Belgio, Germania, Messico, Irlanda del Nord, Sudafrica, Spagna e Stati Uniti) con l'obiettivo di stimare la prevalenza e i fattori sociodemografici associati ai disturbi mentali tra gli studenti del primo anno. Il sondaggio, basato su questionari di autovalutazione, ha esaminato sei disturbi mentali comuni (depressione maggiore, mania/ipomania, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico, disturbo da uso di alcol e da uso di sostanze) sia nel corso della vita che a 12 mesi secondo il DSM-IV. Sul campione di 13.984 studenti intervistati, la prevalenza per almeno uno dei disturbi comuni durante il corso della vita è stata del 35%, mentre la prevalenza a 12 mesi per almeno un disturbo mentale era del 31%. I disturbi più comuni erano il disturbo depressivo maggiore (18,5%) e il disturbo d'ansia generalizzato (16,7%). Un quinto del campione ha riportato anche una grave compromissione del ruolo in più aree della vita, che comprendevano la gestione domestica, attività universitarie e lavorative, relazioni personali e la vita sociale. (Auerbach et. al., 2018).

Un precedente studio del *World Mental Health* della *World Health Organization* (WHO) condotto nel 2016 su un campione rappresentativo di 1572 studenti universitari provenienti da 21 paesi diversi, ha stimato una prevalenza a 12 mesi per qualsiasi disturbo mentale pari al 20,3%. I disturbi d'ansia sono risultati i più comuni con una prevalenza del 11,7%, seguiti dai disturbi dell'umore (6%). Solo circa il 15% degli studenti con disturbi aveva ricevuto cure minimamente adeguate nell'anno precedente l'intervista. Questo rapporto si basava su una gamma più ampia di disturbi del DSM-IV e la maggior parte delle valutazioni dei disturbi risultavano

maggiormente approfondite rispetto all'analisi condotta dal WHO WMH-ICS (Auerbach et. al., 2016). Gli studenti con disturbi mentali presentano una compromissione funzionale che può riguardare diverse aree della vita, tra cui le relazioni sociali e personali, la carriera accademica e quella lavorativa (Alonso et. al., 2018). In aggiunta, le stime internazionali tra gli studenti suggeriscono che circa il 4,3% ha tentato il suicidio nel corso della propria vita. Le conseguenze a breve e lungo termine delle difficoltà di salute mentale possono essere significative, come peggiori risultati accademici, rottura delle relazioni interpersonali ed esclusione dal mercato del lavoro. Inoltre, gli attuali studenti affrontano pressioni finanziarie e accademiche maggiori rispetto a 20 anni fa, il che può contribuire a peggiorare la loro salute mentale. Questi dati indicano un forte bisogno di servizi di assistenza psicologica all'interno di questa popolazione (Osborn et. al., 2022).

L'aumento del disagio psicologico tra gli studenti e la crescente consapevolezza sulla salute mentale ha portato a un drastico incremento nell'utilizzo dei servizi di assistenza psicologica nelle università. Lo studio *Healthy Minds*, ad esempio, ha rilevato che la percentuale di studenti universitari statunitensi che accedevano a trattamenti per la salute mentale è passata dal 19% nel 2007 al 34% nel 2017 (Lipson et. al., 2019). Il crescente numero di richieste ha sovraccaricato i servizi, spesso costretti a implementare liste d'attesa, con il rischio di ritardi o cure inadeguate, che possono scoraggiare gli studenti dal cercare aiuto. Una revisione sistematica dei servizi di salute mentale per studenti ha evidenziato un'ampia eterogeneità nell'offerta, con una variabilità significativa nel numero di studenti che vi accedono. Complessivamente, circa un terzo degli studenti utilizza questi servizi durante il periodo universitario, e l'utilizzo tende ad aumentare con una maggiore disponibilità di supporto. Tuttavia, molti studenti possono essere riluttanti a cercare un trattamento professionale per la salute mentale, spesso per la difficoltà nel riconoscersi come affetti da un disturbo mentale e per il timore dello stigma sociale. Inoltre, le esigenze di salute mentale potrebbero non essere adeguatamente soddisfatte nei centri di consulenza universitaria, poiché gli interventi faccia a faccia richiedono generalmente un alto impiego di risorse umane (Armanvermez et. al., 2022). Alla luce di queste barriere, offrire interventi basati sull'evidenza in

formato di auto-aiuto per la gestione dello stress potrebbe rappresentare un'opzione più pratica e psicologicamente più accettabile.

Un intervento di auto-aiuto è definito come un intervento standardizzato in cui i partecipanti seguono un manuale o protocollo autonomamente, senza il supporto diretto di un professionista o terapeuta (Cuijpers e Schuurmans, 2007). In alcuni casi, tali interventi possono essere facilitati da un professionista qualificato o proposti in formato di gruppo, per favorire l'aderenza e sfruttare i processi di gruppo per amplificare gli effetti terapeutici. Tuttavia, possono anche essere interamente auto-somministrati da singoli individui. Questi interventi hanno un enorme potenziale per essere implementati su larga scala, grazie ai costi contenuti, alla flessibilità di utilizzo e alla capacità di superare barriere legate al sistema, come le lunghe liste di attesa, e ostacoli di tipo attitudinale, come l'imbarazzo o la preferenza per l'autogestione. In particolare, gli interventi di gestione dello stress auto-somministrati possono risultare più accettabili per gli studenti universitari rispetto ad altre fasce di popolazione, grazie alla loro maggiore alfabetizzazione digitale. Un recente studio ha evidenziato un piccolo ma statisticamente significativo effetto positivo degli interventi di gestione dello stress autoguidati, in termini di riduzione dello stress percepito, della depressione e dell'ansia (Armanvermez et. al., 2022). Considerando l'impatto elevato dei sintomi sottosoglia, l'aumento della pressione psicologica sugli studenti e le conseguenti liste d'attesa, è fondamentale adottare strumenti di supporto che possano alleggerire i servizi esistenti, oltre a offrire un sistema di prevenzione e trattamento precoce. Ampliare l'offerta di trattamenti per i disturbi mentali comuni diventa quindi una priorità, visto che, anche nei servizi specialistici di salute mentale in Italia, solo l'8% dei pazienti con disturbi depressivi accede a psicoterapie (Barbato et al., 2016)

Il presente lavoro si propone di indagare, sia a livello teorico che empirico, l'efficacia di un intervento di auto-aiuto rivolto agli studenti in attesa di un trattamento psicologico presso il Servizio di Assistenza Psicologica – Consulenza Psicologica dell'Università di Padova (SAP-CP). Il SAP-CP è parte del Centro di Ateneo per i Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP), che raccoglie diversi servizi psicologici volti alla promozione della prevenzione e del benessere psicologico che, rivolgendosi a studenti, dipendenti, familiari e alla popolazione

generale tenta di offrire interventi per una vasta gamma di problematiche. In particolare, il SAP-CP si occupa di difficoltà relazionali ed emotive, disturbi dell'umore, problemi comportamentali come la gestione della rabbia e dell'aggressività, stress, ansia, e problematiche legate al rendimento accademico (SCUP, 2021). A partire da giugno 2022, il servizio ha iniziato a distribuire a tutti gli studenti in cerca di supporto un opuscolo digitale per la gestione dello stress, “*Doing What Matters in Time of Stress: an illustrated guide*” (DWM), sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2020) e disponibile in lingua italiana. Per valutare l'impatto di questo intervento, è stata adottata la metodologia statistica del disegno a Serie Temporal Interrotte (*Interrupted Time Series - ITS*), un robusto disegno quasi-sperimentale, al fine di verificare se il DWM, erogato in modalità non guidata e con un ridotto impiego di risorse, potesse contribuire a ridurre i livelli di depressione, ansia e a migliorare il funzionamento degli studenti, misurate rispettivamente con il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) e *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS), durante il periodo di attesa per la terapia in presenza.

La tesi è articolata in quattro capitoli. Il primo capitolo fornisce una revisione della letteratura riguardante l'auto-aiuto, con attenzione agli interventi psicologici in ambito universitario e al loro potenziale nel ridurre le liste d'attesa. Viene presentato anche il modello anglosassone *Talking Therapies*, che integra l'auto-aiuto all'interno di percorsi di trattamento progressivi, definiti *Stepped-Care*. Inoltre, vengono descritti i protocolli Self Help Plus (SH+) e il modello di interventi brevi sviluppati Organizzazione Mondiale della Sanità, evidenziando le loro caratteristiche e il loro potenziale. Il secondo capitolo descrive la metodologia adottata, dalla selezione del campione alla raccolta dei dati. Vengono delineate le misure di esito utilizzate e l'intervento basato sul manuale DWM. Inoltre, viene presentata la metodologia ITS, evidenziando le sue caratteristiche e limitazioni e infine viene mostrata l'analisi statistica. Il terzo capitolo espone i risultati della ricerca, iniziando con le caratteristiche del campione e continuando con i risultati dell'analisi ITS applicati alle misure di esito (GAD-7, PHQ-9 e WSAS), sia pre che post-intervento. Vengono anche presentati alcuni esiti emersi dall'uso del SAP-CP. Il quarto e ultimo capitolo è dedicato alla discussione dei risultati in relazione al

quadro teorico proposto. Questa sezione si suddivide in tre parti: un'analisi dei risultati con una discussione sui punti di forza e i limiti dello studio; una valutazione dell'impiego di interventi a bassa intensità per ridurre le liste d'attesa e promuovere la salute mentale nei centri di assistenza psicologica universitari; e, infine, una riflessione sulle prospettive future.

Pertanto, il presente studio mira ad offrire un'ulteriore dimensione di comprensione sull'efficacia degli strumenti di auto-aiuto e sulla loro integrazione nei servizi psicologici universitari, al fine di promuovere il benessere degli studenti e favorire un accesso più equo alle cure.



## **CAPITOLO I: DESCRIZIONE E APPLICAZIONI DEI PROTOCOLLI DI AUTO-AIUTO**

L'auto aiuto può essere definito come un trattamento psicologico in cui il paziente segue, più o meno autonomamente, un protocollo standardizzato. Quest'ultimo include una guida in cui sono descritti i passi che il paziente può compiere per applicare a sé stesso un trattamento psicologico.

Gli approcci di auto-aiuto sono caratterizzati da due particolari caratteristiche:

- richiedono un input da parte di un professionista nullo o minimo
- includono istruzioni su come gli utenti possono migliorare le proprie capacità di affrontare e gestire le loro difficoltà, portando un miglioramento delle abilità di autogestione

Pertanto, sarebbe sbagliato usarlo in modo interscambiabile con termini come autogestione, autoistruzione, autocura o interventi psicoeducativi, in quanto l'autoaiuto implica più che fornire informazioni; si tratta infatti, di un approccio strutturato che richiede agli utenti di agire attivamente (Lewis et. al., 2002, Cuijpers & Schuurmans, 2007).

L'auto-aiuto pone il focus su sforzi autoguidati, in contrasto con quelli guidati da professionisti, per affrontare i problemi della vita. Può comportare l'autosufficienza, in cui una persona affronta tali problemi da sola (ad esempio, leggendo libri di auto-aiuto), oppure può unirsi ad altri individui per affrontare insieme preoccupazioni comuni, come nei gruppi di auto-aiuto. La maggior parte degli interventi di auto-aiuto si basa su tecniche proprie della terapia cognitivo comportamentale, in quanto queste tendono a essere semplici e suddivisibili in fasi relativamente facili, a differenza di altri interventi psicologici comuni, come quelli psicodinamici o interpersonali (Lewis et. al., 2002, Cuijpers & Schuurmans, 2007, Spek et. al., 2007).

In relazione al supporto percepito, si possono identificare diverse tipologie di erogazione di auto-aiuto:

- Auto-aiuto non guidato: non prevede supporto professionale o assistenza di altro tipo. Il paziente può interrompere in qualsiasi momento il trattamento. È possibile usufruire del protocollo tramite manuali cartacei, internet, dal telefono o dal computer.
- Auto-aiuto guidato: si tratta di un intervento indipendente in cui è presente il supporto fornito da un professionista della salute mentale o da individui con esperienza diretta. I manuali forniti vengono consultati autonomamente, ma viene prestabilito un contatto a orari regolari. I contatti sono brevi e non mirano a sviluppare una relazione tradizionale tra paziente e terapeuta, hanno invece lo scopo principale di fornire ulteriori spiegazioni sul metodo, quando necessario, e di sostenere e stimolare il paziente a continuare il trattamento. I contatti possono avvenire per telefono, per e-mail o con qualsiasi altro mezzo di comunicazione.
- Auto-aiuto come supporto alla terapia faccia a faccia: il protocollo in questo caso può fungere da supporto a un trattamento terapeutico regolare, fornendo la possibilità di accelerare le tempistiche previste per il raggiungimento di obiettivi, o fornire al paziente l'opportunità di imparare i principi su cui si basa la terapia che sta sperimentando. Il supporto tramite auto-aiuto potrebbe avvenire anche per iniziare a trattare un problema correlato che non è al centro della terapia ma interferisce col funzionamento del paziente.

Gli interventi di auto aiuto in formato scritto sono disponibili attraverso librerie, biblioteche e internet. Molto spesso viene utilizzato un formato interattivo, con moduli di studio, questionari, attività strutturate e feedback sui progressi. Spesso includono anche vignette che riproducono casi o situazioni della vita reale e schede di lavoro. A supplemento del materiale scritto può essere fornito materiale audio o video. Gli strumenti possono essere forniti anche in formato multimediale, che può essere adatto a coloro che non amano lavorare con i libri o che hanno livelli di alfabetizzazione più bassi (Cuijpers & Schuurmans, 2007). Tra strumenti tecnologici attraverso i quali possono essere forniti gli interventi di self-help rientrano l'uso di computer, internet, dispositivi mobili, app e dispositivi digitali. Come per le altre tipologie di auto-aiuto, l'erogazione può avvenire in presenza di

un moderato o in assenza supporto esterno. L'auto-aiuto basato su internet può permettere agli operatori sanitari di offrire un accesso semplice ed economico a trattamenti psicologici, riducendone i costi (Karyotaki et. al.,2021). Gli interventi digitali possono essere vantaggiosi, rispetto ad altri metodi di erogazione, perché sono facilmente accessibili, consentono “la salvaguardia” della privacy, sono potenzialmente più economici e possono essere facilmente personalizzati e adattati alle esigenze e agli interessi individuali (Taylor et. al.,2021).

I materiali di auto aiuto possono essere utilizzati da soli, in caso di sintomatologia lieve o sottosoglia, o come completamento a percorsi psicoterapici o terapia farmacologica, e sono stati sviluppati per trattare molteplici problemi legati alla salute mentale e fisica, come: disturbi d'ansia (Spek et. al.,2007), depressione (Spek et. al.,2007, Karyotaki et. al., 2017), disturbi cronici (Beatty & Lambert, 2013), alcolismo (Vangrunderbeek et. al.,2022), disturbi alimentari (Traviss-Turner et. al., 2017) e fumo (Brandon et. al., 2017). Alcuni studi hanno valutato gli interventi di auto-aiuto anche a scopo preventivo. Secondo la metanalisi condotta da Edge et. Al. (2023) sembrano essere efficaci nel prevenire l'incidenza della depressione, prevalentemente come parte di un approccio di prevenzione in soggetti con problemi di salute mentale co-morbosi. Inoltre, sono emerse evidenze sull'efficacia degli interventi di auto-aiuto non guidato nel trattamento dei sintomi depressivi negli adulti. Questi approcci possono rivelarsi particolarmente vantaggiosi per coloro che hanno un accesso limitato alla terapia tradizionale o che temono lo stigma. Tuttavia, è fondamentale ricordare che tali interventi potrebbero non essere adatti a tutti gli individui o a tutte le problematiche di salute mentale (Tong et. al., 2024).

## **I.I Vantaggi e svantaggi degli interventi di auto-aiuto**

Uno dei primi vantaggi da sottolineare è che i trattamenti di auto-aiuto possono far risparmiare tempo al terapeuta. Tuttavia, per ottimizzare l'effetto del trattamento sembrano essere più efficaci gli interventi guidati rispetto a quelli non guidati (Spek et. al., 2007).

L'altro vantaggio fondamentale degli interventi di auto aiuto è riuscire a raggiungere individui che presentano problemi o disturbi che non possono essere trattati con le forme di trattamento più tradizionali. Questo può avvenire per stigma, per pregiudizio, per mancanza di volontà nel parlare a sconosciuti dei propri problemi o per ostacoli di tipo fisico: gli interventi basati su Internet sono particolarmente interessanti per questa popolazione, poiché il contatto con professionisti e ricercatori può essere mantenuto al minimo. La mancanza di trattamento potrebbe esser dovuta anche all'incapacità da parte del personale sanitario di riconoscere la problematica psicologica esperita dal paziente. Gli interventi di auto-aiuto, inoltre, possono permettere ai pazienti di lavorare al proprio ritmo, eliminando la necessità di fissare appuntamenti con un professionista, questo può comportare un risparmio sul tempo di viaggio, e può facilitare la riduzione del pregiudizio di andare da un terapeuta, pur mantenendo un lavoro psicologico attivo (Cuijpers & Schuurmans, 2007). L'auto-aiuto erogato tramite web può rapidamente e automaticamente riportare i progressi e le autovalutazioni del paziente e può essere programmato per aumentare la motivazione presentando una vasta gamma di informazioni audiovisive attraenti, con voci che danno istruzioni nel genere, età, accento, lingua e magari formato di gioco che il cliente preferisce (Cuijpers & Schuurmans, 2007, Karyotaki et. al., 2021).

È importante considerare anche i rischi associati all'uso di strumenti di auto-aiuto. Un problema rilevante nell'uso di tali strumenti senza supervisione è la mancanza di procedure diagnostiche adeguate. I pazienti potrebbero avviare autonomamente un trattamento di auto-aiuto per un disturbo non presente, mentre potrebbero effettivamente soffrire di altre problematiche di salute mentale che richiederebbero un intervento diverso. Uno dei pericoli è che i pazienti non applichino il trattamento in modo corretto, che potrebbe portare a una perdita di tempo ed energia e, peggio ancora, aggravare i sintomi. Un ulteriore rischio legato all'uso interventi di auto-aiuto non guidati è che il paziente potrebbe non completare la terapia, alimentando sentimenti di impotenza e mancanza di controllo, con un conseguente peggioramento dei sintomi. Inoltre, un paziente che abbandona un intervento di auto-aiuto potrebbe essere meno propenso a tentare successivamente una terapia

faccia a faccia, assumendo che quest'ultima sia basata su principi simili al tentativo fallito (Cuijpers & Schuurmans, 2007).

Tuttavia, i dati presenti in letteratura appaiono relativamente rassicuranti. Secondo Hirai et. al. (2006) i tassi di abbandono nei protocolli di auto-aiuto non risultano superiori rispetto a quelli osservati con la terapia tradizionale. Analogamente, la metanalisi di Cuijpers et. al. (2010) ha mostrato che la percentuale di persone che interrompevano la terapia non differiva in modo significativo tra i trattamenti faccia a faccia e quelli di auto-aiuto. Inoltre, i risultati riportano anche che quest'ultimi possono essere ugualmente efficaci per molte persone con disturbi ansiosi o dell'umore (Cuijpers et. al., 2010). Infine, sono stati trovati effetti di efficacia anche lungo termine degli interventi di auto-aiuto online con una guida settimanale minima di massimo dieci minuti (Mamukashvili-Delau et. al., 2023).

## **I.II Impiego dell'auto-aiuto su persone in attesa di trattamento**

Tra i vantaggi e le possibili applicazioni degli interventi di auto-aiuto, è fondamentale evidenziare il ruolo che questi possono svolgere durante i periodi di lista d'attesa.

