



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata**

**Tesi di laurea Magistrale**

**“Indagine su alfabetizzazione sulla salute mentale e disagio emozionale su  
un campione di studenti universitari italiani”**

***"Investigation on Mental Health Literacy and Emotional Distress in a Sample of  
Italian University Students"***

***Relatrice:***

**Prof.ssa Cristea Ioana Alina**

***Laureando:***

***Correlatrice:***

**Davide Ferracciolo matr.2082063**

**Prof.ssa Lucente Marcella**

***Anno accademico: 2023/2024***

# INDICE

## ABSTRACT

INTRODUZIONE ..... 1

CAPITOLO 1 ..... 4

Studenti universitari: salute mentale e *mental health literacy*..... 4

1.1 Il giovane adulto: sviluppo storico-sociale e psicologico di una nuova fase dello sviluppo..... 4

1.2 Le cinque componenti dell'*emerging adulthood* secondo Arnett ..... 6

1.3 Emerging adulthood e università in Italia ..... 8

1.4 Studenti universitari in Italia e salute mentale .....10

1.5 Difficoltà di accesso ai servizi per la salute mentale .....19

1.5.1 Propensione alla ricerca di aiuto e *mental health literacy* .....20

1.5.2 Propensione alla ricerca di aiuto, stigma e strategie di coping.....22

1.5.3 Propensione alla ricerca di aiuto: differenze di genere, strategie di coping e stigma .....23

1.6 Costrutto della *Mental Health Literacy*: Definizione ed Evoluzione .....25

1.6.1 *Health Literacy* .....25

1.6.2 Da *Health literacy* a *Mental Health Literacy* .....26

1.7 *Mental Health Literacy* in giovani adulti e studenti universitari.....29

1.8 Differenze nei punteggi di Mental Health Literacy tra studenti universitari di differenti Paesi .....	33
1.8.1 <i>Mental Health Literacy</i> sugli studenti francesi .....	33
1.8.2 <i>Mental Health Literacy</i> su studenti inglesi.....	34
1.8.3 <i>Mental Health Literacy</i> in studenti persiani .....	35
1.8.4 <i>Mental health literacy</i> in studenti turchi.....	36
2.1 Obiettivi e ipotesi dello studio. ....	38
2.2 Partecipanti e procedura.....	38
2.3 Strumenti utilizzati .....	42
2.3.1 <i>Mental health literacy scale</i> .....	42
2.3.2 <i>Kessler psychological distress scale (K-10)</i> .....	43
2.3.3 <i>The General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)</i> .....	44
2.3.4 <i>World Health Organization Five Well-Being Index (WHO-5)</i> .....	45
2.3.5 <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i> .....	45
2.3.6 <i>General Anxiety Disorder (GAD-7)</i> .....	46
<b>CAPITOLO 3 .....</b>	<b>47</b>
<b>Analisi dei Risultati, Discussione, limiti e direzioni future.....</b>	<b>47</b>
3.1 Analisi dei risultati .....	47
3.1.1 Coerenza interna della <i>mental health literacy scale</i> .....	47
3.1.2 Analisi delle scale somministrate .....	47

<b>3.1.3 Analisi di correlazione delle scale con il punteggio MHLS .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.4 Analisi con t-test per campioni indipendenti .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 Discussione dei risultati .....</b>	<b>63</b>
<b>3.3 Limiti.....</b>	<b>69</b>
<b>3.4 Conclusioni e Direzioni future.....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliografia e sitografia: .....</b>	<b>72</b>