Le liste d'attesa hanno l'obiettivo di coordinare e organizzare l'elevato numero di persone che necessitano di un servizio molto richiesto. Le liste d'attesa nei servizi di salute mentale sono attualmente considerate troppo lunghe. In Italia, i tempi di attesa per una visita psicologica nelle strutture pubbliche sono considerati un problema significativo. Secondo i dati di Cittadinanzattiva (2023), le liste di attesa sono percepite come una delle maggiori criticità del sistema sanitario moderno, compromettendo l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie.

Nel Regno Unito le lunghe possono arrivare fino a 18 settimane e sono associate a una serie di risposte psicologiche negative, come ansia e stress (Punton et. al., 2022). Similmente, in Germania, il tempo per iniziare una psicoterapia è in media di 4,5 mesi (Grünzig et. Al., 2018).

Risulta quindi evidente come la psicoterapia sia spesso considerata una risorsa limitata e associata a lunghi periodi d'attesa.

I tempi di attesa elevati possono rallentare o addirittura impedire la partecipazione al percorso psicoterapeutico, comportando elevati costi diretti e indiretti per il sistema sanitario e incentivando il ricorso a soluzioni sanitarie non specifiche. Sherman et. Al. (2009) hanno scoperto che le probabilità di presentarsi a un primo appuntamento presso un centro di salute mentale diminuiscono dell'1,4% per ogni giorno aggiuntivo di attesa. Le liste d'attesa sono altresì associate a risposte psicologiche e fisiologiche negative, come ansia e stress. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria generale, l'attesa per una diagnosi, un intervento chirurgico o un trattamento può causare un aumento di rabbia, frustrazione, paura, ansia e depressione, oltre a una diminuzione dell'autostima, che peggiora con il prolungarsi dell'attesa. Pertanto, i tempi di attesa sono svantaggiosi sia per le persone in cerca di aiuto sia per il sistema sanitario. Le persone che necessitano di cure per la salute mentale, infatti, sono a maggior rischio di cronicizzazione e tendono a essere più insoddisfatte dell'assistenza ricevuta (Sherman et. al., 2009, Thomas et. al., 2021).

Gli interventi di auto-aiuto potrebbero alleviare il disagio delle persone in attesa, grazie alla loro flessibilità di applicazione e al fatto che richiedono risorse, tempo e spazio limitati.

Sono stati individuati diversi vantaggi nell'implementazione dei protocolli di self-help durante i periodi di lista d'attesa, rispetto alla semplice attesa: (i) le persone in attesa potrebbero ricevere un aiuto precoce tramite un intervento basato sull'evidenza scientifica; (ii) l'intervento potrebbe essere usufruibile per 24 ore al giorno e in un ambiente familiare, riducendo i tempi e i costi del viaggio; (iii) in coloro che necessitano di molteplici trattamenti, potrebbe facilitare i progressi nella successiva terapia faccia a faccia; (iv) i pazienti possono ricevere alcune informazioni psicoeducative di base che consentono di risparmiare tempo che può essere utilizzato per affrontare altri problemi (ad esempio, problemi interpersonali, emotivi, comorbilità); (v) infine, la partecipazione a un programma di auto-aiuto guidato online, al posto della semplice attesa, potrebbe facilitare la motivazione al cambiamento e mantenere questa motivazione attiva durante il periodo di attesa (Grünzig et. al., 2018, Vollert et. al., 2019, Vollert et. al., 2024).

Pertanto, l'implementazione di un intervento basato sull'auto-aiuto durante i periodi di attesa potrebbe rivelarsi particolarmente vantaggiosa sia per le persone in cerca di aiuto che per l'adeguata allocazione delle risorse nei nostri sistemi sanitari.

Lucock et. al. (2008) hanno condotto uno studio sull'efficacia di un intervento di auto-aiuto a bassa intensità in pazienti in attesa di terapia psicologica. L'intervento includeva: (i) un pacchetto di auto-aiuto basato sulla CBT con l'obiettivo di implementare la comprensione, il riconoscimento e la gestione dei pensieri, dei comportamenti e degli effetti fisici legati all'ansia; (ii) una sessione iniziale di 40 minuti con un assistente psicologico al fine di spiegare il pacchetto fornito.

I risultati dello studio, condotto su pazienti con sintomatologia ansiosa in attesa di trattamento psicoterapico, riferiscono un miglioramento significativo, seppur di dimensioni piccole, del gruppo con trattamento self-help durante l'attesa rispetto al controllo. Tuttavia, gli autori sottolineano che l'effetto positivo riscontrato nello studio potrebbe essere attribuito al supporto percepito dal gruppo che ha ricevuto il pacchetto di auto-aiuto. Al contrario, i pazienti lasciati in attesa senza alcun intervento potrebbero essersi sentiti più vulnerabili e disconnessi dal servizio (Lucock et. al., 2008).

Un ulteriore studio condotto in Germania ha valutato l'efficacia di un intervento di auto-aiuto guidato online in soggetti con disturbi del comportamento alimentare in attesa di trattamento. Il programma di auto-aiuto era basato sulla terapia cognitivo-comportamentale specifica per i disturbi alimentari; consisteva in otto sessioni settimanali che includevano compiti di lettura, check-list settimanali per il monitoraggio dei sintomi, un diario personale ed esercizi comportamentali. Le pazienti che avevano ricevuto l'intervento di auto-aiuto guidato durante l'attesa hanno raggiunto l'astinenza sintomatologica in un periodo di quattro settimane, diversamente dal gruppo di controllo. Le pazienti nel gruppo di intervento hanno anche mostrato una riduzione dei sintomi significativamente più rapida nel tempo rispetto al gruppo di controllo. I miglioramenti più significativi non riguardano solo i sintomi legati al disturbo alimentare (ad esempio, preoccupazioni per il peso, la forma e l'alimentazione, alimentazione restrittiva e intuitiva), ma anche la

psicopatologia generale (ad esempio, ansia, depressione e qualità della vita) nel corso di un anno (Vollert et. al., 2019, Vollert et. al., 2024).

Tali considerazioni suggeriscono che l'inclusione di interventi iCBT nei sistemi sanitari aiuterebbe a ridurre la gravità sintomatologica in pazienti con sintomi da lievi a moderati, o a colmare il periodo di attesa fino a quando non ricevono un trattamento clinico faccia a faccia (Mamukashvili-Delau et. al., 2023). Pertanto, non c'è motivo di non considerare l'uso dell'auto-aiuto guidato come complemento nella pratica clinica (Craske et. al., 2009).

### **I.III Protocolli di auto-aiuto: un supporto per gli studenti universitari**

Gli studenti universitari affrontano una serie di fattori di stress tipici della fase di vita in cui si trovano, come lasciare la casa di origine, diventare più autonomi, assumere nuove responsabilità e gestire elevate richieste accademiche. Questo periodo è quindi caratterizzato da una transizione complessa nello sviluppo, che segna il passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Una significativa percentuale di studenti riferisce di percepire alti livelli di stress e di sentirsi spesso sopraffatti dalle richieste esterne. Lo stress psicologico prolungato può condurre a problemi più gravi di salute mentale e influire negativamente sul rendimento scolastico, sull'abbandono universitario e sul livello di coinvolgimento accademico (Amanvermez et. al., 2022, Ma et. al., 2021).

È importante considerare che molti disturbi mentali si manifestano durante la giovane età adulta; pertanto, gli interventi psicologici per gli studenti universitari possono giocare un ruolo cruciale nella prevenzione e nell'intervento precoce. Nonostante le difficoltà del periodo, la ricerca ha dimostrato che molti studenti preferiscono gestire autonomamente i problemi di salute mentale. I dati transnazionali indicano che meno di uno studente su quattro con disturbi mentali o pensieri e comportamenti suicidari riceve un trattamento entro 12 mesi. I tassi di trattamento variano a seconda del disturbo, con percentuali che vanno dal 19,8% per il disturbo da uso di alcol al 42% per il disturbo di panico. (Ebert et al., 2019)



Questo fenomeno è causato sia da fattori direttamente legati agli studenti come la riservatezza, la riluttanza a riconoscersi come affetti da un disturbo mentale, la mancanza di tempo, i costi finanziari, la paura dello stigma, sia da barriere legate ai sistemi di erogazione dei servizi, come problemi gestionali e di programmazione. Ebert et. al (2019) hanno analizzato la distribuzione delle barriere percepite nella ricerca di trattamento e la loro importanza attribuita dagli studenti. Hanno identificato che la preferenza per gestire i problemi in autonomia è la barriera più rilevante, seguita dal desiderio di discutere le difficoltà con amici e familiari e dalla vergogna nel cercare aiuto. Le barriere strutturali, come i costi, il tempo, i trasporti e la programmazione, sono state considerate meno significative. Inoltre, depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato erano i disturbi più frequentemente associati a sentimenti di imbarazzo, rendendo gli individui più riluttanti al trattamento.

Alla luce di questi ostacoli, offrire interventi basati su prove scientifiche, in un formato di auto aiuto, concepiti per facilitare la gestione dello stress, potrebbe rappresentare un approccio più pratico e psicologicamente accettabile. Considerando gli studenti universitari sono più propensi a utilizzare internet rispetto alla popolazione generale, interventi di auto-aiuto di questo tipo potrebbero risultare di particolare interesse. Per molti studenti, gli interventi di auto-aiuto online potrebbero rappresentare un'alternativa efficace ai tradizionali formati di consulenza faccia a faccia. Ad esempio, gli studenti che esitano a cercare supporto di persona a causa di barriere concrete o percepite nell'accesso ai servizi potrebbero essere più inclini a utilizzare un programma di auto-aiuto online, che offre accesso privato e flessibilità negli orari (Ebert et al., 2019).

Amanvermez et. al. (2022) hanno indagato l'efficacia di interventi di autoaiuto non guidato per la gestione dello stress tra studenti universitari. I programmi di gestione dello stress includevano strategie basate su diversi approcci teorici, quali: (i) terapia cognitivo-comportamentale; (ii) terapia di terza ondata; (iii) formazione sulle competenze per migliorare la capacità di controllo sul presente e; (iv) interventi mente-corpo come tecniche di consapevolezza, meditazione, biofeedback e rilassamento. La durata dell'intervento poteva essere breve (1-4 settimane), moderata (5-8 settimane) o lunga (più di 8 settimane).

I risultati indicano una piccola ma statisticamente significativa dimensione dell'effetto degli interventi di gestione dello stress autoguidati su stress percepito, depressione e ansia. Una possibile spiegazione per i bassi effetti degli interventi di auto-aiuto potrebbe essere legata alla mancanza di interazione umana diretta. L'efficacia dei programmi autoguidati potrebbe essere aumentata potenziando il supporto su richiesta, o attraverso messaggi automatici personalizzati. Le strategie tecnologiche come l'uso di promemoria automatici possono essere un'altra strategia conveniente per migliorare i risultati dell'intervento aumentando il coinvolgimento. Un altro fattore che potrebbe influire sulla dimensione dell'effetto potrebbe essere legato alle differenze e caratteristiche individuali, come le esigenze, le opinioni e le preferenze dei singoli partecipanti. Esaminare questa eterogeneità a livello individuale è fondamentale per far progredire la comprensione del ruolo più appropriato per gli interventi di auto-aiuto tra gli studenti universitari. Tali conoscenze possono aiutarci a indirizzare gli interventi verso coloro che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio.

Nonostante la piccola dimensione dell'effetto, i programmi possono essere offerti agli studenti universitari come supporto di prima linea all'interno di un quadro di assistenza graduale (denominato *Stepped-Care*) (Amanvermez et. al., 2022).

La revisione meta-analitica condotta da Ma et. al. (2021) ha esaminato l'effetto degli interventi di auto-aiuto guidato online su sintomi depressivi in studenti universitari. L'intervento prevedeva un livello di contatto da elevato (supporto diretto fornito da psicoterapeuti), a moderato (supporto fornito da membri del gruppo di ricerca o da studenti formati), a basso (solo tramite e-mail di promemoria standardizzate). La durata dell'intervento è stata classificata come breve ( $\leq 4$  settimane), moderata (4-8 settimane) e lunga ( $\geq 8$  settimane). Sono stati inclusi nello studio interventi basati su CBT, interventi di terza ondata, e altri come attività fisica.

I risultati evidenziano che gli studenti che hanno ricevuto l'intervento di autoaiuto guidato riportano livelli inferiori di sintomi depressivi, con una dimensione dell'effetto modesta, rispetto a coloro che non hanno ricevuto trattamento. Non sono state riscontrate differenze legate ai diversi livelli di supporto, suggerendo che tali interventi potrebbero produrre equivalenti miglioramenti a prescindere dalla quantità di contatto ricevuta (*Ibid*).

## **I.IV L'auto-aiuto all'interno dell'approccio Stepped-Care**

Gli interventi di auto-aiuto possono essere implementati all'interno del modello di assistenza graduata denominato *Stepped-Care*, per migliorare l'accessibilità ai trattamenti psicologici basati sull'evidenza per il trattamento dei disturbi mentali. Il principio fondamentale dell'assistenza *Stepped-Care* prevede una graduazione degli interventi in funzione dell'entità dei bisogni della persona, seguendo un approccio gerarchico che mira a massimizzare i risultati minimizzando al contempo i costi e l'impegno richiesto ai pazienti. Il modello a scalini prevede, quindi, che agli utenti venga offerta per prima l'opzione terapeutica di minore intensità, con la possibilità di passare a interventi di maggiore intensità qualora il paziente non risponda al trattamento. Ogni fase rappresenta un diverso approccio di intervento, da meno invasivi (con protocolli di informazione, psicoeducazione e auto-aiuto) fino a interventi psicologici a bassa e media intensità. La scelta dell'intervento dipende presenza o assenza di un disturbo, dalla gravità dei sintomi, dal rischio psicopatologico e dalla compromissione del funzionamento personale. Qualora tali interventi non risultassero efficaci, si procede con lo step successivo, che comprende trattamenti ad alta intensità di natura multidisciplinare, come terapie farmacologiche, che richiedono l'intervento di un servizio sanitario pubblico con trattamenti ambulatoriali e ricoveri (Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione", 2022).

Salomonsson et. al. (2018) hanno valutato un modello *Stepped-Care* che include interventi di auto-aiuto basato su terapia cognitivo comportamentale per pazienti dei servizi di assistenza primaria con sintomatologia riconducibile a disturbi mentali comuni. L'auto-aiuto guidato è stato somministrato tramite libri specifici per il disturbo, contenenti programmi di psicoeducazione ed esercizi settimanali per registrare e monitorare pensieri e comportamenti legati al disturbo, oltre a sessioni di guida faccia a faccia. Solo coloro che, dopo nove settimane di trattamento, non avevano presentato una remissione o un miglioramento sintomatologico sono passati a sessioni di terapia faccia a faccia. I risultati hanno mostrato una sostanziale riduzione dei sintomi già dopo la prima fase di intervento, con un effetto aggiuntivo fornito dal trattamento faccia a faccia per coloro che non avevano risposto al trattamento primario. Utilizzando il modello *Stepped-Care*, il numero di sedute è

stato notevolmente inferiore rispetto alla media dei trattamenti faccia a faccia, passando da 10-12 sedute a una media di 5,7. Pertanto, l'adozione del modello di assistenza graduale testato in questo studio si è rivelata un modo efficiente in termini di risorse per ottenere significativi miglioramenti per i pazienti dell'assistenza primaria con disturbi mentali comuni (Salomonsson et. al., 2018).

### *Talking Therapies: il modello Stepped-Care anglosassone*

In Inghilterra il Servizio Sanitario Nazionale (NHS – National Health Service) ha sviluppato un programma specifico per il trattamento, primariamente, di ansia e depressione definito *Talking Therapies*, precedentemente noto come *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). Si tratta di un modello basato sull'approccio di assistenza graduale, che adotta l'uso di interventi di auto-aiuto guidato, sviluppato in modo sistematico con l'obiettivo principale di organizzare e migliorare l'accesso e l'erogazione delle terapie psicologiche basate sull'evidenza all'interno del NHS (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024). Il protocollo IAPT avviato a partire dal 2008 è gradualmente cresciuto, trasformando il trattamento degli adulti in Inghilterra e accogliendo fino a 1,24 milioni di persone fino al periodo 2022-2023. Inoltre, ha formato oltre 10.000 nuovi terapeuti e professionisti psicologi. Tra i pazienti, oltre 664.000 hanno completato un ciclo completo di cure, mentre gli altri hanno ricevuto valutazioni e consulenze. Il tasso di guarigione per chi completa il trattamento è del 50%, con due pazienti su tre che mostrano miglioramenti significativi, grazie a un monitoraggio strutturato che coinvolge il 99% degli individui a inizio, durante e fine trattamento. I principi chiave includono terapie basate sull'evidenza, personale adeguatamente formato e monitoraggio continuo dei risultati (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024, Clark et. al., 2018). I servizi adottano un modello di assistenziale graduale, applicando il principio *Stepped-Care* secondo cui alle persone debba essere offerto prima l'intervento meno invasivo e adeguato alle loro esigenze. I trattamenti psicologici utilizzati da TT NHS per depressione e disturbi d'ansia, si basano sulle raccomandazioni provenienti dalle linee guida del National Institute

for Health and Care Excellence (NICE) regolarmente e sistematicamente revisionate dal 2004.

L'adesione agli interventi basati sull'evidenza e raccomandati dal NICE ottimizza i risultati e costituisce uno dei principi fondamentali delle TT, in cui, appunto, le terapie si basano sul modello di intervento graduale, partendo dal trattamento ad intensità minore in base alla sintomatologia del paziente. Il primo step prevede il monitoraggio e l'osservazione dei sintomi. Se si rileva un peggioramento, si passa allo step successivo. Il secondo step include trattamenti a bassa intensità, offerti dai servizi di *Talking Therapies*. Infine, il terzo livello comprende interventi ad alta intensità erogati presso i servizi competenti (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024).

Le linee guida hanno identificato gli interventi a bassa intensità come efficaci per depressione lieve e alcuni disturbi d'ansia a sintomatologia lieve. Gli strumenti a bassa intensità utilizzati variano in base alla condizione clinica ma possono includere autoaiuto guidato, terapia computerizzata, gruppi psicoeducativi, ristrutturazione cognitiva, gestione del panico, risoluzione dei problemi, igiene del sonno, gestione delle preoccupazioni e supporto dell'attività fisica e aderenza ai farmaci. Questi interventi mirano a essere brevi, quando possibile, con un numero ottimale di sessioni che si aggira intorno a 9-10. Tuttavia, è importante notare che molti pazienti richiedono meno sessioni, mentre altri potrebbero necessitare di un numero significativamente maggiore. Per i trattamenti ad alta intensità sono previste dalle 12 alle 20 sessioni, a seconda della natura e della gravità del problema (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024, Clark et. Al., 2018). Il personale che lavora nel contesto delle *Talking Therapies* è composto da professionisti che forniscono l'intera gamma di interventi raccomandati per disturbi depressivi o ansiosi, a lieve, moderata ed alta intensità, operando sempre secondo il modello *Stepped-Care*. Il personale coinvolto negli interventi è composto da due principali categorie di professionisti: terapeuti a bassa intensità, definiti anche professionisti del benessere psicologico, che costituiscono il 35% del totale, e terapeuti ad alta intensità (HIT), che rappresentano il 65%. I primi, per accedere alla professione, devono completare un corso di formazione accreditato dalla British Psychological Society (BPS), aperto a candidati con diversi livelli di

esperienza e titoli di studio. Gli HIT, invece, erogano terapie psicologiche *evidence-based* raccomandate dal NICE e la loro formazione è incentrata sulla terapia cognitivo-comportamentale (Clark et. Al., 2018). Una valutazione centrata sulla persona è parte cruciale del percorso di cura, che dovrebbe identificare accuratamente i problemi attuali, permettendo di prendere una decisione clinica sul paziente e definire il piano di trattamento più appropriato. L'altra caratteristica chiave è il monitoraggio sessione per sessione dei risultati clinici e delle attività svolte. L'adozione del sistema di monitoraggio dei risultati sessione per sessione ha consentito a tali servizi di ottenere dati sui risultati sul 98,5% di tutti i pazienti che hanno seguito un ciclo di trattamento.