## ABSTRACT

Negli ultimi anni, la salute mentale è tema di discussione sia nella letteratura scientifica sia nell'opinione pubblica. Il processo di diffusione di tale tematica non garantisce tuttavia la piena comprensione e conoscenza. Risultano numerose, infatti, le richieste di aiuto che non vengono accolte e adeguatamente ascoltate. L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare lo stato dell'alfabetizzazione della salute mentale e il disagio emotivo in un campione di studenti universitari italiani, che come ampiamente riportato in letteratura sembrano rappresentare una fetta di popolazione particolarmente colpita da difficoltà di tipo psicologico, specialmente disturbi di tipo depressivo e di carattere ansioso. Tali problematiche sembrano associate a molteplici fattori, come le transizioni tipiche del giovane adulto, la carenza di educazione sul tema, la recente pandemia da Covid-19 e lo stress generato dal percorso universitario. Il nostro studio è stato condotto su un campione di 207 studenti universitari di età compresa tra i 19 e i 43 anni (mean=23.16;sd=3.30) provenienti da diverse regioni di Italia, gli strumenti che sono stati utilizzati sono la MHLS per misurare il grado di alfabetizzazione sulla salute mentale, il K-10 per analizzare il distress psicologico percepito, il PHQ-9 per rilevare i sintomi depressivi, il GAD-7 per misurare i sintomi d'ansia, il GHQ-12 per il benessere generale e il WHO-5 per misurare la qualità della vita. Dai risultati ottenuti si evidenzia un buon livello di alfabetizzazione sulla salute mentale da parte degli studenti inclusi nel nostro campione e una situazione di disagio lieve, i risultati ci indicano una buona competenza riguardo la salute mentale per il nostro campione ma anche una situazione di disagio generale che richiede monitoraggio.

## INTRODUZIONE

L'età del giovane adulto rappresenta a mio parere il simbolo dei cambiamenti di questo inizio millennio: instabilità e ricostruzione continua sono le parole chiave che caratterizzano un periodo di trasformazione.

Negli ultimi anni questi cambiamenti hanno riscritto le regole del mondo del lavoro, delle relazioni, della consapevolezza di genere e dello sviluppo identitario creando l'esigenza di una gioventù capace di abbracciare un'identità fondata sul concetto di adattamento continuo.

Non è facile, tuttavia, adattarsi di continuo ad una realtà che è diventata povera di punti di riferimento e che chiede al giovane adulto sempre più competenza per inserirsi efficacemente come membro della società adulta produttiva, diventa infatti quasi obbligatorio l'iscrizione ad un percorso universitario che specializzi l'individuo in competenze spendibili nel mondo del lavoro.

Tuttavia, non sempre il percorso universitario, entrato nel senso comune come quasi "obbligatorio" risulta semplice per tutti, da recenti fatti di cronaca e da studi svolti nel periodo della pandemia da Covid-19 si apprende che siamo davanti a una generazione imprevedibile capace di organizzare e riorganizzare le proprie risposte adattive di continuo ma non senza conseguenze.

Di pari passo con instabilità e cambiamenti sembra essersi diffuso un rinnovato interesse per i temi della salute mentale, complici i gravi danni che le restrizioni e il periodo pandemico hanno creato dal punto di vista del disagio psicologico.

Ho maturato un forte interesse nel capire come i giovani adulti che frequentano un percorso universitario abbiano vissuto, in termini di adattamento emotivo, i recenti cambiamenti e se la crescente diffusione di informazioni sulla salute mentale negli ultimi anni abbia realmente contribuito a sviluppare una competenza significativa e di qualità su questo tema.

Il presente elaborato inizia con un'introduzione storico-sociale che descrive le caratteristiche storiche, sociali e psicologiche dell'età del giovane adulto, partendo dalle prime concettualizzazioni di Arnett e arrivando ai primi studi sugli studenti universitari in Italia.

Successivamente viene introdotta una panoramica dello stato della salute mentale nei giovani adulti che frequentano un percorso universitario partendo da una panoramica internazionale e arrivando alla situazione italiana, con una specifica sulla condizione dello stigma della salute mentale come questo influisce nella richiesta di aiuto a personale competente.

Viene poi tracciata la genesi del concetto di *Mental Health Literacy* partendo dall'*Health Literacy* e arrivando alla creazione di una vera e propria scala per misurarla: la *Mental Health Literacy Scale* (O'Connor et. Al, 2015), descrivendo alcuni studi che ne utilizzano diverse versioni in altri paesi.

Nella seconda parte dell'elaborato viene introdotto lo studio da noi condotto su 207 studenti universitari italiani di età compresa tra 19 e i 43 anni ( $m=23.165$ ;  $sd=3.30$ ) con l'obiettivo di indagare il livello di alfabetizzazione sulla salute mentale dei giovani adulti Italiani che frequentano un percorso universitario e il grado di disagio emozionale

utilizzando la *back translation* della *mental health literacy scale* (MHLS; O`Connor et. Al, 2015) allo scopo di misurare l'alfabetizzazione sulla salute mentale del campione e le scale K-10(Kessler et al., 2003), PHQ-9(Kroenke et al., 2001), GAD-7(Spitzer et al., 2006), GHQ-12(Goldberg & Williams, 1991), WHO-5(Downs et al., 2017) per analizzare il disagio psicologico.

L'elaborato si conclude con una descrizione e discussione dei risultati ottenuti e con la descrizione dei limiti e delle prospettive future nell'indagine sui temi dell'alfabetizzazione sulla salute mentale e sul disagio psicologico nei giovani adulti.

## CAPITOLO 1

### Studenti universitari: salute mentale e *mental health literacy*

#### 1.1 Il giovane adulto: sviluppo storico-sociale e psicologico di una nuova fase dello sviluppo

Quando parliamo di studenti universitari, ci riferiamo all'età del giovane adulto, una fase dello sviluppo particolarmente complessa. Come riportato dal rapporto AlmaLaurea del 2023: "L'età media alla laurea per il totale dei laureati del 2022 è pari a 25,6 anni: 24,4 anni per i laureati di primo livello, 27,0 per i magistrali a ciclo unico e 27,2 anni per i laureati magistrali biennali "gli studenti universitari in media hanno un'età compresa tra i 18-27 anni." (Almalaurea, 2024)

Rispetto ai dati che emergono da tali statistiche possiamo ragionevolmente affermare che lo stadio dello sviluppo da prendere in analisi per una ricerca sugli studenti universitari è il cosiddetto *emerging adulthood*, tradotto in italiano età adulta emergente, termine per la prima volta coniato dallo psicologo Jeffrey Jensen Arnett nel 2000.

Questa fase dello sviluppo non è semplicemente un'estensione del periodo adolescenziale, si tratta di un'età che si contraddistingue da una maggiore libertà di azione e di esplorazione del mondo, senza il controllo genitoriale che è invece tipicamente presente in adolescenza.

Si è cominciato a parlare di età dell'adulto emergente in conseguenza all'aumento dell'età tipica del matrimonio e dell'ingresso nella genitorialità verificatosi a partire dalla metà del ventesimo secolo. Lo spostamento dell'età del matrimonio e della

genitorialità ha creato uno spazio di sviluppo tra la fine dell'adolescenza e l'inizio dell'età adulta. Negli anni '60 e '70 sono avvenuti quattro cambiamenti rivoluzionari che hanno influenzato l'età del giovane adulto come la intendiamo oggi, impattando direttamente sull'evoluzione dell'attuale sistema socio-culturale: la rivoluzione tecnologica, la rivoluzione sessuale, il movimento di emancipazione delle donne e i movimenti giovanili. (Arnett, 2000)

La rivoluzione tecnologica ha impattato in maniera rilevante sul mercato della manifattura, i lavori artigianali sono progressivamente diminuiti in favore di lavori basati su analisi di flussi di informazioni e utilizzo di complesse tecnologie, ed è emersa la necessità di una formazione più tecnica e specifica la quale ha rappresentato una delle motivazioni per cui si sceglieva di posticipare la creazione di un proprio nucleo familiare o di una propria autonomia economica.