I servizi di *Talking Therapies* prestano particolare attenzione alle liste d'attesa, indicate come il periodo di tempo tra la ricezione dell'impegnativa iniziale e la prima sessione, la quale consiste principalmente nella valutazione. Circa il 75% dei pazienti in lista d'attesa dovrebbe ricevere la prima sessione di trattamento entro sei settimane e il 95% entro 18 settimane (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024).

#### *Interventi brevi e Self-Help Plus: le proposte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato una serie di interventi psicologici a intensità modulabile per rispondere alle esigenze di persone che vivono situazioni di avversità, come povertà, violenza o sfollamenti dovuti a conflitti. Questi interventi, definiti flessibili o adattabili, sono progettati per essere forniti a un ampio numero di persone a costi ridotti, rispondendo al divario globale dell'accesso a trattamenti psicologici basati su prove di efficacia. Gran parte della popolazione mondiale non ha accesso a cure adeguate per il disagio psicologico, e questi interventi mirano a colmare questo vuoto. Le caratteristiche fondamentali degli interventi includono una base empirica solida, una durata relativamente breve, la possibilità di essere erogati da operatori non specializzati e l'adattabilità a contesti culturali diversi. Sono accessibili e attuabili in vari contesti e possono utilizzare tecnologie come programmi di auto-aiuto online o preregistrati, risultando economicamente sostenibili. Un esempio di questo approccio è il modello *Stepped-*

*Care* che, come descritto precedentemente, prevede di iniziare con il trattamento meno intensivo e più economico, passando a cure più approfondite solo se necessario dal punto di vista clinico. Tali interventi sono solitamente brevi e molto protocollati, il che li rende facili da somministrare anche da personale non specializzato. Sono applicabili a una vasta gamma di problemi di salute mentale, indipendentemente dalla diagnosi formale, e sono facilmente adattabili a diverse popolazioni, culture e lingue. Inoltre, i materiali utilizzati per l'implementazione sono spesso di libero accesso e possono essere forniti attraverso molteplici modalità, incluse tecnologie digitali come cellulari o computer portatili. Gli interventi che richiedono meno risorse umane specializzate tendono ad essere più facilmente espandibili e sebbene possano risultare leggermente meno efficaci rispetto ai trattamenti psicologici tradizionali, il compromesso viene considerato accettabile grazie alla maggiore accessibilità e copertura che garantiscono (WHO, 2017).

Gli interventi psicologici a intensità modulabile includono trattamenti psicologici modificati e basati sull'evidenza, come: versioni brevi e semplificate di trattamenti psicologici esistenti, erogati da non specialisti; materiali di auto-aiuto, sotto forma di manuali, materiali audiovisivi o piattaforme online; infine possono essere erogati sotto forma di programmi individuali o di gruppo che offrono supporto nell'uso di tali materiali. Dal 2012, l'OMS ha iniziato a sviluppare e testare interventi psicologici di questo tipo, con l'obiettivo di renderli accessibili a diverse fasce di popolazione e contesti culturali. Tra questi, vi è il *Problem-Management Plus (PM+)*, un intervento breve e multicomponente che può essere erogato da personale non specializzato per aiutare adulti in situazioni di avversità. Questo protocollo affronta problematiche psicologiche e sociali attraverso tecniche di *problem-solving* e interventi comportamentali (Dawson et. al., 2015). Un altro esempio è l'intervento *Self Help Plus (SH+)*, che include al suo interno il manuale "*Doing What Matters in Times of Stress: an illustrated guide*" (WHO, 2020) utilizzato anche in questo studio. Questo programma aiuta le persone a gestire lo stress in contesti di avversità, come la povertà cronica e la violenza, utilizzando un formato di auto-aiuto guidato che prevede un corso preregistrato e un manuale di supporto. L'intervento è pensato per gestire lo stress e affrontare le avversità, tra cui povertà cronica, violenza di

genere e comunitaria, conflitti armati di lunga durata e sfollamento, rispondendo all'esigenza in cui si trova la maggior parte delle persone colpite dalle avversità che non ha accesso a un efficace supporto psicosociale (Epping-Jordan et. al., 2016). L'intervento SH+ è pensato per essere transdiagnostico, facilmente adattabile a diverse culture e lingue, e sicuro per le persone sia con che senza disturbi mentali. Il programma è stato sviluppato con l'aiuto di esperti in assistenza psicologica e salute mentale globale, in collaborazione con colleghi del settore umanitario. Inoltre, ha superato un'ampia revisione paritaria da parte di 43 esperti esterni (Epping-Jordan et. al., 2016).

Il pacchetto SH+ ha due componenti principali: un corso preregistrato e un manuale di auto-aiuto. Il materiale audio preregistrato, adattato per le lingue locali, viene distribuito in cinque sessioni da due ore per gruppi da 20 a 30 persone. Il materiale audio fornisce informazioni chiave sulla gestione dello stress, guidando i partecipanti attraverso esercizi individuali e discussioni in piccoli gruppi. Per integrare il corso, viene utilizzato il libro di auto-aiuto illustrato che ne rivede i concetti essenziali. Il manuale DWM (WHO, 2020), è utile sia come strumento indipendente sia come risorsa chiave per i partecipanti al corso. Il formato di SH+ è innovativo in quanto cerca di garantire che i contenuti chiave dell'intervento siano forniti come previsto tramite l'uso di audio preregistrato, senza l'onere di una formazione e supervisione approfondite. Questa modalità di erogazione rende più semplice l'implementazione dell'intervento anche in contesti difficilmente accessibili, come aree remote o situazioni con limitato accesso umanitario.

Purgato et. al. (2023) hanno progettato uno studio per testare l'applicazione, in un contesto migratorio italiano, dei due interventi psicologici SH+ e PM+ sviluppati dall'OMS. Questi interventi, già validati in altri contesti, saranno integrati in un programma di assistenza graduale e personalizzata, che prevede sia contatti faccia a faccia che supporto online. Lo studio mira a valutare l'efficacia di questo modello di intervento nel migliorare la salute mentale dei migranti reinsediati. Un'ulteriore ricerca condotta su operatori sanitari in Spagna, che ha utilizzato una modalità simile di somministrazione graduale di SH+ e PM+ ha dimostrato di ridurre significativamente i sintomi di ansia e depressione a breve e medio termine (Mediavilla et. al., 2023).



L'efficacia dell'intervento SH+ come strumento individuale è stata valutata attraverso la somministrazione del manuale DWM, supportata da un programma online che ha guidato i partecipanti nel completamento dei materiali entro un periodo di cinque settimane. Per misurare l'impatto dell'intervento, è stata confrontata la sintomatologia ansiosa e post-traumatica tra i partecipanti che hanno ricevuto SH+ e quelli del gruppo di controllo, a cui è stata assegnata un'attività alternativa: la lettura di un breve romanzo con file audio. Il tempo e l'impegno richiesti al gruppo di controllo erano simili a quelli del gruppo SH+, così come il livello di supporto offerto. Sebbene non siano emerse differenze significative nei sintomi riportati tra i due gruppi, SH+ ha mostrato effetti positivi nell'autovalutazione dell'efficacia dell'intervento e nel coinvolgimento dei partecipanti (Riello et. al., 2021). L'intervento SH+ è stato valutato anche come strumento preventivo per ridurre la frequenza di disturbi mentali, migliorare il benessere e la qualità della vita, e affrontare difficoltà post-migrazione in rifugiati e richiedenti asilo che soffrono di disagio psicologico senza una diagnosi clinica. Uno studio condotto su rifugiati in Europa occidentale ha mostrato che, sebbene SH+ non abbia prodotto un effetto preventivo a lungo termine sulla presenza di disturbi mentali a sei mesi di follow-up, ha comunque ridotto significativamente la frequenza di disturbi mentali immediatamente dopo l'intervento (Purgato et.al., 2021). Infine, una metanalisi condotta da Karyotaki et. al. (2023) su SH+ ha esaminato l'efficacia di questo intervento, rispetto al trattamento abituale, nella riduzione dei sintomi depressivi tra migranti con elevato disagio psicologico ma senza una diagnosi formale di disturbo mentale. Sebbene SH+ non abbia mostrato differenze significative rispetto al trattamento di controllo nel ridurre i sintomi depressivi immediatamente dopo l'intervento, ha dimostrato benefici per i partecipanti più vulnerabili, come i disoccupati o coloro con un livello di benessere mentale più basso.

Questi risultati sono promettenti per l'utilizzo di SH+ nella gestione dei sintomi depressivi e nel miglioramento del benessere e dei problemi autoidentificati.

In conclusione, l'analisi degli interventi di auto-aiuto, sia guidati che non guidati, evidenzia il loro ruolo cruciale nel contesto della salute mentale. Questi strumenti, integrati nei modelli di intervento *Stepped-Care*, offrono una risposta flessibile e accessibile alle crescenti esigenze di supporto psicologico, anche tra i giovani adulti. L'implementazione di approcci di auto-aiuto non guidato consente agli studenti di affrontare le difficoltà emotive in modo autonomo, riducendo l'attesa per il trattamento formale e alleviando lo stress psicologico associato a percorsi di cura lunghi e complessi. Inoltre, l'adozione di tali interventi ha dimostrato un impatto significativo nel contenimento delle liste d'attesa, offrendo soluzioni tempestive per coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità. L'auto-aiuto, infatti, non solo contribuisce a promuovere l'autoefficacia tra gli studenti, ma rappresenta anche un'opzione strategica per i servizi di salute mentale, favorendo un approccio più sostenibile e meno gravoso sui sistemi di assistenza. La transizione verso la metodologia dello studio, presentata nel secondo capitolo, si inserisce in questo quadro, esaminando il caso specifico in cui è stato fornito un manuale di auto-aiuto non guidato a studenti in attesa di trattamento.

## CAPITOLO II: METODOLOGIA

### II.I Disegno di ricerca

La presente tesi ha lo scopo di esporre il lavoro condotto da un gruppo di ricercatori dell'Università di Padova, al quale ho avuto l'opportunità di contribuire, che ha impiegato la metodologia statistica del disegno a serie temporali interrotte su dati raccolti dal Servizio di Consulenza Psicologica per Studenti (SAP-CP), parte integrante Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP) di Padova. Si tratta di uno studio retrospettivo a singolo gruppo, mirato a valutare se la somministrazione di un intervento di auto-aiuto non guidato, durante il periodo di attesa tra la richiesta di accesso al servizio e la valutazione clinica, potesse ridurre i livelli di ansia e depressione e migliorare il funzionamento degli studenti prima dell'inizio del percorso psicologico faccia a faccia. Le misure di esito usate corrispondono ai punteggi ottenuti agli item dei tre questionari *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) e *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS). Gli utenti del SAP-CP firmano un consenso informato per il trattamento dei dati personali, acconsentendo all'utilizzo dei dati anonimizzati per scopi di ricerca e valutazione del servizio. Poiché lo studio si basa su dati esistenti, per i quali era già stato ottenuto un consenso esplicito, non è stata richiesta un'ulteriore approvazione dal Comitato Etico.

Lo studio si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio, ideato dalla Dott.ssa Ioana Alina Cristea, dal Dott. Giovanni Gentili e dalla Dott.ssa Marianna Purgato, finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) attraverso il Fondo per il Programma Nazionale di Ricerca e Progetti di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN), nonché dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sostenuto dall'Unione Europea nell'ambito del progetto *NextGenerationEU*. La raccolta, organizzazione e gestione dei dati è stata curata dalla Dott.ssa Matilda Floris, dal Dott. Giovanni Bruno, dalla Dott.ssa Giovanna Bottesi, dalla Dott.ssa Mariagrazia Salcuni e da me. Le analisi statistiche sono state condotte dal Dott. Bruno e dal Dott. Andrea Spoto. Infine, le coordinatrici del SAP-CP, Roberta

Rizzato e Roberta Marchioni hanno fornito un prezioso supporto e collaborazione durante la realizzazione dello studio.

## **II.II Partecipanti e suddivisione del campione**

I partecipanti allo studio sono stati reclutati tra i 797 studenti italiani (67% femmine e 33% maschi) che hanno richiesto l'accesso allo sportello di assistenza psicologica SAP-CP tra dicembre 2019 e settembre 2023. Tuttavia, sono stati esclusi gli utenti per i quali il tempo intercorso tra la ricezione del libro DWM e la compilazione delle misure di esito era inferiore a 5 giorni o superiore a 150 giorni. La soglia di 5 giorni è stata stabilita per assicurare che gli utenti avessero il tempo necessario per approfondire il contenuto del libretto. Il limite di 150 giorni è stato fissato per escludere i partecipanti con tempi di attesa eccessivi, durante i quali i sintomi potrebbero essersi attenuati spontaneamente. Sono stati esclusi 27 partecipanti che hanno impiegato meno di 5 giorni e 20 che hanno superato i 150 giorni. Inoltre, è stato escluso un utente che aveva richiesto l'accesso anticipato rispetto agli altri (a dicembre 2019). Il campione finale dello studio è quindi composto da 749 studenti (77% femmine, 23% maschi) che hanno richiesto l'accesso al servizio tra febbraio 2021 e ottobre 2023, e che sono stati valutati utilizzando le tre scale di esito (PHQ-9, GAD-7, WSAS) tra ottobre 2021 e novembre 2023. Nel campione sono inclusi solo gli utenti che hanno ricevuto il libro prima della somministrazione delle misure di esito, pari al 55% (n=411), e coloro che non hanno ricevuto alcun supporto durante il periodo di attesa, pari al 45% (n=338). L'età media al momento del completamento delle misure di esito era di 23.12 anni (DS=2.70).

Per il campione selezionato (n=749) è stato creato un foglio di lavoro contenente per ogni partecipante i seguenti dati: genere, data di nascita, anno e mese in cui è stata effettuata la richiesta di accesso e l'età al momento della richiesta, esito del percorso (conclusione raggiunta o mancata), data di chiusura del percorso, eventuale ritiro della richiesta dopo la compilazione dei questionari, data di ricezione del link contenente il manuale, numero complessivo di sedute svolte, data di compilazione

delle scale di valutazione, e i punteggi dei singoli item che compongono le tre scale di valutazione.

Le sedute sono state suddivise, come indicato nel gestionale del SAP-CP, nelle seguenti categorie:

- Colloquio di accoglienza: colloquio durante il quale vengono somministrate le tre scale di valutazione.
- Primo colloquio: colloquio conoscitivo condotto da un operatore per indagare la motivazione della richiesta di accesso
- Assessment: serie di colloqui preliminari (da due a sei) al percorso psicologico, volti a un approfondimento valutativo, sia testistico che anamnestico, culminanti in una restituzione prima dell'inizio del percorso psicologico e/o terapeutico.
- Colloqui: il numero di colloqui prettamente psicologici effettuati.
- Approfondimenti: ulteriori approfondimenti testistici o anamnestici specifici.
- Uscita: colloquio finale o, se presenti, eventuali test di uscita.
- Altro colloquio: etichetta mista usata per allegare delle note alla cartella dell'utente

Il numero totale delle sedute è stato categorizzato in due gruppi: “almeno 4” o “meno di 4”, un criterio utilizzato per stabilire se l'utente ha svolto un percorso sufficientemente lungo da poter osservare una riduzione sintomatologica. Il tempo trascorso tra la ricezione del link e la compilazione dei questionari non è mai inferiore a 5 giorni, e non supera i 146. Le misure di esito sono state raggruppate in intervalli temporali successivi, indicati dall'etichetta "*time*", che rappresenta i diversi momenti in cui le osservazioni sono state registrate. Questa etichetta funge da variabile nelle analisi statistiche, corrispondente ai punti temporali in cui le osservazioni sono state raccolte. In questo caso, tali punti temporali coincidono con

i momenti in cui i questionari sono stati compilati. Per garantire una maggiore omogeneità nel numero di partecipanti in ciascun punto temporale, gli accessi registrati nei mesi di aprile e maggio 2022, luglio e agosto 2023, e settembre e ottobre 2023 sono stati accorpati a coppie. Le ultime settimane di giugno 2022 sono state accorpate a luglio a causa della ridotta numerosità delle compilazioni di quest'ultimo mese, dovute alla pausa estiva accademica e alla chiusura del servizio. Il numero di utenti che hanno avuto accesso al SAP-CP, raggruppati per punti temporali, da ottobre 2021 a novembre 2023 è riportato nella Tabella 1.

**Tabella 1:** Numero di utenti (N=749) che hanno avuto accesso al SAP-CP tra ottobre 2021 e novembre 2023 raggruppati in punti temporali. Nessun utente ha acceduto o ne ha fatto richiesta ad agosto 2022.

| <b>Mese-Anno</b>                | <b>Accessi (n)</b> | <b>Punto temporale</b> |
|---------------------------------|--------------------|------------------------|
| Ottobre 2021                    | 12                 | 1                      |
| Novembre 2021                   | 15                 | 2                      |
| Dicembre 2021                   | 5                  | 3                      |
| Gennaio 2022                    | 8                  | 4                      |
| Febbraio 2022                   | 24                 | 5                      |
| Marzo 2022                      | 18                 | 6                      |
| Aprile 2022                     | 3                  | 7                      |
| Maggio 2022                     | 14                 | 7                      |
| Giugno 2022 (fino al 23 giugno) | 15                 | 8                      |
| Luglio 2022 (dal 24 giugno)     | 17                 | 9                      |
| Settembre 2022                  | 51                 | 10                     |
| Ottobre 2022                    | 62                 | 11                     |
| Novembre 2022                   | 25                 | 12                     |
| Dicembre 2022                   | 72                 | 13                     |
| Gennaio 2023                    | 36                 | 14                     |
| Febbraio 2023                   | 43                 | 15                     |
| Marzo 2023                      | 23                 | 16                     |
| Aprile 2023                     | 35                 | 17                     |
| Maggio 2023                     | 96                 | 18                     |
| Giugno 2023                     | 63                 | 19                     |
| Luglio 2023                     | 51                 | 20                     |
| Agosto 2023                     | 2                  | 20                     |
| Settembre 2023                  | 3                  | 21                     |
| Ottobre 2023                    | 45                 | 21                     |
| Novembre 2023                   | 14                 | 22                     |

## **II.III Setting: il Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici**

I dati sono stati raccolti dal Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP), istituito nel 2017.