La rivoluzione sessuale ha impattato in primo luogo per la riforma dei valori morali a seguito dell'introduzione sul mercato nel 1964 della pillola del giorno dopo. Vennero inoltre sdoganati sia i rapporti sessuali prima del matrimonio sia la numerosità degli stessi (Arnett, 2000). La terza rivoluzione che ha contribuito alla nascita di questa nuova fase dello sviluppo è la rivoluzione femminista: le giovani donne andarono incontro ad un grande cambiamento della propria prospettiva di vita, venne spezzato il vincolo culturale del maritarsi e generare una famiglia a ogni costo in favore di una libera scelta sulla gestione della propria vita. La quarta rivoluzione avvenne con i movimenti giovanili degli anni 60-70, che ponevano al centro l'essere, l'agire e il sentirsi giovane. Il lascito dei movimenti giovanili risiede nel profondo cambiamento nel modo in cui i giovani vedono il

significato e il valore del diventare adulti nei ruoli di coniuge e genitore, rivedendo i ruoli classici in favore di definizioni meno rigide (Arnett,2000).

Sebbene in passato fosse frequente entrare nell'età adulta rapidamente progettando famiglie numerose, gli attuali giovani adulti, invece, vedono l'ingresso nell'età adulta e i relativi obblighi in una luce completamente diversa.

Nella tarda adolescenza e nei primi vent'anni, il matrimonio, la casa e i figli cominciano ad essere visti non come conquiste da perseguire, ma come pericoli da evitare. Non si rifiuta totalmente tale prospettiva ma si spostano le tempistiche di assunzione di questi ruoli; l'età adulta e gli impegni che ne conseguono sono sinonimo di sicurezza e stabilità, ma vengono percepiti anche come una chiusura esperienziale e una riduzione di possibilità.

L'età adulta emergente va all'incirca dai 18 anni, quando la maggior parte dei giovani termina la scuola secondaria, ai 29 anni, età in cui la maggior parte degli individui si impegna in matrimonio (o una relazione di coppia a lungo termine), genitorialità, e un lavoro a lungo termine (Arnett, 2000).

## **1.2 Le cinque componenti dell' *emerging adulthood* secondo Arnett**

Vengono identificate da (Arnett, 2004) cinque caratteristiche principali che incorniciano l'età del giovane adulto e la differenziano dall'adolescenza:

1. *Identity explorations*: dimensione contraddistinta dalla domanda: "chi sono io?", per cui si provano varie opzioni di vita, specialmente nelle aree dell'amore e del lavoro.

2. Instability: instabilità nel lavoro, nella relazione affettiva e nel luogo in cui si vive.
3. Self-focus: età contraddistinta da una forte concentrazione su sé stessi e sulla propria esplorazione personale del mondo, processo che diviene sempre più complesso quando si avvicina l'età adulta e le responsabilità annesse come mantenere una famiglia.
4. Feeling in-between: sentirsi in mezzo alle fasi della vita, non sentirsi adulti ma neanche adolescenti.
5. Possibilities/optimism: un'età contraddistinta da speranze e opportunità e dall'idea di poter cambiare la propria vita facilmente.

Queste caratteristiche sono state rilevate da Arnett attraverso studi da lui condotti in oltre 20 anni su giovani adulti americani (Arnett, 2004).

Nella seconda edizione del suo libro *"Emerging adulthood"* è riportato come tali caratteristiche non siano le uniche presenti in questa fascia età; ci possono essere infatti caratteristiche diverse in culture differenti (Arnett, 2004). Per capire come possono cambiare le prospettive culturali di questa fase dello sviluppo possiamo prendere come esempio lo studio di Crocetti et al., 2015 condotto con lo scopo di indagare le differenze di percezione della giovane età adulta (*emerging adulthood*) tra i giovani italiani e giapponesi. In particolare, lo studio vuole esplorare come le percezioni di questa fase della vita varino tra i due paesi e all'interno di ciascun contesto nazionale in base al genere e allo stato occupazionale (studenti universitari vs lavoratori), il campione utilizzato comprendeva 2.472 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 30 anni, suddivisi tra italiani (1.513 partecipanti) e giapponesi (959 partecipanti), viene utilizzato come strumento *l'Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood* (IDEA; Reifman et al.,

2007). I giovani giapponesi hanno riportato punteggi significativamente più alti rispetto agli italiani in tutte le dimensioni della giovane età adulta, con le differenze maggiori nella percezione delle possibilità. Questo suggerisce che i giovani giapponesi vedono la giovane età adulta come una fase con maggiori opportunità rispetto ai loro coetanei italiani, i quali potrebbero sentirsi più limitati dalle difficoltà economiche e dall'elevata disoccupazione, in entrambi i paesi, le donne hanno riportato livelli più alti di instabilità e di sentirsi "in transizione" rispetto agli uomini. Questo riflette una maggiore pressione sulle donne nel bilanciare le aspettative tra carriera e vita familiare. L'alta percezione di possibilità anche in termini occupazionali in Giappone rispetto all'Italia promuove una transizione verso l'età adulta meno "incerta".

### **1.3 Emerging adulthood e università in Italia**

Come evidenziato in precedenza, l'età del giovane adulto è quella fase dello sviluppo che spesso coincide con lo status di studente universitario (Almalaurea, 2024). Il periodo degli studi universitari, specialmente nei primi anni, rappresenta un momento di esplorazione e sperimentazione libera ma può anche essere caratterizzato da incertezza, confusione, procrastinazione delle responsabilità e dell'impegno. La compresenza di libertà e incertezza può generare delle difficoltà nel definire la propria identità e pianificare il futuro (Aleni Sestito e Sica, 2010), portando a serie difficoltà nel consolidamento di alcune parti di sé (Schwartz, 2007).

La presenza di questi processi di costruzione e (de)costruzione identitaria e professionale dilatata rispetto al passato sono in parte causati dal prolungamento nel tempo della formazione e quindi dello status di "studente" (Owens & Cote, 2002). Tuttavia, processi di esplorazione dilatati possono favorire l'elaborazione di una progettualità più

consapevole e uno sviluppo più articolato nei domini intellettuali ed emotivi grazie ad una più completa ed arricchente componente esperienziale (Côté, 1997).

Risulta utile ai fini di comprendere al meglio come la figura dello studente universitario sia inquadrata in Italia descrivere le principali modifiche al sistema universitario italiano degli ultimi anni, in riferimento ai cambiamenti del contesto socio-economico nel nostro Paese. Negli ultimi anni il sistema universitario italiano ha subito rilevanti modifiche come ad esempio un ampliamento dell'offerta universitaria, fattore senz'altro positivo, sebbene ad un aumento dell'offerta non sia allineata la congruenza dei percorsi di studi e dell'offerta formativa con un progetto professionale ben chiaro e definito e con le richieste del mondo del lavoro (Ragozini et.al, 2011). Inoltre, si è prodotto un cambiamento del mondo del lavoro che si caratterizza per carenza di opportunità, precarietà e instabilità (Aleni Sistito et al., 2011).

La percezione di un mercato del lavoro inospitale e chiuso, di un futuro non prevedibile e instabile scoraggia la pianificazione di progetti a lungo termine e l'integrazione della propria identità personale con i progetti professionali (Savisacks, 2005), così come la definizione di un senso stabile di maturità (Arnett, 2000; Côté, 1996, 1997).

L'ingresso in università è divenuta un'ulteriore variabile che si aggiunge ad un periodo di transizione e cambiamento. In uno studio di Sestito e collaboratori (2016) si parla dei due processi che promuovono la formazione identitaria, l'esplorazione e l'assunzione di impegni, e di come questi processi siano prolungati rispetto al passato. Nel contesto attuale questi due processi accentuano elusione e disimpegno nella definizione dell'identità producendo difficoltà di orientamento rispetto al futuro, di autocontrollo, autoregolazione e di continuità nella propria storia personale. (Sica & Aleni, 2016).

#### 1.4 Studenti universitari in Italia e salute mentale

In linea con la descrizione di fragilità dell' *emerging adulthood*, sembra che le malattie psichiatriche tendano ad esordire in questa fascia d'età rispetto a fasce d'età più avanzate (Bessaha, 2015; Kessler et al., 2005).