Il centro offre una varietà di servizi psicologici preventivi, diagnostici e clinici, rivolti a studenti, dipendenti e famiglie, nonché alla popolazione generale. Questi servizi sono gratuiti per gli studenti e a prezzo agevolato per i dipendenti. Lo SCUP include diverse unità specializzate, tra cui il Servizio di Assistenza Psicologica per Studenti (SAP), che comprende tre sottounità: Benessere Senza Rischio (SAP-BSR), dedicato alla prevenzione e promozione del benessere; Apprendimento e Studio (SAP-AS), che supporta gli studenti con difficoltà di studio e disturbi dell'apprendimento; e Consulenza Psicologica (SAP-CP), dal quale sono stati estratti i dati per questo studio. Il SAP-CP offre valutazioni diagnostiche, di consultazione e trattamenti psicologici a persone che affrontano problemi di natura psicologica, sia duraturi che transitori. Le difficoltà trattate includono disturbi relazionali, emozionali e dell'umore, disturbi comportamentali, stress ed ansia, nonché problemi legati al rendimento accademico non associati a disturbi dell'apprendimento o del metodo di studio. È importante sottolineare che il SAP-CP non fornisce la presa in carico multiprofessionale e specialistica tipica del servizio pubblico. Di conseguenza, non gestisce emergenze psicologiche, trattamenti per tossicodipendenti, disturbi psicotici in fase acuta o disturbi alimentari. In tali circostanze, è necessario rivolgersi ai servizi pubblici competenti. Le prestazioni offerte dal SAP-CP includono consultazione, sostegno psicologico e psicoterapia, sia individuale che di gruppo. L'accesso al servizio può essere richiesto via e-mail o telefono cellulare. (SCUP, 2021).

A partire da novembre 2023, la modalità di accesso e valutazione è stata modificata. In precedenza, agli utenti veniva chiesto di compilare la scheda di ingresso e la modulistica sul trattamento dei dati personali al momento della richiesta di accesso, dopodiché venivano inseriti in una lista d'attesa senza criteri di priorità, in attesa di un colloquio clinico preliminare che includeva anche la somministrazione dei questionari di valutazione (PHQ-9, GAD-7, WSAS). Il tempo di attesa per tale

colloquio variava in base alla disponibilità del servizio e al numero di richieste ricevute. Dal 23 giugno 2022, agli utenti in attesa del colloquio clinico è stata inviata tramite e-mail una copia digitale del manuale di auto-aiuto: "*Doing What Matters in Times of Stress: an illustrate guide*" (WHO, 2020) nella versione italiana. In seguito al colloquio preliminare, agli studenti veniva proposto un percorso di cura personalizzato, che poteva includere consultazioni, consulenze psicologiche o psicoterapia, sia individuali che di gruppo.

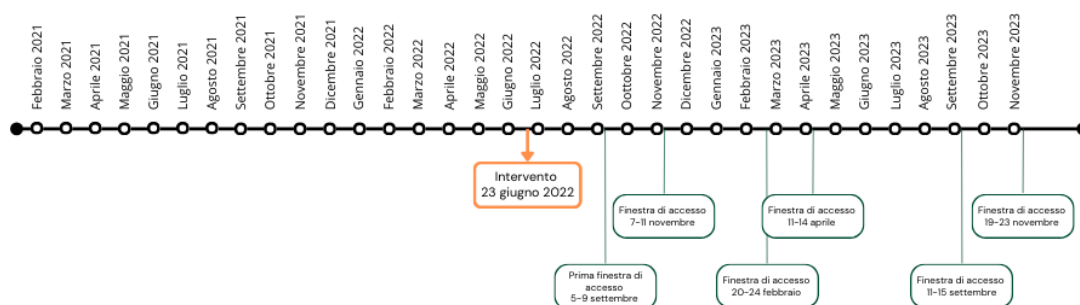
Con la nuova procedura introdotta nel novembre 2023, entro una settimana dal primo contatto con l'utente, vengono inviati automaticamente via e-mail i tre questionari (PHQ-9; GAD-7; WSAS), insieme alla scheda di ingresso e alla modulistica per il trattamento dei dati personali. Pertanto, i questionari non vengono più compilati al momento dell'accesso al servizio, ma già durante la fase di richiesta. Solo in seguito viene programmato un primo colloquio conoscitivo per la valutazione diagnostica, dopo il quale l'inizio degli incontri di consultazione è previsto entro un massimo di 40 giorni. Il percorso di consultazione comprende 4 o 5 incontri, inclusa la restituzione, utile a determinare il tipo di intervento psicologico più appropriato per l'utente. Questo intervento può consistere in un sostegno psicologico breve, della durata di 1-4 incontri, o una presa in carico individuale o di gruppo prolungata. Gli interventi individuali comprendono cicli di 8-10 incontri, rinnovabili fino a un massimo di 24 sedute, solitamente a cadenza settimanale. Gli incontri di gruppo si svolgono in cicli da 6 a 8 incontri. In entrambi i casi, è previsto un incontro individuale di follow-up entro sei mesi.

Inoltre, l'accesso al servizio ha subito ulteriori modifiche durante il periodo di studio. Infatti, se fino al 9 settembre 2022 gli utenti potevano richiedere l'accesso in qualsiasi momento, dopo tale data è stato introdotto un sistema di finestre temporali, in cui l'accesso è consentito esclusivamente durante periodi specifici, che consistono generalmente in una settimana ogni due mesi. Ciò significa che il portale per le richieste di accesso è attivo solo in queste finestre temporali, consentendo agli utenti di fare domanda in un periodo definito. Questa modifica è stata implementata per ridurre l'elevato tempo di attesa a cui gli studenti erano soggetti, limitando le richieste in entrata e smaltendo quelle già ricevute tra una



finestra e l'altra, con l'obiettivo di abbreviare i tempi di attesa complessivi. Tenendo conto di queste modifiche, e in particolare di quelle introdotte dopo novembre 2023, è stato deciso di non includere nello studio tutti gli utenti che hanno avuto accesso al SAP-CP a partire dalla finestra di accesso compresa tra il 19 e il 23 novembre 2023. Questa decisione è stata presa per evitare che i cambiamenti potessero influenzare i risultati dell'intervento in esame. Come mostrato nella Figura 1, il campione di dati è stato raccolto senza finestre di accesso fino a settembre 2022; successivamente, le finestre temporali sono state le seguenti: 5-9 settembre 2022; 7-11 novembre 2022; 20-24 febbraio 2023; 11-14 aprile 2023, 29 maggio – 1 giugno 2023; 11-25 settembre 2023. Pertanto, i dati utilizzati nello studio riguardano i partecipanti che hanno richiesto l'accesso al SAP-CP tra febbraio 2021 e settembre 2023, e che hanno compilato le tre scale di valutazione tra ottobre 2021 e novembre 2023 (Tabella 1).

Complessivamente le richieste al SAP-CP sono aumentate negli ultimi anni, passando da 631 nel 2021 a 656 nel 2022 e 775 nel 2023.



**Figura 1:** Timeline delle richieste di accesso considerate nello studio

## II. IV Misure di esito: PHQ-9, GAD-7, WSAS

Le misure di esito rappresentano quegli indicatori utilizzati per valutare l'efficacia di un trattamento. Tali misure riflettono i risultati desiderati o non desiderati che si vogliono osservare a seguito di un intervento (VandenBos, 2015). È fondamentale che le misure scelte siano strettamente correlate all'obiettivo prefissato e che producano risultati coerenti e affidabili. Pertanto, le misure di esito sono essenziali per quantificare l'impatto di un intervento, permettendo ai ricercatori e ai decisori di valutare e migliorare le pratiche basate sui risultati ottenuti.

Nel presente studio sono state utilizzate come misure di esito i punteggi ottenuti alle tre scale di valutazione (PHQ-9, GAD-7, WSAS) usate dal servizio psicologico di ateneo per condurre la valutazione clinica sui pazienti.

*Patient Health Questionnaire (PHQ)* è un questionario auto-somministrato sviluppato sulla base di criteri diagnostici per la depressione e altri disturbi mentali, tra cui il disturbo depressivo maggiore, il disturbo di panico, i disturbi d'ansia e la bulimia nervosa. Il PHQ-9, versione abbreviata del PHQ, si concentra specificamente sulla depressione. È suddiviso in due sezioni: la prima valuta la presenza "nelle ultime due settimane" dei nove criteri del DSM-IV per i disturbi depressivi, mentre la seconda esamina l'impatto funzionale della sintomatologia nella vita quotidiana, senza però influire sul punteggio totale. Il PHQ-9 può essere utilizzato per due scopi principali: (i) diagnosticare un disturbo depressivo; (ii) valutare la gravità dei sintomi depressivi (Kroenke et al., 2001). Ogni item viene valutato su una scala Likert a 4 punti da 0 ("per niente") a 3 ("quasi ogni giorno"), pertanto il punteggio complessivo varia da 0 a 27. Un punteggio inferiore a 5 indica l'assenza di sintomi depressivi; punteggi tra 5 e 9 suggeriscono una depressione lieve o sottosoglia; punteggi tra 10 e 14 indicano una depressione moderata; punteggi tra 15 e 19 segnalano una depressione moderatamente grave; e punteggi superiori a 20 possono essere indice di una depressione grave (Kroenke et al., 2001). Per questo studio è stata utilizzata la versione italiana validata (Rizzo et al., 2000).

*General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* è un questionario autovalutativo composto dai 7 item corrispondenti ai criteri del DSM-IV, concepito per fungere sia da

strumento di screening che da indicatore di gravità del Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) (Spitzer et al., 2006). Ogni item chiede ai pazienti con quale frequenza, nelle ultime due settimane, abbiano sperimentato ciascun sintomo (ad es. sentirsi nervosi, preoccupazione eccessiva, difficoltà a rilassarsi). Gli item vengono valutati su una scala Likert a 4 punti, che va da 0 ("per niente") a 3 ("quasi ogni giorno"). Il punteggio totale può variare da 0 a 21. Un punteggio inferiore a 5 suggerisce la probabile assenza di sintomi ansiosi; punteggi tra 5 e 9 indicano la presenza di sintomi ansiosi lievi o sottosoglia; punteggi tra 10 e 14 segnalano una sintomatologia ansiosa moderata; mentre punteggi pari o superiori a 15 indicano la probabile presenza di una sintomatologia ansiosa significativa (Spitzer et al., 2006). La scala ha dimostrato buone proprietà psicometriche anche nel campione italiano (Shevlin et al., 2022).

*Work and Social Adjustment Scale (WSAS)* è uno strumento autovalutativo valido e affidabile per misurare il livello di compromissione funzionale legata a un problema specifico (Mundt et al., 2022). Questa scala è composta da 5 item che esaminano l'impatto della sintomatologia riferita in 5 diversi ambiti: (i) lavoro o studi; (ii) gestione della casa; (iii) attività ricreative sociali; (iv) attività ricreative individuali; (v) strette relazione interindividuali. Ciascun item viene valutato su una scala da 0 (nessuna compromissione) a 8 (compromissione grave); il punteggio totale varia da 0 a 40. Un punteggio complessivo inferiore a 10 è tipicamente associato a una popolazione subclinica; punteggi tra 10 e 20 indicano una compromissione funzionale o sintomi clinici lievi; un punteggio superiore a 20 suggerisce una psicopatologia da moderatamente grave a grave (Mundt et al., 2022).

Per il presente studio sono state considerate le schede valutative compilate da ottobre 2021 a novembre 2023. Fino alla fine del 2021 la compilazione avveniva su questionari cartacei, da gennaio 2022 a novembre 2023 è stato introdotto un formato digitale per la compilazione delle scale, attraverso tablet forniti direttamente al servizio di ateneo. Le scale sono state compilate sia dai partecipanti che non hanno mai ricevuto il link contenente il manuale di auto-aiuto, sia da coloro che lo hanno ricevuto; rispetto quest'ultimi, tutti hanno compilato le scale valutative successivamente la ricezione del link.

## II.V Trattamento implementato

I partecipanti appartenenti al gruppo di intervento hanno ricevuto tramite e-mail il link per usufruire dell'opuscolo di auto-aiuto intitolato "*Doing What Matters in Times of Stress: an illustrate guide*" (DWM) nella sua versione italiana "*Fare ciò che conta nei momenti di stress: una guida illustrata*" (WHO, 2020).

L'opuscolo psicologico DWM, sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è stato concepito per fornire uno strumento di supporto nella gestione dello stress e nell'affrontare diverse forme di avversità, come povertà, violenza, conflitti armati prolungati e sfollamenti. Come descritto nel primo capitolo il manuale è stato sviluppato in collaborazione con esperti di diversi settori ed è basato sui principi dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Il manuale propone l'adozione di strategie alternative per gestire pensieri difficili, incoraggiando le persone a intraprendere azioni coerenti con i propri valori, invece di tentare di sopprimere pensieri e sentimenti indesiderati che potrebbero aggravare le problematiche (Epping-Jordan et. al., 2016, Mediavilla et al., 2023).

Il manuale è scaricabile direttamente dal sito della World Health Organization<sup>1</sup> ed è disponibile in trenta lingue. Per questo studio è stata utilizzata la versione italiana, tradotta dall'Università degli studi di Verona e dall'Università di Enna "Kore", e fornita dal Servizio di Assistenza Psicologica - Consulenza Psicologica (SAP-CP) dell'Ateneo di Padova. L'opuscolo è suddiviso in cinque sezioni (radicarsi, sganciarsi, agire secondo i propri valori, essere gentili e fare spazio), ciascuna delle quali affronta temi specifici e propone tecniche alternative per la gestione dello stress. I contenuti del manuale sono presentati attraverso vignette e file audio, entrambi disponibili in italiano, per facilitare l'esecuzione degli esercizi. Ogni sezione offre link per scaricare i file audio di supporto al materiale cartaceo, entrambi accessibili gratuitamente online. Originariamente, il DWM veniva proposto come intervento di auto-aiuto guidato, che includeva l'opuscolo e alcune brevi sessioni con facilitatori non specializzati, dotati di una formazione minima, come per operatori sanitari in contesti di crisi (Epping-Jordan et. al., 2016, Purgato

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

et al., 2023). Tuttavia, in questo studio, il DWM è stato somministrato in modalità non guidata, semplicemente fornendo agli utenti una copia digitale dell'opuscolo.

## **II.VI Metodologia statistica: Interrupted Time Series**

Per questo studio è stata adottata una metodologia statistica relativamente nuova, nota come *Interrupted Time Series* (ITS) o disegno a Serie Temporali Interrotte.

ITS rappresenta un disegno di ricerca quasi sperimentale, particolarmente utile nei casi in cui condurre uno studio randomizzato risulta non fattibile o non etico. È chiamato così perché prevede che un intervento interrompa, successivamente alla sua introduzione, la tendenza o il livello della serie temporale. Laddove con livello si intende il valore medio o centrale in un certo periodo di tempo, mentre la tendenza si riferisce alla direzione generale e al movimento a lungo termine della serie temporale, descrivendo quindi il cambiamento del livello nel tempo (Bernal et. al., 2017, Pendolf et.al., 2013). ITS viene descritto come uno strumento semplice ma potente, utilizzato per valutare l'impatto di un cambiamento in una popolazione definita di individui. La serie temporale consiste in una sequenza continua di osservazioni di un particolare evento in una popolazione definita. La serie temporale di un risultato viene utilizzata per stabilire una tendenza di fondo, che viene interrotta da un intervento in un momento noto. Le osservazioni vengono suddivise, nel caso più semplice, in due segmenti, il primo che comprende i dati riferiti all'evento prima dell'intervento, mentre il secondo comprende quelli riferiti dopo l'intervento. La stima dei parametri di livello e pendenza richiede un minimo di otto osservazioni prima e dopo l'implementazione del programma di intervento per avere una potenza sufficiente in grado di stimare i coefficienti di regressione. I dati ottenuti post-intervento vengono confrontati anche con lo scenario ipotetico in cui l'intervento non ha avuto luogo e la tendenza iniziale continua invariata. Tale scenario viene definito controfattuale e fornisce un confronto per valutare l'impatto dell'intervento. Il modello ITS, quindi, presuppone che il trend di una determinata misura sarebbe rimasta invariata in assenza dell'intervento (Pendolf et. al., 2013).

Il design ITS può essere suddiviso in due categorie a seconda dell'inclusione o meno di un gruppo di controllo: ITS singolo (SITS) o ITS controllato (CITS). I SITS confrontano i cambiamenti nel tempo prima e dopo l'intervento all'interno del gruppo esposto, mentre i CITS confrontano questi cambiamenti tra un gruppo esposto e un gruppo di controllo. Mentre SITS presuppone che la tendenza della misura di esito nel gruppo esposto sarebbe rimasta invariata in assenza dell'intervento, l'ipotesi del modello CITS afferma che il livello e la tendenza nel gruppo esposto sarebbero cambiati nello stesso modo osservato nel gruppo di controllo (Hategeka et.al., 2020).

Non tutti i design di ricerca si prestano ad essere trattati con tale metodologia. È necessario, infatti, tenere in considerazione la natura dell'intervento e del risultato, oltre che il tipo di dati disponibili. Il modello di intervento ITS richiede una chiara differenziazione tra pre- e post-intervento; pertanto, il periodo di implementazione dovrebbe essere definito per essere considerato separatamente. ITS funziona meglio con risultati a breve termine, in cui si prevede un cambiamento relativamente rapido, dopo l'implementazione di un intervento, o dopo un ritardo chiaramente definito. Quando viene progettato un disegno ITS e se ne analizzano i dati, ci sono importanti caratteristiche da tenere in considerazione, tra cui: (i) l'autocorrelazione, ovvero la correlazione tra dati raccolti in momenti ravvicinati; (ii) la non stazionarietà o il trend secolare, che si verifica quando i dati riportano un aumento o una diminuzione nel tempo in modo indipendente da qualsiasi intervento; (iii) la stagionalità o pattern ciclici; (iv) gli outlier; (v) altri interventi che potrebbero verificarsi nella serie di dati; e (vi) la dimensione del campione. Dopo aver scelto un design ITS, il passo seguente è ipotizzare come l'intervento avrebbe un impatto sul risultato se quest'ultimo risultasse efficace, specificando come il cambiamento si presenterà (Hudson et. al.,2019).

Uno dei punti di forza dell'approccio è la capacità di controllare l'effetto delle tendenze secolari (*secular trends*) in una serie temporale di misure di esito. Con il termine *secular trends* si fa riferimento a cambiamenti gradualmente e a lungo termine che avvengono rispetto un determinato fenomeno. Queste tendenze riflettono cambiamenti fondamentali e persistenti che non sono attribuibili a fluttuazioni a

breve termine o cicli stagionali, ma piuttosto a fattori di fondo più profondi e stabili. Nella ricerca, è importante distinguere le tendenze secolari da altri tipi di cambiamenti perché possono influenzare i risultati degli studi. Ad esempio, quando si analizzano i dati longitudinali, non tenere conto delle tendenze secolari può portare a conclusioni errate. Per questo motivo, nelle analisi di serie temporali, le tendenze secolari devono essere considerate e spesso vengono rimosse o modellate separatamente per capire meglio i fenomeni più immediati e specifici che si stanno studiando. Tramite il modello ITS è possibile condurre analisi rispetto ai tassi di popolazione anziché i dati a livello individuale. Un altro punto di forza di tale metodologia risiede nel fornire risultati grafici estremamente facili e chiari da interpretare. Il lettore può facilmente identificare quando è avvenuto il cambiamento, cosa stava accadendo prima cosa è accaduto immediatamente dopo, così come le variazioni al follow-up (Pendolf et.al., 2013).

L'approccio statistico maggiormente utilizzato per stimare gli effetti degli interventi ITS è l'analisi della regressione segmentata. Questa rappresenta una tecnica che consente di modellare e valutare l'effetto di un intervento o di un cambiamento che si verifica in un momento specifico all'interno di una serie temporale. Nella regressione segmentata la serie temporale è divisa in segmenti prima e dopo l'intervento, in cui vengono stimati separatamente la pendenza della linea (tendenza) e i livelli (l'intercetta) per ciascun segmento. La serie temporale viene suddivisa in due o più segmenti basati su un punto di intervento noto (ad esempio, l'introduzione di una nuova politica, un evento significativo, o come nel nostro caso l'introduzione di un intervento). I parametri stimati forniscono informazioni cruciali sull'efficacia dell'intervento. Ad esempio, un cambiamento significativo nel livello post-intervento suggerisce che l'intervento ha avuto un effetto immediato, mentre un cambiamento nella tendenza indica un effetto duraturo nel tempo. La regressione segmentata è potente perché consente di controllare per tendenze preesistenti, e di distinguere tra effetti immediati o a lungo termine di un intervento. Inoltre, i risultati sono spesso presentati graficamente, il che li rende facilmente comprensibili anche per un pubblico non esperto. Una delle principali limitazioni è che la validità dell'analisi dipende dalla correttezza dell'identificazione del punto di intervento e dall'assenza di altri cambiamenti concomitanti che potrebbero

influenzare la serie temporale. Inoltre, la presenza di autocorrelazione non corretta può portare a stime distorte (Bernal et.al, 2017, Wagner et.al.,2002).