In particolare, sembra essere comune l'esordio, in studenti universitari, di sintomatologie ansiose e depressive, che, se non trattate potrebbero aumentare di gravità fino alla comparsa di pensieri suicidari (Downs et al., 2017; Garlow et al 2008; Rosenthal & Schreiner, 2000).

La rassegna di Arnett et al., 2014, descrive le caratteristiche dell' *emerging adulthood* negli Stati Uniti, in Giappone e in Europa. Lo studio prende in considerazione diverse fonti per Paese al fine di reperire informazioni sui giovani adulti: per gli USA le 300 interviste a giovani sono state condotte da Arnett nel 2004, per l'Europa vengono prese in considerazione le ricerche condotte dall'Eurostat European Commission nel 2009 e dell'OECD (2014), per il Giappone sono stati considerati i dati del "*National Institute of Population and Social Security Research, 2012*" e del "*National Institute of Population and Social Security Research, 2009*"

Dai risultati emerge come in USA e in Europa vi sia una situazione di instabilità occupazionale per la fascia di età del giovane adulto che senza il supporto della famiglia può portare al più facile esordio di sintomatologia depressiva (Axelsson & Ejlertsson, 2002). In Giappone sembra essere molto influente il fattore culturale che modula l'approccio del giovane adulto al mondo del lavoro; il successo lavorativo è diventato per i giovani giapponesi un fattore importante di costruzione identitaria. Questa

considerazione del lavoro sembra essere un fattore di rischio nel momento in cui le prestazioni lavorative sono sotto le aspettative personali e sociali promuovendo nei casi più gravi tendenze suicidarie nella fascia tra i 20 e i 39 anni (Cabinet Office, 2012).

Interessante, e in linea con la letteratura, risulta anche lo studio di Benton et al., 2003 su un campione di 13,257 studenti di diverse facoltà pazienti di un servizio di counseling di un college universitario americano. Gli Autori hanno esaminato i dati di studenti dal 1989 al 2001 evidenziando la prevalenza di stress e sintomi depressivi, in particolare per il genere femminile, sottolineando come le problematiche di natura psicologica ansiose e depressive siano un fattore da tenere in seria considerazione per il campione in analisi.

Inoltre, risulta essenziale al fine di comprendere la situazione relativa alla salute mentale di un determinato campione prendere in considerazione diversi fattori di rischio che hanno impattato e stanno impattando sulla salute mentale della popolazione di numerosi paesi in questo periodo storico. Nel report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2022, nella sezione relativa ai dati epidemiologici alla pandemia da COVID-19 per i disturbi mentali vengono riportati i dati pre pandemia(2019-2020) e post-pandemia(2022) per i disturbi d'ansia e depressivi. Pre-pandemia erano 193 milioni le persone affette da disturbo depressivo maggiore (2471 casi ogni 100.000 persone) e 298 milioni di casi di persone affette da disturbo d'ansia (3825 casi ogni 100.000 persone). Dopo la pandemia da Covid-19 i casi sono aumentati a 246 milioni per il disturbo depressivo maggiore (3153 casi ogni 100.000 abitanti) e 374 milioni di casi per i disturbi d'ansia (4802 ogni 100.000 abitanti). Per entrambi i disturbi i dati mostrano una prevalenza nel genere femminile rispetto al genere maschile, a livello globale. Inoltre, si è registrata una maggiore variazione della prevalenza dei disturbi tra i gruppi di età più giovani, probabilmente a

causa del profondo impatto della chiusura delle scuole e delle restrizioni sociali sulla salute mentale dei giovani.

Nel rapporto dell'OMS vengono riportate possibili soluzioni inclusi gli interventi di educazione psico-sociale nelle scuole che hanno l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione sul tema a partire dall'istruzione primaria. Si stanno inoltre diffondendo ulteriori programmi quali il *LIVE LIFE* promosso da UNICEF's Helping Adolescents Thrive (HAT) guidelines e WHO per le scuole superiori volto all'acquisizione di competenze di alfabetizzazione sulla salute mentale (MHL) per genitori e ragazzi, nozioni per comprendere i fenomeni online e proteggersi dal cyberbullismo e supporto agli studenti a rischio (World Health Organization, 2022).