Infatti, una caratteristica dei dati raccolti nel tempo è che i punti tendono a essere correlati. Questo è noto come autocorrelazione o correlazione seriale. Questa associazione potrebbe essere positiva (per cui dati vicini nel tempo sono più simili dei punti dati più distanti) o negativa (per cui i punti dati vicini sono più dissimili dei punti dati più distanti). Un tipo specifico di autocorrelazione che può essere osservato nei progetti ITS con dati raccolti in un lungo periodo di tempo è la stagionalità, che si riferisce a modelli periodici, ripetitivi e prevedibili nei livelli delle serie temporali. Le osservazioni più vicine nel tempo sono spesso più fortemente correlate. In altre parole, un'osservazione al tempo T è linearmente correlata alle osservazioni che la precedono. A volte questo accade nei periodi immediatamente circostanti una particolare osservazione, mentre altre volte accade a intervalli regolari (Turner et. al., 2020).

Poiché le osservazioni successive in una serie temporale possono essere correlate tra loro, è importante considerare l'autocorrelazione nei modelli di regressione segmentata. Questo viene fatto utilizzando modelli autoregressivi (AR). In statistica, un modello autoregressivo (AR, dall'inglese *autoregressive model*) è un tipo di modello statistico utilizzato per descrivere e prevedere valori in una serie temporale, utilizzando i valori passati di una variabile per prevederne i suoi valori futuri. In un modello autoregressivo, il valore della serie temporale in un determinato momento è esprimibile come una combinazione lineare dei suoi valori precedenti, più un termine di errore che rappresenta le influenze casuali o non modellate. I modelli autoregressivi sono parte di una classe più ampia di modelli chiamati ARIMA (*AutoRegressive Integrated Moving Average*), che combinano autoregressione, media mobile e differenziazione per modellare serie temporali più complesse. Il modello ARIMA è un'estensione del modello ARMA che include un processo di differenziazione per trattare serie temporali non stazionarie, rendendolo più flessibile e applicabile a una gamma più ampia di dati temporali. I processi ARMA (*AutoRegressive Moving Average*) sono modelli statistici utilizzati per analizzare e prevedere serie temporali. Sono una combinazione di due componenti



fondamentali: l'autoregressione (AR) e la media mobile (MA). Il modello ARMA è utilizzato per modellare serie temporali che sono stazionarie, ovvero che hanno una media e una varianza costanti nel tempo. È adatto per serie temporali che non presentano tendenze o stagionalità significative, ma che mostrano una correlazione tra i valori osservati in momenti diversi (Rehal, 2022).

La componente AR esprime il valore attuale della serie temporale come una combinazione lineare dei suoi valori passati, basandosi sull'idea che ci sia una correlazione tra il valore corrente e i valori precedenti della serie. La componente MA esprime il valore corrente della serie come una combinazione lineare degli errori passati, che hanno un effetto sui valori attuali. I vantaggi di tale modello sono la semplicità e l'efficienza; infatti, funziona bene per dati stazionari e può essere usato per fare previsioni a breve termine. Le limitazioni principali sono la non stazionarietà, infatti non può essere applicato direttamente a serie non stazionarie, e la scarsa performance su dati complessi, come serie temporali che hanno una forte stagionalità (Rehal, 2022, Parkask, 2023).

I termini stagionalità e non stazionarietà sono concetti statistici che si riferiscono a caratteristiche specifiche di una serie temporale. La stagionalità si riferisce a pattern ripetitivi e regolari che si verificano a intervalli di tempo specifici, come giorni, mesi o anni. Tali pattern sono dovuti a fattori stagionali o ciclici, come le stagioni meteorologiche, festività o cicli economici. Una serie temporale viene definita non stazionaria se le sue proprietà statistiche, come media e varianza, cambiano nel tempo. La non-stazionarietà rende più difficile fare previsioni accurate, poiché i modelli che funzionano bene in una parte della serie potrebbero non essere validi in altre. Una serie temporale stazionaria, al contrario, ha proprietà statistiche che rimangono costanti nel tempo. La stagionalità può contribuire alla non stazionarietà di una serie temporale. Se i pattern stagionali non fossero rimossi o trattati, la serie potrebbe sembrare non stazionaria (Parkask, 2023, Tate, 2023).

Il modello ARIMA, rispetto ai processi ARMA, include un termine aggiuntivo per gestire le serie non stazionarie. Il modello comprende tre componenti principali: Autoregressione (AR- AutoRegressive), che utilizza i valori passati per predire il valore corrente; Integrate (I), un processo per rendere la serie temporale stazionaria;

Media Mobile (MA-Moving Average) anch'esso serve per prevedere il valore corrente ma utilizzando le differenze tra i valori osservati e quelli previsti, ovvero gli errori. AR e MA rappresentano le componenti presenti anche nei processi ARMA, come descritti sopra. La componente I (Integrata), corrisponde al numero di differenziazioni necessarie per rendere la serie temporale stazionaria. Con differenziazione si fa riferimento a una tecnica utilizzata per trasformare una serie temporale non stazionaria in stazionaria. Tale processo consiste nel sottrarre il valore di un'osservazione da quello della sua precedente, ad esempio una componente di crescita o decrescita che rende la serie temporale non stazionaria, rendendola appunto più stazionaria. Le proprietà del modello ARIMA riguardano: (i) la stazionarietà, il modello può gestire serie temporali non stazionarie attraverso la differenziazione; (ii) la flessibilità, è capace di modellare una vasta gamma di componenti delle serie temporali; (iii) le previsioni, viene utilizzato per fare previsioni a breve e medio termine. Tuttavia, non gestisce bene le serie temporali con forte stagionalità (Gong, 2022).

Per decidere il numero di ritardi progressivi, ovvero i valori ritardati usati in un modello autoregressivo (AR), e di media mobile (MA) utili per i modelli ARIMA, vengono spesso utilizzate la funzione di autocorrelazione (ACF) e la funzione di autocorrelazione parziale (PACF). ACF rappresenta un coefficiente di correlazione tra le osservazioni di una serie temporale e i suoi valori passati, indicando quanto una variabile è correlata con i suoi valori ritardati. I valori ritardati (o lagged values in inglese) sono i valori passati di una serie temporale che vengono utilizzati in un modello per spiegare o prevedere i valori futuri della stessa serie. I ritardi autoregressivi sono cruciali perché catturano la dipendenza temporale nella serie, permettendo di costruire modelli che possono fare previsioni basate su dati storici. Il numero di ritardi deve essere scelto attentamente per bilanciare accuratezza e semplicità del modello. La correlazione viene stimata per ogni ritardo e tracciata su un grafico che mostra il coefficiente di correlazione ad ogni ritardo. La funzione di autocorrezione parziale (PACF) viene stimata controllando gli effetti di altri ritardi, usando generalmente la regressione lineare. Misura la correlazione tra le osservazioni di una serie temporale e i valori ritardati, eliminando l'influenza delle osservazioni intermedie. La PACF misura la correlazione diretta tra

un'osservazione e i suoi valori ritardati, considerando solo l'effetto specifico di un determinato ritardo e non quello indiretto attraverso ritardi intermedi (Rehal, 2022, Visual Design, 2022).

Vengono identificate alcune limitazioni legate all'analisi ITS. Tale analisi, per essere ritenuta valida presuppone che il cambiamento volontariamente inserito sia l'unica variabile cambiata nel momento demarcato, tutte le altre variazioni che potrebbero aver influenzato i dati vengono definiti interventi concorrenti. Un'analisi rigorosa tramite ITS richiede un'attenta considerazione degli interventi concorrenti. Qualsiasi studio che presenti i risultati di un ITS dovrebbe includere una discussione sugli interventi concorrenti potenziali. Inoltre, è essenziale tenere conto del bias di selezione, ovvero della possibilità che la composizione del gruppo di intervento cambi simultaneamente all'introduzione dell'intervento. Altre limitazioni includono il numero di osservazioni necessario per stimare accuratamente i parametri di livello e pendenza, che deve essere di almeno otto sia prima che dopo l'introduzione dell'intervento. Inoltre, non è disponibile una popolazione di controllo adeguata. Infine, l'ITS non può essere utilizzato per fare inferenze sui risultati a livello individuale quando la serie rappresenta tassi di popolazione. Per fare inferenze a livello individuale, il ricercatore dovrebbe costruire una serie temporale basata su misurazioni effettuate all'interno della stessa persona (Pendolf et.al., 2013)

## **II.VII Analisi dei dati**

Le analisi dei dati sono state svolte dal Dott. Giovanni Bruno e dal Dott. Andrea Spoto, ricercatori presso l'Università degli Studi di Padova.

Le analisi descrittive sono state effettuate utilizzando il pacchetto R *gtsummary* all'interno di R Studio 4.3.2 su un Apple MacBook, al fine di valutare le differenze nelle misure di esito, nel campione e nelle caratteristiche del trattamento successivo tra gli utenti che hanno ricevuto l'intervento ( $n = 411$ ) e quelli che non lo hanno ricevuto ( $n = 338$ ). L'analisi ha compreso la media, la deviazione standard, la

mediana, il range e diversi test statistici. Il test Chi-quadro di Pearson ( $\chi^2$ ) è stato impiegato per analizzare le differenze di genere e valutare le variazioni tra i gruppi riguardo al completamento del percorso e alle richieste ritirate. Inoltre, il test Wilcoxon rank-sum (W) è stato utilizzato per esaminare le differenze tra i gruppi in relazione a variabili quali età, numero di sedute psicologiche frequentate, giorni trascorsi in lista d'attesa e punteggi ottenuti in tre misure di esito. Il test di Wilcoxon rank-sum, noto anche come test di Mann-Whitney, è un metodo statistico non parametrico che consente di confrontare due campioni indipendenti per verificare se appartengono alla stessa popolazione. A differenza dei test parametrici, questo approccio non richiede l'assunzione di normalità. Il test ordina i dati di entrambi i campioni, assegna loro un rango e calcola la somma dei ranghi per ciascun gruppo. La statistica del test, infine, confronta queste somme per determinare se esiste una differenza significativa tra le due popolazioni (Dutta & Datta, 2016).

L'analisi *Interrupted Time Series* (ITS) a gruppo singolo è stata condotta su ciascuna delle tre misure di esito per valutare l'effetto del DWM su depressione, ansia e funzionamento tra gli utenti che hanno richiesto interventi psicologici faccia a faccia nel SAP-CP, tra ottobre 2021 e il 23 giugno 2022 (pre-intervento) e tra il 24 giugno 2022 e il 18 novembre 2023 (post-intervento). Le risposte individuali, raccolte da ottobre 2021 a novembre 2023 ( $n = 749$ ), sono state aggregate mensilmente, calcolando la media dei punteggi totali e la deviazione standard per ciascun punto temporale. A causa del numero ridotto di richieste in alcuni mesi, tre coppie di mesi adiacenti (aprile e maggio 2022, luglio e agosto 2023, settembre e ottobre 2023) sono state raggruppate in un unico punto temporale. Sebbene il numero limitato di richieste durante l'estate fosse prevedibile, la fluttuazione osservata nell'autunno 2023 potrebbe essere attribuita all'introduzione di finestre di accesso, di cui gli utenti potrebbero non essere stati inizialmente consapevoli. Il calo delle richieste nella primavera del 2022 potrebbe essere attribuito alle vacanze pasquali, un periodo in cui molti studenti fanno ritorno nelle loro città d'origine. Di conseguenza, per l'analisi finale sono stati considerati 8 punti temporali pre-intervento e 14 punti temporali post-intervento. L'analisi ITS a gruppo singolo è stata eseguita su ciascuna scala utilizzando un modello lineare con *Generalized Least Squares* (funzione 'gls' del pacchetto R *nlme*, Pinheiro et al., 2022), che

permette di tenere conto della possibile autocorrelazione dei dati (Fox & Weisberg, 2018), e la stima di massima verosimiglianza (ML). Per ogni scala, è stato inizialmente adattato un modello non correlato, impostando come principali predittori le seguenti variabili: Time (una variabile numerica che rappresenta l'ordine dei punti temporali), Intervento (una variabile dummy che indica se l'intervento è stato effettuato) e Time Post-Intervento (una variabile numerica che indica il tempo trascorso dall'inizio dell'intervento). Successivamente, il rischio di stagionalità, non-stazionarietà, autocorrelazione (ACF) e autocorrelazione parziale (PACF) è stato verificato sia graficamente, utilizzando le funzioni 'Afc' e 'Pacf' sui residui del modello dal pacchetto R *forecast* (Hyndman et al., 2023), sia inferenzialmente tramite il test di Durbin-Watson per l'autocorrelazione (Durbin & Watson, 1950) e il test di Dickey-Fuller Augmentato per la non-stazionarietà (Said & Dickey, 1984). Per migliorare l'adattamento del modello, sono stati confrontati diversi modelli autocorrelati con differenti ordini Auto Regressivi (p) e Media Mobile (q) utilizzando la funzione 'auto.arima' del pacchetto R *forecast*. Questa funzione ricerca una gamma di valori p e q, fissando l'indice di differenziazione della stazionarietà (d) tramite il test di Kwiatkowski-Phillips-Schmidt-Shin (KPSS). Infine, la funzione restituisce il modello con il punteggio AIC più basso. Se indicato dalla funzione, la struttura di correlazione ARMA generalizzata risultante è stata specificata per adattare il modello 'gls' migliorato, che è stato poi confrontato con il modello controfattuale avente una struttura ARMA equivalente. La stessa procedura è stata applicata a ciascuna delle tre scale.

## **CAPITOLO III: RISULTATI**

### **III.I Caratteristiche descrittive**

Il campione finale è composto da 749 studenti dell'Università di Padova, di cui 411 hanno ricevuto l'intervento, ossia hanno ottenuto via e-mail il manuale di auto-aiuto "*Doing Matter in Time of Stress: an illustrated guide*" (WHO, 2020), mentre 338 che, al contrario, non l'hanno ricevuto. Il campione complessivo è formato per il 67% da femmine e per il 33% da maschi. Tra coloro che non hanno ricevuto il trattamento la distribuzione è leggermente diversa (66% femmine e 34% maschi), ma rimane invariata tra coloro che hanno ricevuto l'intervento. L'età media dei partecipanti al momento della compilazione delle scale di valutazione è di 23.12 anni, con una differenza non significativa rispetto alla variabile intervento. Relativamente al genere, l'età media dei maschi è di 23.28 e quella delle femmine è di 23.04. Tuttavia, come indicato dalla Tabella 2, non sono state trovate differenze significative età, genere e punteggi ottenuti alle tre scale di valutazione (PHQ-9, GAD-7, WSAS) in relazione alla variabile intervento ( $p > 0.05$ ).

### **III.II Principali risultati**

La Tabella 2, oltre a mostrare le caratteristiche descrittive del campione, evidenzia i punteggi ottenuti alle tre scale di valutazione per depressione, ansia e funzionamento generale. Il punteggio medio del campione complessivo ottenuto al questionario sulla depressione (PHQ-9) è stato di 10.60. Il sottocampione che ha ricevuto il trattamento ha ottenuto una media di 10.64, mentre quello che non ha ricevuto il trattamento ha avuto una media di 10.55. Per quanto riguarda l'ansia, il punteggio medio del campione totale al questionario GAD-7 è stato di 10.35; il sottocampione trattato ha ottenuto una media di 10.45, mentre quello non trattato ha avuto una media di 10.22. Infine, il punteggio medio del campione totale al questionario sul funzionamento generale (WSAS) è stato di 15.30, con una media di 15.38 per il sottocampione trattato e di 15.20 per quello non trattato Tabella 2. La Figura 2 mostra i punteggi medi e l'errore standard di ciascuna delle tre misure di esito per ogni punto temporale durante il periodo dello studio, da ottobre 2021 a

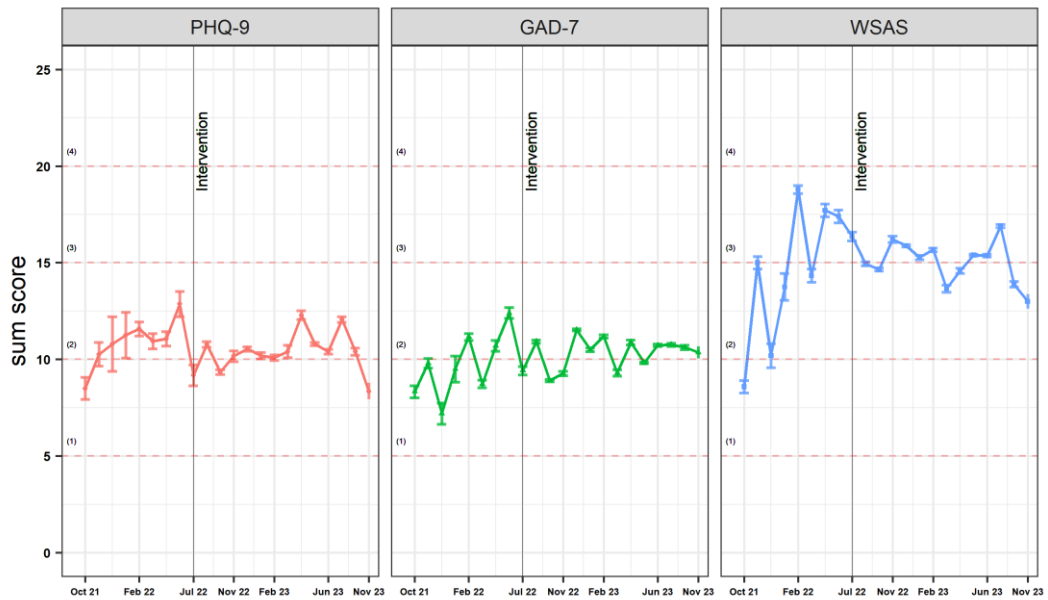
novembre 2023. I dati sono rappresentati da sinistra verso destra per ansia, depressione e funzionamento generale. Sono stati considerati 8 punti temporali prima dell'intervento e 14 punti temporali dopo l'inizio del trattamento.

Le Figure 3 (PHQ-9), 4 (GAD-7) e 5 (WSAS) illustrano il modello fattuale basato sui dati osservati, che mostra la serie temporale interrotta dall'introduzione dell'intervento, insieme alla linea di regressione del modello controfattuale, utilizzato per stimare cosa sarebbe accaduto in assenza dell'intervento, calcolato sui punti temporali pre-intervento per tutte e tre le misure di esito. Per stimare i parametri del modello di regressione e le traiettorie di sviluppo delle tre scale sono stati utilizzati i dati raccolti dal SAP-CP, come mostrano i dati riportati nella Tabella 3.

*Tabella 2. Caratteristiche degli utenti del Servizio di Assistenza Psicologia (SAP-CP).*

| Variabile                  | Campione<br>complessivo<br>N=749 | Intervento        |                       | <i>p-value</i> |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------|
|                            |                                  | Ricevuto<br>N=411 | Non ricevuto<br>N=338 |                |
| <b>Genere</b>              |                                  |                   |                       | 0.79           |
| Femmine                    | 499 (67%)                        | 276 (67%)         | 223 (66%)             |                |
| Maschi                     | 250 (33%)                        | 135 (33%)         | 115 (34%)             |                |
| <b>Età</b>                 |                                  |                   |                       | 0.21           |
| Media (DS)                 | 23.12 (2.70)                     | 23.04 (2.85)      | 23.21 (2.50)          |                |
| Mediana                    | 23                               | 23                | 23                    |                |
| Range                      | 19 - 52                          | 19 - 52           | 19 - 36               |                |
| <b>Punteggio<br/>PHQ-9</b> |                                  |                   |                       | 0.67           |
| Media (DS)                 | 10.60 (4.92)                     | 10.64 (4.87)      | 10.55 (4.99)          |                |
| Mediana                    | 10                               | 10                | 10                    |                |
| Range                      | 0-27                             | 0-27              | 0-26                  |                |
| <b>Punteggio<br/>GAD-7</b> |                                  |                   |                       | 0.34           |
| Media (DS)                 | 10.35 (4.04)                     | 10.45 (3.38)      | 10.22 (4.11)          |                |
| Mediana                    | 10                               | 10                | 10                    |                |
| Range                      | 0-21                             | 0-21              | 0-20                  |                |
| <b>Punteggio<br/>WSAS</b>  |                                  |                   |                       | 0.73           |
| Media (DS)                 | 15.30 (7.79)                     | 15.38 (7.65)      | 15.20 (7.98)          |                |
| Mediana                    | 15                               | 15                | 15                    |                |
| Range                      | 0-40                             | 0-38              | 0-40                  |                |





**Figura 2:** Rappresentazione grafica del punteggio totale medio grezzo e dell'errore standard per ogni punto temporale delle tre scale psicologiche. La linea verticale nera rappresenta l'inizio dell'intervento. Le linee tratteggiate orizzontali rosse rappresentano le soglie di gravità per le tre scale: PHQ-9: (1) = lieve, (2) = moderata, (3) = moderatamente grave e (4) = depressione grave; GAD-7: (1) = lieve, (2) = moderata, (3) = ansia grave; WSAS: (2) = compromissione funzionale significativa ma sintomatologia clinica meno grave e (4) = psicopatologia moderatamente grave o peggiore.

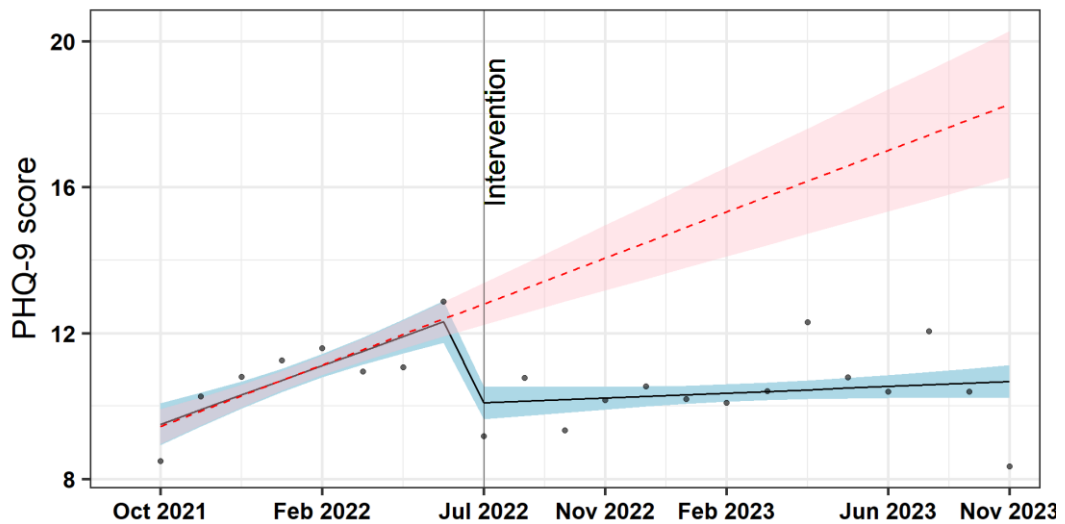
**Tabella 3:** Riepilogo dei modelli lineari GLS (minimi quadrati generalizzati) per le tre scale come variabili dipendenti.

| Scala valutativa | Parametro            | Stima | Errore Standard | Intervallo di Confidenza 95% | p-value |
|------------------|----------------------|-------|-----------------|------------------------------|---------|
| <b>PHQ-9</b>     | (Intercetta)         | 9.10  | 0.69            | [7.63 – 10.57]               | .000    |
|                  | Tempo                | 0.40  | 0.14            | [0.11 – 0.69]                | .010    |
|                  | Intervento           | -2.26 | 0.77            | [-3.89 – -0.64]              | .009    |
|                  | Time post-intervento | -0.35 | 0.15            | [-0.67 – -0.04]              | .029    |
| <b>GAD-7</b>     | (Intercetta)         | 7.62  | 0.78            | [5.98 – 9.27]                | .000    |
|                  | Tempo                | 0.47  | 0.15            | [0.14 – 0.79]                | .007    |
|                  | Intervento           | -1.50 | 0.86            | [-3.31 – 0.31]               | .099    |
|                  | Time post-intervento | -0.41 | 0.17            | [-0.76 – -0.05]              | .026    |
| <b>WSAS</b>      | (Intercetta)         | 9.83  | 0.87            | [7.99 – 1.67]                | .000    |
|                  | Tempo                | 1.06  | 0.17            | [0.69 – 1.43]                | .000    |
|                  | Intervento           | -2.62 | 0.96            | [-4.64 – -0.60]              | .014    |
|                  | Time post-intervento | -1.14 | 0.18            | [-1.52 – -0.75]              | .000    |

### *Depressione*

Non è stata rilevata alcuna evidenza di stagionalità o stazionarietà per le serie temporali del PHQ-9. Il confronto tra i modelli ARIMA ha suggerito di adattare un modello autoregressivo con una struttura di correlazione autocorrelata-media mobile di ordine ( $p=1$ ,  $q=0$ ). I risultati del modello adattato sono riportati nella Tabella 3. Prima dell'intervento, è stato evidenziato un aumento progressivo dei punteggi totali del PHQ-9,  $\beta = 0.40$ , intervallo di confidenza (IC) 95% = (0.11, 0.69). L'introduzione dell'intervento è stata associata a un brusco e immediato calo della depressione: cambiamento del livello  $\beta = -2.26$ , IC 95% = (-3.89, -0.64). Dopo l'intervento, è stata statisticamente rilevata una riduzione progressiva dei punteggi totali del PHQ-9 ( $\beta = -0.35$ , IC 95% = -0.67, -0.04). Pertanto, per quanto riguarda l'andamento del PHQ-9, l'intercetta, ovvero il valore iniziale al tempo 0, è stata stimata a 9.10 punti. La curva mostra un incremento di 0.40 per ogni intervallo di tempo successivo. Al momento dell'intervento, si osserva un brusco calo di -2.26.

Dopo l'intervento, il punteggio del PHQ-9 diminuisce progressivamente di -0.35 ad ogni intervallo di tempo successivo. Questo effetto sembra essere limitato a livello pratico, poiché il periodo post-intervento descrive un assestamento dei punteggi depressivi (Figura 3).

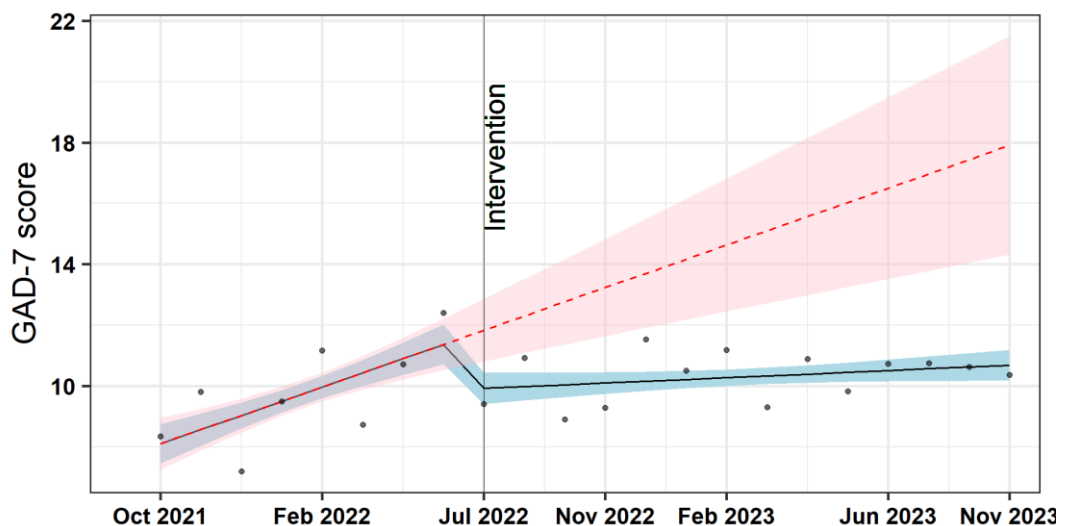


**Figura 3:** Serie temporale a gruppo singolo dei punteggi totali del PHQ-9, rappresentata dalla linea di regressione segmentata adattata con il modello correlato (linea nera, intervallo di confidenza in blu) e confrontata con il modello controfattuale (linea tratteggiata rossa, intervallo di confidenza in rosa). La linea orizzontale indica il punto di inizio dell'intervento.

### Ansia

Non è stata rilevata alcuna evidenza di stagionalità o stazionarietà per le serie temporali della scala GAD-7. La validità del modello non correlato è stata confermata dal confronto automatico dei modelli ARIMA per diverse strutture (p, q). Di conseguenza, non è stata specificata alcuna struttura ARMA per adattare il modello gls sui punteggi totali del GAD-7 ( $p=0$ ,  $q=0$ ). I risultati del modello adattato sono riportati nella Tabella 3. Prima dell'intervento, è stato evidenziato un aumento progressivo dei punteggi totali del GAD-7,  $\beta = 0,47$ , IC 95% = (0.14, 0.79). L'intervento è stato associato a una brusca e immediata riduzione dell'ansia ( $\beta = -1.50$ , IC 95% = -3.89, -0.65). Dopo l'intervento, è stata statisticamente rilevata una riduzione progressiva dei punteggi totali del GAD-7 ( $\beta = -0.41$ , IC 95% = -0.76, -0.05). Per quanto riguarda l'andamento del GAD-7, l'intercetta è stata

stimata a 7.62 punti. La curva mostra un incremento di 0.47 per ogni intervallo di tempo successivo. Al momento dell'intervento, si osserva un brusco calo di -1.50. Dopo l'intervento, il punteggio del GAD-7 diminuisce progressivamente di -0.41 ad ogni intervallo di tempo successivo. Anche in questo caso, l'effetto sembra essere limitato a livello pratico, poiché il periodo post-intervento descrive un assestamento dei punteggi di ansia (Figura 4).

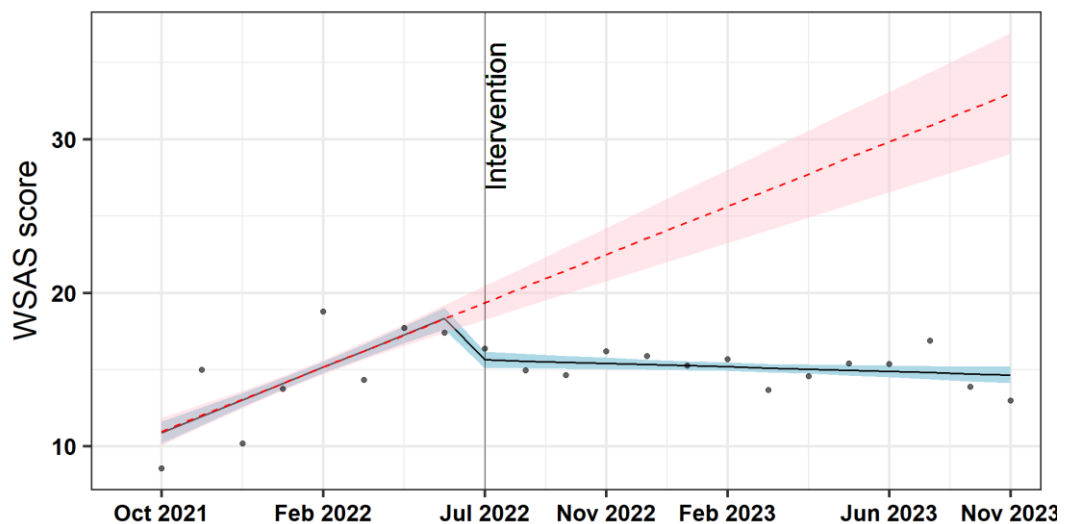


**Figura 4:** Serie temporale a gruppo singolo dei punteggi totali del GAD-7, rappresentata dalla linea di regressione segmentata adattata con il modello correlato (linea nera, intervallo di confidenza in blu) e confrontata con il modello controfattuale (linea tratteggiata rossa, intervallo di confidenza in rosa). La linea nera orizzontale indica il punto di inizio dell'intervento.

### *Funzionamento complessivo*

Non è stata rilevata alcuna evidenza statistica di stagionalità o stazionarietà per le serie temporali del questionario WSAS, sebbene ci fosse un rischio maggiore di autocorrelazione e stazionarietà, come evidenziato dal test di Durbin-Watson ( $DW = 1.49, p = .069$ ) e dal test di Dickey-Fuller (Dickey-Fuller =  $-3.57, p = .054$ ). Il confronto tra i modelli ARIMA ha suggerito di adattare un modello autoregressivo con una struttura di correlazione autocorrelata-media mobile di ordine ( $p=1, q=0$ ). I risultati del modello adattato sono riportati nella Tabella 3.

Prima dell'intervento, è stato rilevato un aumento progressivo dei punteggi totali del WSAS ( $\beta = 1,06$ , IC 95% = 0.69, 1.43). Come per depressione e ansia, l'introduzione dell'intervento è stata associata a un brusco calo dell'impatto sul funzionamento ( $\beta = -2.66$ , IC 95% = (-4.64, -0.60). Dopo l'intervento, è stata statisticamente rilevata una riduzione progressiva dei punteggi totali del WSAS ( $\beta = -1.14$ , IC 95% = -1.52, -0.75). Pertanto, per quanto riguarda l'andamento del WSAS, come mostrato dalla Tabella 3, l'intercetta è stata stimata a 9.83. La curva mostra un incremento di 1,06 per ogni intervallo di tempo successivo. Al momento dell'intervento, si osserva un brusco calo di -2.62. Dopo l'intervento, il punteggio del PHQ-9 diminuisce progressivamente di -1.14 ad ogni intervallo di tempo successivo. Anche in questo caso, l'effetto sembra essere limitato a livello pratico, poiché il periodo post-intervento descrive un assestamento dei punteggi di impairment funzionale (Figura 5).



**Figura 5:** Serie temporale a gruppo singolo dei punteggi totali del WSAS, rappresentata dalla linea di regressione segmentata adattata con il modello correlato (linea nera, intervallo di confidenza in blu) e confrontata con il modello controfattuale (linea tratteggiata rossa, intervallo di confidenza in rosa). La linea nera orizzontale indica il punto di inizio dell'intervento.

### **III.III Esiti dell'utilizzo del Servizio di Assistenza Psicologica (SAP-CP)**

La maggior parte degli utenti ha partecipato in media a dieci sedute psicologiche faccia a faccia, considerate dal colloquio di accoglienza alla conclusione del percorso. Il numero medio di sedute psicologiche effettuate da coloro che hanno ricevuto il trattamento risulta essere inferiore ( $M=8.13$ ,  $SD= 7.79$ ,  $Mdn=8$ ) rispetto al gruppo che non ha usufruito dell'intervento ( $M=12.82$ ,  $SD= 9.49$ ,  $Mdn=10$ ), con una differenza statisticamente significativa (Wilcoxon's rank-sum test  $W= 45556$ ,  $p<.001$ ). Inoltre, una percentuale maggiore di partecipanti ha ritirato la richiesta dopo l'introduzione del libretto DWM (11.2%, 46 su 411) rispetto a prima dell'introduzione (3.55%, 12 su 338), con una differenza significativa ( $p<.001$ ). Analogamente, una percentuale inferiore di partecipanti ha completato la terapia faccia a faccia dopo l'introduzione del DWM (75%, 309 su 411) rispetto a prima (85%, 287 su 338) con una differenza significativa ( $p<.05$ ).

Infine, il tempo di attesa medio, espresso in giorni, tra la richiesta di accesso e la compilazione dei questionari è stato inferiore per coloro che hanno ricevuto il manuale DWM ( $M = 94.90$ ,  $SD = 72.98$ ,  $Mdn=66$ ) rispetto al gruppo che non ha ricevuto il trattamento ( $M = 132.62$ ,  $SD = 90.40$ ,  $Mdn=116$ ), con una differenza statisticamente significativa ( $W= 88025$ ,  $p < .001$ ).

Per calcolare il tempo di attesa medio, dato che erano disponibili solo il mese e l'anno di richiesta di accesso al servizio, a tutti i soggetti è stato attribuito come data di riferimento il primo giorno del mese in cui hanno effettuato la richiesta.

Tabella 3: Esiti dell'utilizzo del SAP-CP.

| Variabile                       | Intervento               |                   |                        | <i>p-value</i> |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|----------------|
|                                 | Campione<br>finale N=749 | Ricevuto<br>N=411 | Non ricevuto<br>N= 338 |                |
| <b>Percorso concluso (n)</b>    | 596                      | 309               | 287                    | <.05           |
| <b>Richiesta ritirata (n)</b>   | 58                       | 46                | 12                     | <.001          |
| <b>Sedute psicologiche (n)</b>  |                          |                   |                        | <.001          |
| Media (DS)                      | 10.25 (8.91)             | 8.13 (7.79)       | 12.82 (9.49)           |                |
| Mediana                         | 8                        | 5                 | 10                     |                |
| Range                           | 0 - 54                   | 0 - 54            | 0 - 51                 |                |
| <b>Tempo di attesa (giorni)</b> |                          |                   |                        | <.001          |
| Media (DS)                      | 111.93 (83.39)           | 94.90 (72.98)     | 132.62 (90.40)         |                |
| Mediana                         | 76                       | 66                | 116                    |                |
| Range                           | 15 - 506                 | 16 - 427          | 15 - 506               |                |

## **CAPITOLO IV: DISCUSSIONE**

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia di un manuale di auto-aiuto non guidato nel ridurre i sintomi di depressione e ansia, e nel migliorare il funzionamento generale in un campione di studenti dell'Università di Padova in lista d'attesa per una terapia faccia a faccia presso il Servizio di Ascolto Psicologico (SAP-CP). Il manuale di auto-aiuto "*Doing What Matter in Times of Stress: an illustrate guide*" (DWM) è stato implementato per far fronte alle lunghe liste d'attesa del servizio.

### **IV.I Analisi dei risultati, punti di forza e limiti dello studio**

Gli esiti presentati nel capitolo precedente si basano su dati raccolti in due periodi distinti: il primo, tra aprile 2021 e ottobre 2023, riguarda le richieste di accesso al servizio presentate dagli studenti; il secondo, tra ottobre 2021 e novembre 2023, comprende la raccolta delle osservazioni relative alle misure di esito (punteggi delle scale PHQ-9, GAD-7 e WSAS) dei pazienti che avevano precedentemente fatto richiesta. Su questi sono state condotte le analisi statistiche basate sul disegno delle serie temporali interrotte, uno degli approcci più robusti per valutare gli effetti degli interventi quando la randomizzazione non è fattibile, come nel nostro caso. I principali risultati mostrano una tendenza verso un miglioramento dei sintomi depressivi, ansiosi e del funzionamento generale nella valutazione clinica che precede l'inizio delle sessioni faccia a faccia, a partire dall'introduzione dell'intervento. In particolare, l'impatto dell'intervento è diventato progressivamente più marcato su tutti e tre i parametri considerati, con tendenze post-intervento stabili che ne supportano l'efficacia. I risultati relativi alla scala WSAS, inoltre, si sono rivelati i più solidi, mostrando un intervallo di confidenza più ristretto rispetto agli altri due parametri, sia nella stima del modello controfattuale che nella linea di tendenza, evidenziando un impatto clinico rilevante dell'intervento. L'analisi delle scale PHQ-9, GAD-7 e WSAS ha evidenziato un decremento significativo dei punteggi a partire dal primo rilevamento successivo all'introduzione del manuale di auto-aiuto, avvenuta il 23 giugno 2022. I dati



evidenziano una marcata riduzione dei punteggi ai questionari compilati a luglio 2023, *time* che coincide con la prima valutazione post-intervento. Tuttavia, è importante tenere in considerazione alcuni fattori che potrebbero aver influenzato i risultati e i punteggi dei questionari raccolti durante la prima sessione post-intervento, oltre all'introduzione del manuale. In primo luogo, il numero limitato di osservazioni nel primo periodo post-intervento riduce la possibilità di generalizzare i risultati. Inoltre, il mese di luglio, che coincide con la conclusione dell'anno accademico e l'inizio delle vacanze estive, potrebbe aver contribuito a un miglioramento generale del benessere psicologico degli studenti, indipendentemente dall'uso del manuale. Anche le condizioni climatiche più favorevoli, tipiche del periodo estivo, potrebbero aver giocato un ruolo nel determinare questo effetto positivo. Tuttavia, va notato che un simile effetto non è emerso in altre misurazioni condotte durante i mesi estivi, come ad esempio quelle del 2023. Un ulteriore elemento da considerare nell'interpretazione dei risultati è il contesto socio-storico in cui lo studio è stato condotto. La pandemia da COVID-19 ha profondamente modificato le dinamiche universitarie, influenzando significativamente il benessere psicologico degli studenti. Le restrizioni legate al contenimento del virus, come la didattica a distanza e le limitazioni sociali, potrebbero aver contribuito ad aumentare i livelli di ansia e depressione nei mesi precedenti l'introduzione del manuale. La graduale ripresa delle attività in presenza a partire da settembre 2022 potrebbe aver determinato un miglioramento generale del benessere psicologico degli studenti, indipendentemente dall'effetto del manuale. Pertanto, la diminuzione dei punteggi osservata a partire da luglio 2022 potrebbe essere in parte attribuibile a questo effetto di normalizzazione post-pandemica, piuttosto che esclusivamente all'impatto del manuale

Gli esiti dell'utilizzo del SAP-CP hanno mostrato che gli utenti che hanno avuto accesso al manuale di auto-aiuto hanno richiesto, in media, un numero inferiore di sessioni di terapia faccia a faccia rispetto a coloro che non ne hanno usufruito. Questo dato potrebbe essere attribuito, seppur in parte, all'efficacia del manuale nel ridurre i sintomi e migliorare il benessere, diminuendo così la necessità di un intervento più intensivo. Inoltre, si è osservato un aumento del numero di richieste di terapia ritirate dopo l'introduzione del manuale DWM, e una conseguente

diminuzione della percentuale di utenti che hanno completato il ciclo di terapia faccia a faccia. Questi dati suggeriscono che il manuale potrebbe aver contribuito a soddisfare il bisogno di supporto psicologico di alcuni utenti, riducendo la necessità di accedere alla terapia tradizionale.

Un altro effetto positivo dell'introduzione del manuale è stata una lieve riduzione dei tempi di attesa per accedere alla terapia faccia a faccia, passati da una media di 119 a 80 giorni. Questo risultato è probabilmente dovuto all'opportunità offerta agli utenti di iniziare un percorso di auto-aiuto durante il periodo di attesa, alleggerendo il carico del servizio e ottimizzando l'organizzazione delle risorse. È importante sottolineare che, in alcuni casi, il tempo trascorso tra la ricezione del manuale e la valutazione dei risultati è stata relativamente breve. Pertanto, ulteriori ricerche con tempi di follow-up più lunghi potrebbero fornire informazioni più precise sull'impatto a lungo termine del DWM.

Oltre a quanto già discusso, è importante considerare le seguenti limitazioni nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, il disegno ITS non è randomizzato, il che rende impossibile escludere che fattori diversi dall'intervento possano aver influenzato le tendenze osservate nelle misure di ansia, depressione e funzionamento. In secondo luogo, il numero di osservazioni disponibili per le misure di esito (*time*) prima dell'intervento (8) è inferiore rispetto a quelle post-intervento (14). Ciò è dovuto al fatto che, prima del 2021, i questionari non venivano somministrati regolarmente. Secondo Wagner et al., è necessario un minimo di 12 osservazioni per valutare correttamente la stagionalità nei dati mensili delle serie temporali. Un numero inferiore di osservazioni temporali potrebbe mascherare gli effetti stagionali e contribuire ad ampliare gli intervalli di confidenza nei modelli controfattuali, come osservato, ad esempio, nei punteggi di ansia generalizzata (GAD-7). In terzo luogo, alcune osservazioni risultano sottorappresentate, specialmente nella fase pre-intervento. Per ovviare a ciò, in 3 occasioni (aprile e maggio 2022, luglio e agosto 2023, settembre e ottobre 2023) abbiamo aggregato gli utenti dei periodi adiacenti per evitare di basarci su periodi con pochi dati. Tuttavia, questa soluzione influisce sulla comparabilità delle osservazioni e potrebbe limitare l'analisi di specifiche caratteristiche stagionali o mensili. In quarto luogo, la plausibilità del modello controfattuale può essere messa

in discussione. Ad esempio, non è realistico pensare che, in assenza dell'intervento, l'impatto sul funzionamento, come indicato dal punteggio WSAS totale, sarebbe aumentato a 35 punti nel novembre 2023. In realtà, è improbabile che tutte le misure degli esiti continuino a crescere senza limite nel tempo. Ciò potrebbe indicare che le differenze relative, in particolare a novembre 2023, siano state sovrastimate.

#### **IV.II Trattamenti a bassa intensità: una risorsa crescente per fronteggiare le liste d'attesa e promuovere la salute mentale**

Il presente studio si colloca in una letteratura ancora limitata ma in crescita sull'uso di interventi di auto-aiuto a bassa intensità e basati sul web, volti a ottimizzare il tempo di attesa dei pazienti prima del trattamento. Approfondire questa linea di ricerca diventa cruciale, considerando l'aumento costante di persone che si rivolgono ai centri di salute mentale, compresi quelli universitari, e che inevitabilmente contribuiscono all'allungamento delle liste d'attesa.

L'elevata prevalenza di disturbi mentali, in particolare depressione e ansia, tra gli studenti universitari, e il conseguente impatto negativo sul loro funzionamento suggeriscono che i servizi di salute mentale delle università continueranno a ricevere un numero crescente di richieste di trattamento (Auerbach et. Al., 2016). Le tendenze in aumento erano già preoccupanti prima della pandemia di COVID-19. Un'analisi condotta dal *Center for Collegiate Mental Health*, che ha analizzato i dati di 86 istituzioni statunitensi su 6 anni accademici (2009-2015), ha rilevato un aumento medio del 28% nel numero di studenti che accedevano ai centri di consulenza, un incremento che non può essere attribuito esclusivamente all'aumento delle iscrizioni (Xiao et. Al., 2017). Durante la pandemia di COVID-19, si è osservato un lieve, ma non significativo, aumento dei problemi di salute mentale (inclusi depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico) rispetto al periodo pre-pandemico (Witteveen et al., 2023). I disturbi mentali, così come i pensieri e comportamenti suicidari tra gli studenti universitari, sono associati a gravi conseguenze a lungo termine, come un calo del rendimento accademico, un rischio maggiore di abbandono degli studi e una ridotta funzionalità nella vita futura

(Ebert et al., 2019). Inoltre, è sempre più evidente che la vita universitaria oggi comporti livelli di stress superiori rispetto al passato, a causa di fattori esterni come le difficoltà economiche e le crescenti aspettative. In questo contesto, la consulenza psicologica non si limita a supportare gli studenti in difficoltà, ma rappresenta un vero e proprio investimento nel loro benessere globale. Aiutandoli a gestire lo stress, migliorare le capacità di coping e sviluppare una maggiore consapevolezza di sé, la consulenza favorisce non solo il benessere psicologico, ma anche il raggiungimento di migliori risultati accademici. Numerose ricerche confermano l'efficacia degli interventi di consulenza nel ridurre in modo significativo il disagio psicologico degli studenti universitari (McKenzie et al., 2015). Nonostante queste evidenze, quasi due terzi degli studenti con problemi di salute mentale non utilizzano servizi di salute mentale, neanche quando presenti all'interno delle università. Ebert et. al (2019) sottolineano che solo il 24,6% degli studenti ha dichiarato che cercherebbe sicuramente un trattamento in caso di futuri problemi emotivi. Tra i principali benefici percepiti dagli studenti universitari nella ricezione di servizi di salute mentale ci sono stati la riduzione dello stress, il miglioramento del funzionamento mentale e la risoluzione di problemi personali, suggerendo che molti considerano il trattamento come efficace (Vidourek et. al., 2014). Tuttavia, questo dato varia considerevolmente in base ai diversi servizi, contesti e paesi. I risultati evidenziano anche disuguaglianze nell'accesso ai servizi, legate alle caratteristiche degli studenti. Ad esempio, le donne e i gruppi LGBTQ+ hanno maggiori probabilità di usufruire dei servizi, mentre gli uomini, alcuni studenti internazionali e studenti appartenenti a minoranze etniche tendono ad accedervi meno frequentemente in alcuni contesti (Osborn et al., 2024). Sono emerse significative differenze di genere riguardo ai servizi di salute mentale: le donne mostrano atteggiamenti meno stigmatizzanti nei confronti del trattamento rispetto agli uomini e tendono a riportare benefici maggiori, mantenendo in generale un approccio più positivo verso i percorsi terapeutici. Inoltre, per quanto riguarda l'età, gli studenti più giovani percepiscono un numero significativamente maggiore di ostacoli rispetto ai colleghi più grandi (Vidourek et. al., 2014). Poiché molti studenti sembrano avere difficoltà ad accedere alle cure psicologiche universitarie, sono state proposte alternative come i servizi di salute mentale online negli Stati Uniti.

Questi servizi (noti anche come telepsicologia o terapia online) offrono trattamenti da remoto attraverso computer o dispositivi mobili, facilitando un maggiore accesso e utilizzo per una vasta gamma di problematiche psicologiche e categorie di pazienti. La maggior parte degli studenti con necessità di supporto sembra disposta a utilizzare tali servizi online (Dunbar et al., 2018).

I problemi di salute mentale non trattati non solo compromettono il rendimento accademico degli studenti, ma influiscono negativamente anche sugli altri all'interno degli ambienti di vita universitari. Condizioni più gravi, come suicidalità e comportamenti problematici, possono avere un impatto traumatico anche su docenti e personale. Pertanto, la relazione tra la salute mentale degli studenti e i comportamenti problematici non è semplice e necessita di un'attenzione particolare da parte delle istituzioni (Ebert et. al 2019).

Nell'ambito della salute mentale, misurare regolarmente gli esiti clinici è fondamentale per monitorare, valutare e migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi. Gli esiti sono indicatori quantitativi che riflettono la gravità dei sintomi o dei disturbi dei pazienti. Valutando la variazione di questi indicatori nel tempo, è possibile determinare l'efficacia di un trattamento e identificare i fattori associati al successo o al fallimento terapeutico. L'utilizzo di misure di esito offre numerosi vantaggi. In primo luogo, permette di monitorare costantemente i progressi dei pazienti, consentendo ai clinici di adattare i trattamenti in base alle necessità individuali. Questo approccio permette di individuare tempestivamente cambiamenti significativi, positivi o negativi, facilitando interventi correttivi o ulteriori approfondimenti. In secondo luogo, le misure di esito consentono di prevenire il deterioramento psicologico e di gestire tempestivamente situazioni a rischio, come ad esempio l'aumento del rischio suicidario. In terzo luogo, l'utilizzo di misure di esito promuove un approccio basato sull'evidenza, in cui le decisioni cliniche si fondano su dati oggettivi e non solo sull'intuito del terapeuta. Questo aumenta la trasparenza e la responsabilità nei trattamenti psicologici, favorendo l'adozione di pratiche *evidence-based*. Infine, le misure di esito consentono di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, identificando quando un paziente ha raggiunto obiettivi terapeutici sufficienti per concludere il trattamento. È importante sottolineare che è fondamentale monitorare non solo i miglioramenti, ma anche i

possibili effetti negativi del trattamento. Studi recenti stimano che una percentuale compresa tra il 5% e il 10% dei pazienti adulti peggiori dopo aver completato una terapia (Lambert et. al., 2018). Pertanto, la valutazione sistematica degli esiti è cruciale per garantire la qualità e l'efficacia dei servizi psicologici.

Le lunghe liste d'attesa rappresentano una criticità ampiamente diffusa nei servizi clinici psicologici, non solo universitari. La crescente domanda di trattamenti per la salute mentale, spesso superiore all'offerta, determina tempi di attesa prolungati che rappresentano un ostacolo significativo per i pazienti. Sebbene le modalità di gestione delle liste d'attesa varino notevolmente tra i diversi contesti, la percezione comune è che l'attesa abbia un impatto negativo sulla salute psicologica e comportamentale (Peipert et al., 2022). La letteratura scientifica conferma che i tempi di attesa prolungati possono compromettere l'adesione al trattamento psicologico e ridurre l'efficacia (Krendl e Lorenzo-Luaces, 2021), oltre che avere effetti negativi sui sintomi probabilmente anche dovute alle aspettative psicologiche negative legate all'attesa per il trattamento desiderato (Furukawa et. al., 2014). La pandemia di COVID-19, ha ulteriormente aggravato questa situazione, allungando i tempi di attesa da circa 9 a circa 13 settimane, con un impatto ancora più significativo sull'accesso alle cure (Peipert et al., 2022). Per far fronte a questa crescente domanda, alcuni ricercatori suggeriscono l'utilizzo di trattamenti a bassa intensità, come le terapie comportamentali online (iCBT). Tuttavia, nonostante l'evidenza scientifica a sostegno di queste modalità di intervento, la loro diffusione è ancora limitata, tanto che solo il 14,6% delle iCBT risulta essere accessibile ai pazienti. Inoltre, un sondaggio condotto su professionisti della salute mentale ha rivelato che, sebbene la maggior parte di essi mantenga liste d'attesa, pochi consigliano ai pazienti l'utilizzo di risorse autogestite come libri o app durante il periodo di attesa (Peipert et al., 2022).

Diversi ragioni possono spiegare la discrepanza tra l'evidenza scientifica a favore degli interventi a bassa intensità e la loro scarsa diffusione nella pratica clinica. Una delle principali preoccupazioni degli operatori riguarda l'importanza dell'alleanza terapeutica e la possibilità che i pazienti non traggano beneficio da trattamenti senza un contatto interpersonale diretto. Sebbene questa preoccupazione sia comprensibile, numerosi studi dimostrano l'efficacia degli interventi autoguidati

rispetto al non trattamento o al trattamento consueto (Carlbring et al., 2018). Inoltre, vi è la convinzione che i pazienti possano non essere sufficientemente motivati ad aderire a questi trattamenti. Tuttavia, gli studi comparativi non hanno evidenziato differenze significative in termini di abbandono tra le terapie online e quelle faccia a faccia (Carlbring et al., 2018). È importante sottolineare che gli interventi a bassa intensità non sono pensati come sostituti della terapia faccia a faccia, ma come un'integrazione valida, soprattutto in un contesto di carenza di operatori professionisti. Sebbene la relazione terapeutica sia fondamentale, la necessità di garantire l'accesso alle cure a un numero sempre maggiore di persone rende indispensabile esplorare soluzioni alternative (Peipert et. al., 2022). Un ulteriore ostacolo segnalato dagli operatori è la difficoltà nel reperire trattamenti a bassa intensità basati su evidenze scientifiche. Molte delle *app* per la salute mentale disponibili sul mercato non sono state validate clinicamente e non seguono principi di pratica basata sulle prove (Peipert et. al., 2022). Questo divario tra ricerca e pratica rappresenta una sfida significativa per il settore della psicologia clinica.

Lo studio di Peipert et. al. (2023) evidenzia come l'ambiente di lavoro influenzi significativamente l'adozione di interventi a bassa intensità. Nello specifico, i professionisti privati, pur mostrando interesse per le risorse di auto-aiuto online, sembrano meno propensi a utilizzarle in modo strutturato rispetto ai colleghi che lavorano in altri contesti. Questa discrepanza potrebbe essere attribuita alla loro maggiore autonomia nel personalizzare gli interventi o a una minore familiarità con le tecnologie digitali. Inoltre, vengono individuati una serie di ostacoli all'implementazione degli interventi a bassa intensità con l'intento di alleggerire le liste d'attesa. Tra le principali barriere emergono: la difficoltà nel valutare l'idoneità dei pazienti, la complessità organizzativa e logistica per i professionisti nel fornire interventi a bassa intensità, limitata conoscenza scientifica, le difficoltà di accesso ai pazienti come ad esempio, a barriere linguistiche o socioeconomiche e, infine, le preoccupazioni di natura legale ed etica relative alla responsabilità dei professionisti nel raccomandare tali interventi ai pazienti in attesa di trattamento (Peipert et. Al., 2023). Nonostante tali difficoltà, stanno emergendo sempre più interventi a bassa intensità che seguono criteri basati su evidenze scientifiche o che sono stati oggetto di studi in sperimentazioni cliniche. Oltre al manuale gratuito

implementato in questo studio *Doing What Matters in Times of Stress: an illustrate guide* (WHO, 2020), un altro esempio di auto-aiuto non guidato è rappresentato dal progetto “*Dicci come aiutarti*”. Questo progetto, fondato sulla psicoeducazione, ha l’obiettivo di orientare le persone che soffrono di disturbi alimentari auto-dichiarati verso cure cliniche adeguate, fornendo informazioni scientificamente validate sui disturbi alimentari e sui concetti correlati, nonché favorendo un aumento della motivazione al trattamento e della consapevolezza riguardo alla malattia. Il profilo Instagram associato al progetto offre contenuti basati su evidenze, con l’intento di spiegare come affrontare i sintomi e gestire la patologia. Questi contenuti includono testimonianze, consigli di esperti e strategie per migliorare la gestione quotidiana dei disturbi alimentari, facendo leva su narrazioni di persone che hanno superato la malattia. L’attività dell’account è perfettamente in linea con gli obiettivi dei trattamenti di auto-aiuto: attraverso l’utilizzo di materiali educativi e informativi, si cerca di responsabilizzare i pazienti, fornendo loro le competenze e le conoscenze necessarie per affrontare la propria condizione. Inoltre, il progetto “*Dicci come aiutarti*” mira a sviluppare un programma di psicoeducazione che non solo fornisca supporto informativo, ma integri anche l’aiuto professionale con il supporto tra pari, creando così una rete di sostegno più completa e accessibile. Questo approccio olistico è pensato per offrire ai pazienti non solo strumenti pratici per gestire la malattia, ma anche un importante supporto emotivo e motivazionale, indispensabile nel percorso di guarigione. Il progetto rappresenta quindi un esempio concreto di come l’intervento psicologico possa evolversi, diventando sempre più inclusivo e personalizzato, pur rimanendo accessibile a un’ampia fascia della popolazione grazie all’utilizzo di piattaforme digitali (Albano et. al., 2023).

Pertanto, i servizi di salute mentale universitari potrebbero valutare l’opportunità di offrire una varietà di strumenti di auto-aiuto online, sia guidati che non guidati, da utilizzare come prima scelta terapeutica, per ridurre le liste d’attesa o come integrazione ai trattamenti standard. Tuttavia, è importante sottolineare che non tutti gli strumenti di auto-aiuto sono efficaci, e prima della loro attuazione pratica, è fondamentale disporre di evidenze che ne attestino l’efficacia (O’Mara et. al., 2023, Wang et. al., 2024).



### IV.III Prospettive future

L'implementazione di protocolli di auto-aiuto, soprattutto in formato digitale, rappresenta un'opportunità cruciale per affrontare le crescenti liste d'attesa nei servizi di salute mentale, in particolare tra gli studenti universitari. L'adozione di questi interventi, spesso a bassa intensità e facilmente accessibili, potrebbe ridurre il carico di richieste sui servizi psicologici tradizionali, offrendo un primo livello di supporto utile per gestire ansia, stress e depressione. Oltre a garantire un accesso più tempestivo alle cure, tali protocolli promuovono un approccio proattivo alla salute mentale, incoraggiando gli studenti a sviluppare strategie di coping efficaci già nelle fasi iniziali delle difficoltà psicologiche. Inoltre, implementare interventi a bassa intensità, come quelli basati sull'auto-aiuto, potrebbe rappresentare un'opportunità significativa per ampliare le prospettive lavorative degli psicologi, anche non psicoterapeuti, all'interno del sistema sanitario. Professionisti che, secondo l'Ordinamento della Professione di Psicologo, sono autorizzati a fornire supporto e consulenza psicologica e potrebbero contribuire in modo significativo nel gestire casi non gravi (L. 56/1989). In paesi come l'Inghilterra, questo approccio è già stato adottato con successo, integrando figure professionali che si occupano di supporto psicologico di base e di promozione del benessere mentale, senza che queste siano necessariamente psicoterapeuti. Infatti, come già presentato nei capitoli precedenti, il modello inglese del programma *Talking Therapies* prevede l'impiego di professionisti che offrono interventi a bassa intensità per disturbi comuni come ansia e depressione, spesso sotto forma di sessioni di auto-aiuto guidato, o incontri brevi (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2024). Questi interventi inseriti all'interno di un modello di cura *stepped-care*, seppur più brevi e meno intensivi, hanno dimostrato di essere efficaci, riducendo l'impatto dei disturbi mentali sui pazienti e sul sistema sanitario, anche a livello economico (Radhakrishnan et. al., 2013). In Italia, invece, il contesto dei servizi pubblici vede la prevalente presenza di psicoterapeuti, escludendo spesso psicologi che non abbiano conseguito la specializzazione in psicoterapia. Questo riduce le possibilità di offrire interventi più differenziati e di gestire una vasta gamma di bisogni psicologici che non richiedono necessariamente un trattamento psicoterapeutico intensivo. Estendere il ruolo degli psicologi non psicoterapeuti nei

servizi pubblici, per esempio attraverso l'implementazione di interventi a bassa intensità, potrebbe non solo migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale per la popolazione, ma anche creare nuove opportunità lavorative per chi non ha scelto il percorso della psicoterapia. Adottare un sistema simile potrebbe quindi permettere di rispondere in modo più rapido e mirato alle richieste di supporto psicologico, ottimizzando le risorse e riducendo i tempi d'attesa, soprattutto per problematiche di lieve o media entità.

## CONCLUSIONE

La presente tesi ha analizzato l'implementazione del manuale di auto-aiuto *Doing What Matters in Times of Stress: an illustrated guide* all'interno del Servizio di Assistenza Psicologica per studenti dell'Università di Padova, collocando tale intervento in una cornice teorica che considera l'auto-aiuto e gli interventi a bassa intensità. I risultati suggeriscono che il manuale potrebbe rappresentare un'opzione efficace per gli studenti in attesa di trattamento, contribuendo a ridurre i sintomi di ansia e depressione e a migliorare il funzionamento generale. Tuttavia, sono necessarie ulteriori analisi per stabilire un nesso causale diretto tra l'introduzione del manuale e la riduzione dei sintomi, isolando l'effetto specifico del manuale e fornendo un quadro più completo dell'impatto dell'intervento.

L'implementazione di trattamenti a bassa intensità, come l'auto-aiuto guidato, rappresenta una promettente frontiera nell'erogazione dei servizi psicologici, sia in contesti pubblici che privati. Questi interventi offrono diversi vantaggi: maggiore accessibilità, riduzione dei costi e potenziamento delle risorse individuali. Inoltre, potrebbero aprire nuove prospettive lavorative per gli psicologi, anche non abilitati alla psicoterapia. Modelli come lo *Stepped-Care*, già adottati in paesi, dimostrano l'efficacia di questo approccio.

In conclusione, questa tesi evidenzia il potenziale degli interventi a bassa intensità nell'ampliare l'accesso ai servizi di salute mentale e nel migliorare l'efficienza dei sistemi di cura. L'implementazione di questi interventi richiede un'attenta valutazione e un'adeguata formazione degli operatori, ma potrebbe rappresentare un importante supporto per la psicologia clinica.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Albano, G., Lo Coco, G., Teti, A., Semola, M., Valenti, F., Pastizzaro, C. D., ... & Gullo, S. (2023). # How Can We Help You?: An Instagram-Based Online Self-Help for Eating Disorders. *Sustainability*, 15(3), 2389.
2. Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., ... & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: results of the WHO world mental health surveys international college student project. *Depression and anxiety*, 35(9), 802-814.
3. Amanvermez, Y., Zhao, R., Cuijpers, P., de Wit, L. M., Ebert, D. D., Kessler, R. C., ... & Karyotaki, E. (2022). Effects of self-guided stress management interventions in college students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 28, 100503.
4. Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological medicine*, 46(14), 2955-2970.
5. Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623.
6. Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., Parabiaghi, A., D'Avanzo, B., & Lesage, A. (2016). Do people with bipolar disorders have access to psychosocial treatments? A survey in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(4), 334-344.

7. Beatty, L., & Lambert, S. (2013). A systematic review of internet-based self-help therapeutic interventions to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions. *Clinical psychology review*, 33(4), 609-622],
8. Bernal, J. L., Cummins, S., & Gasparrini, A. (2017). Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *International journal of epidemiology*, 46(1), 348-355.
9. Brandon, T. H., Simmons, V. N., Sutton, S. K., Unrod, M., Harrell, P. T., Meade, C. D., ... & Meltzer, L. R. (2016). Extended self-help for smoking cessation: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(1), 54-62].
10. Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1-18.
11. Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP), (2021, 14 dicembre). *Carta dei servizi del Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici*.
12. Cittadinanza attiva (2023). <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/15741-urgenza-sanita-presentato-da-cittadinanzattiva-il-rapporto-civico-sulla-salute-2023.html>
13. Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annual review of clinical psychology*, 14(1), 159-183.

14. Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., ... & Roy-Byrne, P. P. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and anxiety*, 26(3), 235-242.
15. Cuijpers, P., & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *Current psychiatry reports*, 9, 284-290
16. Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(5), 325-331.
17. Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.
18. Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Tay, A. K., Rahman, A., Schafer, A., & Van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14(3), 354.
19. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
20. Dunbar, M. S., Sontag-Padilla, L., Kase, C. A., Seelam, R., & Stein, B. D. (2018). Unmet mental health treatment need and attitudes toward online mental health services among community college students. *Psychiatric Services*, 69(5), 597-600.

21. Durbin, J., & Watson, G. S. (1950). Testing for serial correlation in least squares regression: I. *Biometrika*, 37(3/4), 409-428
22. Dutta, S., & Datta, S. (2016). A rank-sum test for clustered data when the number of subjects in a group within a cluster is informative. *Biometrics*, 72(2), 432-440.
23. Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., ... & WHO World Mental Health—International College Student Initiative collaborators. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1782.
24. Edge, D., Watkins, E. R., Limond, J., & Mugadza, J. (2023). The efficacy of self-guided internet and mobile-based interventions for preventing anxiety and depression—A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 164, 104292.
25. Epping-Jordan, J. E., Harris, R., Brown, F. L., Carswell, K., Foley, C., García-Moreno, C., ... & van Ommeren, M. (2016). Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. *World Psychiatry*, 15(3), 295.
26. Fox, J., & Weisberg, S. (2018). Time-series regression and generalized least squares in R. *An appendix to an R companion to applied regression, third edition. Last revision*, 09-26.
27. Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., ... & Churchill, R. (2014). Waiting list may be a placebo

condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181-192.

28. Gong, D., (2022,12 novembre), Time Series Analysis Introduction — A Comparison of ARMA, ARIMA, SARIMA Models, Towards Data Science. Consultato il 25 ottobre 2024, da <https://towardsdatascience.com/time-series-analysis-introduction-a-comparison-of-arma-arima-sarima-models-eea5cbf43c73>.
29. Grünzig, S. D., Baumeister, H., Bengel, J., Ebert, D., & Krämer, L. (2018). Effectiveness and acceptance of a web-based depression intervention during waiting time for outpatient psychotherapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19, 1-11.
30. Gruppo di lavoro “Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”. Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Consensus ISS 1/2022)
31. Hategeka, C., Ruton, H., Karamouzian, M., Lynd, L. D., & Law, M. R. (2020). Use of interrupted time series methods in the evaluation of health system quality improvement interventions: a methodological systematic review. *BMJ global health*, 5(10), e003567.
32. Hirai, M., & Clum, G. A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37(2), 99-111.
33. Hudson, J., Fielding, S., & Ramsay, C. R. (2019). Methodology and reporting characteristics of studies using interrupted time series design in healthcare. *BMC medical research methodology*, 19, 1-7.



34. Hyndman, R., Athanasopoulos, G., Bergmeir, C., Caceres, G., Chhay, L., O'Hara-Wild, M., ... & Yasmeeen, F. (2023). Forecasting functions for time series and linear models. R package version, 8.21
35. Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371.
36. Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74(4), 351-359.
37. Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Purgato, M., Acarturk, C., Lakin, D., Bailey, D., ... & Barbui, C. (2023). Self-Help Plus for refugees and asylum seekers: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Ment Health*, 26(1).
38. Krendl, A. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2022). Identifying peaks in attrition after clients initiate mental health treatment in a university training clinic. *Psychological Services*, 19(3), 519.
39. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

40. Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520.
41. Legge 18 febbraio 1989, n. 56. Ordinamento della professione di psicologo. Pubblicata nella G.U. 24 febbraio 1989, n.46.
42. Lewis, G., Anderson, L., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., ... & Williams, C. (2002). *Self-help interventions for mental health problems*. University of Bristol.
43. Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased rates of mental health service utilization by US college students: 10-year population-level trends (2007–2017). *Psychiatric services, 70*(1), 60-63.
44. Lucock, M., Padgett, K., Noble, R., Westley, A., Atha, C., Horsefield, C., & Leach, C. (2008). Controlled clinical trial of a self-help for anxiety intervention for patients waiting for psychological therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(5), 541-551.
45. Ma, L., Huang, C., Tao, R., Cui, Z., & Schluter, P. (2021). Meta-analytic review of online guided self-help interventions for depressive symptoms among college students. *Internet interventions, 25*, 100427.
46. Mamukashvili-Delau, M., Koburger, N., Dietrich, S., & Rummel-Kluge, C. (2023). Long-term efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy self-help programs for adults with depression: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR mental health, 10*, e46925.

47. McKenzie, K., Murray, K. R., Murray, A. L., & Richelieu, M. (2015). The effectiveness of university counselling for students with academic issues. *Counselling and Psychotherapy Research, 15*(4), 284-288.
48. Mediavilla, R., Felez-Nobrega, M., McGreevy, K. R., Monistrol-Mula, A., Bravo-Ortiz, M. F., Bayón, C., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Effectiveness of a mental health stepped-care programme for healthcare workers with psychological distress in crisis settings: a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Ment Health, 26*(1).
49. Mediavilla, R., Felez-Nobrega, M., McGreevy, K. R., Monistrol-Mula, A., Bravo-Ortiz, M. F., Bayón, C., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Effectiveness of a mental health stepped-care programme for healthcare workers with psychological distress in crisis settings: a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Ment Health, 26*(1).
50. Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry, 180*(5), 461-464.
51. O'Mara, M., Greene, D., Watson, H., Shafran, R., Kenworthy, I., Cresswell, C., & Egan, S. J. (2023). The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 78*, 101777.
52. Osborn, T. G., Li, S., Saunders, R., & Fonagy, P. (2022). University students' use of mental health services: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems, 16*(1), 57.

53. Osborn, T. G., Town, R., Bawendi, M., Stapley, E., Saunders, R., & Fonagy, P. (2024). University students' access to mental health services: A qualitative study of the experiences of health service professionals through the lens of candidacy in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13558196241235877.
54. Parkask, P., (2023, 16 luglio), *A Comprehensive Guide for Understanding Stationary and Non-Stationary Time Series*, Quantified Trader. Consultato il 25 ottobre 2024, da <https://quantifiedtrader.com/a-comprehensive-guide-for-understanding-stationary-and-non-stationary-time-series/>.
55. Peipert, A., Adams, S., & Lorenzo-Luaces, L. (2023). "I would not want the mechanic to direct me to an engine repair manual": a qualitative analysis of provider perspectives on low-intensity treatments for patients on waiting lists. *BMC psychiatry*, 23(1), 600.
56. Peipert, A., Krendl, A. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2022). Waiting lists for psychotherapy and provider attitudes toward low-intensity treatments as potential interventions: Survey study. *JMIR formative research*, 6(9), e39787.
57. Penfold, R. B., & Zhang, F. (2013). Use of interrupted time series analysis in evaluating health care quality improvements. *Academic pediatrics*, 13(6), S38-S44.
58. Punton, G., Dodd, A. L., & McNeill, A. (2022). 'You're on the waiting list': An interpretive phenomenological analysis of young adults' experiences of waiting lists within mental health services in the UK. *Plos one*, 17(3), e0265542.
59. Purgato, M., Carswell, K., Tedeschi, F., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., ... & Barbui, C. (2021). Effectiveness of self-help plus in preventing mental

disorders in refugees and asylum seekers in Western Europe: a multinational randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 90(6), 403-414.

60. Purgato, M., Turrini, G., Tedeschi, F., Serra, R., Tarsitani, L., Compri, B., ... & Barbui, C. (2023). Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in migrant populations resettled in Italy: study protocol for the RESPOND randomized controlled trial. *Frontiers in public health*, 11, 1100546.
61. Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour research and therapy*, 51(1), 37-45.
62. Rehal, V., (2022, 21 giugno), Interpreting ACF and PACF plots, Super Economics. Consultato il 25 ottobre 2024, da <https://spureconomics.com/interpreting-acf-and-pacf-plots/>.
63. Riello, M., Purgato, M., Bove, C., Tedeschi, F., MacTaggart, D., Barbui, C., & Rusconi, E. (2021). Effectiveness of self-help plus (SH+) in reducing anxiety and post-traumatic symptomatology among care home workers during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *Royal Society Open Science*, 8(11), 210219.
64. Rizzo, R., Piccinelli, M., Mazzi, M. A., Bellantuono, C., & Tansella, M. (2000). The Personal Health Questionnaire: a new screening instrument for detection of ICD-10 depressive disorders in primary care. *Psychological medicine*, 30(4), 831-840. doi: 10.1017/s0033291799002512
65. Said, S. E., & Dickey, D. A. (1984). Testing for unit roots in autoregressive-moving average models of unknown order. *Biometrika*, 71(3), 599-607

66. Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ljótsson, B., Öst, L. G., ... & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Stepped care in primary care—guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 48(10), 1644-1654.
67. Sherman, M. L., Barnum, D. D., Buhman-Wiggs, A., & Nyberg, E. (2009). Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance?. *Community mental health journal*, 45, 78-84.
68. Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., ... & Bentall, R. P. (2022). Measurement invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) across four European countries during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 22(1), 154. doi: 10.1186/s12888-022-03787-5.
69. Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(3), 319-328.
70. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
71. Tate, A., (2023, 1 dicembre), *Understanding the Importance of Stationarity in Time Series*, Hex. Consultato il 25 ottobre 2024, da <https://hex.tech/blog/stationarity-in-time-series/>.

72. Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European journal of public health*, 31(Supplement\_1), i3-i10.
73. The National Collaborating Centre for Mental Health (2024). NHS Talking Therapies for anxiety and depression Manual. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/NHS-talking-therapies-manual-v7-1.pdf>.
74. Thomas, K. A., Schroder, A. M., & Rickwood, D. J. (2021). A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services. *Mental Health Review Journal*, 26(1), 1-17.
75. Tong, L., Panagiotopoulou, O. M., Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2024). The effectiveness of self-guided interventions in adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *EBioMedicine*, 105.
76. Traviss-Turner, G. D., West, R. M., & Hill, A. J. (2017). Guided self-help for eating disorders: A systematic review and metaregression. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 148-164.
77. Turner, S. L., Karahalios, A., Forbes, A. B., Taljaard, M., Grimshaw, J. M., Cheng, A. C., ... & McKenzie, J. E. (2020). Design characteristics and statistical methods used in interrupted time series studies evaluating public health interventions: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 122, 1-11.
78. VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.

79. Vangrunderbeek, A., Raveel, A., Matheï, C., Claeys, H., Aertgeerts, B., & Bekkering, G. (2022). Effectiveness of guided and unguided online alcohol help: a real-life study. *Internet Interventions*, 28, 100523.
80. Vidourek, R. A., King, K. A., Nabors, L. A., & Merianos, A. L. (2014). Students' benefits and barriers to mental health help-seeking. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 1009-1022.
81. Visual Design, Time Series Analysis - ARMA, ARIMA, SARIMA, 28 dicembre 2022. Consultato il 25 ottobre 2024, da <https://www.visual-design.net/post/time-series-analysis-arma-arima-sarima>.
82. Vollert, B., Beintner, I., Musiat, P., Gordon, G., Görlich, D., Nacke, B., ... & Jacobi, C. (2019). Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for bulimia nervosa, binge eating disorder and related disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 16, 26-34.
83. Vollert, B., Yim, S. H., Görlich, D., Beintner, I., Gordon, G., Musiat, P., ... & Jacobi, C. (2024). Using web-based, guided self-help to bridge the waiting time for face-to-face out-patient treatment for bulimic-spectrum disorders: randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 10(2), e53.
84. Wagner, A. K., Soumerai, S. B., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 27(4), 299-309.



85. Wang, Y., Amarnath, A., Miguel, C., Ciharova, M., Lin, J., Zhao, R., ... & Cuijpers, P. (2024). The effectiveness of unguided self-help psychological interventions for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 152453.
86. Witteveen, A. B., Young, S. Y., Cuijpers, P., Ayuso-Mateos, J. L., Barbui, C., Bertolini, F., ... & Sijbrandij, M. (2023). COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: An umbrella review of the evidence. *PLoS medicine*, 20(4), e1004206.
87. World Health Organization. (2017). *Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO* (No. WHO/MSD/MER/17.1). World Health Organization.
88. Xiao, H., Carney, D. M., Youn, S. J., Janis, R. A., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2017). Are we in crisis? National mental health and treatment trends in college counseling centers. *Psychological services*, 14(4), 407.