Dopo aver contestualizzato brevemente la situazione della salute mentale a livello globale, ricerche condotte per il nostro campione di studenti italiani ci hanno mostrato come il distress psicologico sia diffuso in questa categoria. Un recente studio (Porru et al., 2021) ha utilizzato la *Kessler psychological distress scale k-10* (Kessler et al., 2003) per la valutazione del distress psicologico su un campione di 4760 studenti mostrando come il 7.5% del campione ha esperito o esperisce forte distress psicologico; di questi, il 21,3% riporta un distress lieve, il 21,1% un distress moderato e il 36,1 % un distress grave, con una maggior percezione di distress nelle donne.

Dati molto interessanti sulla salute psicofisica dei giovani adulti italiani sono reperibili anche dai dati pubblicati dal consiglio nazionale giovani ovvero l'organo consultivo a cui è demandata la rappresentanza dei giovani nell'interlocuzione con le istituzioni, istituito con legge n.145/2018. Di particolare interesse è la ricerca svolta sui temi del benessere

psicofisico attraverso il progetto-ricerca "osservatorio welfare" volto ad indagare e tutelare tre principali domini di particolare interesse per la fascia giovanile: Giovani a scuola, Giovani in università e Giovani e lavoro. Per l'anno 2022, l'Osservatorio ha coinvolto 306 giovani tra i 15 e i 35 anni, provenienti da tutta Italia, con diversi livelli di istruzione e diverse professioni. In particolare, sono stati coinvolti volontari delle associazioni giovanili come la Consulta Giovani di AVIS Nazionale, degli Stati Generali della Gioventù e della Croce Rossa Italiana. Il report dell'osservatorio riporta un indice della salute mentale della popolazione: un valore numerico che varia da 0 a 100, migliori condizioni di benessere psicologico sono corrispondenti alla crescita di valore dell'indice (Studi e ricerche, 2024). La salute mentale viene definita come uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai cambiamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni. L'indice valuta il disagio psicologico (*psychological distress*) basandosi sui punteggi ottenuti da cinque domande selezionate dal questionario *36-Item Short Form Survey* (SF36; Apolone & Mosconi, 1998). Questo indice offre una misura del disagio psicologico delle persone, includendo stati legati all'ansia e alla depressione (Keller et al., 1998). I quesiti proposti fanno riferimento alle quattro dimensioni principali della salute mentale:

1. Ansia
2. Depressione
3. Perdita di controllo comportamentale emozionale

#### 4. Benessere psicologico

I punteggi medi ottenuti sono stati 66,6 per le ragazze ( -4,6 punti rispetto al 2020) e 74,1 per ragazzi (-2,4 punti rispetto al 2020).

Sempre nel report dell'osservatorio è presente una sezione dedicata al benessere nella formazione accademica, il periodo universitario è infatti caratterizzato da diverse sfide e pressioni che possono influenzare negativamente la salute mentale dei giovani.

Viene riportato come fattore rilevante per indagare il benessere mentale degli studenti nel contesto universitario il rapporto tra studenti e docenti e in genere il personale accademico: tra i fattori che alimentano la pressione accademica sembra infatti avere un posto di spicco la relazione conflittuale con il docente, sofferta dalla metà degli intervistati (50,4%), a questo dato segue quello delle amicizie per convenienza, vissute con molta pressione da più di un terzo degli intervistati (34,2 %).

Rilevanti anche i dati relativi all'ansia della competizione accademica e la paura di non realizzare le aspettative dei genitori, presenti rispettivamente nel 24,3% e 18,9% del campione preso in esame dall'indagine.

In ultimo il 13,5% riporta una certa ansia per la performance accademica, di cui l'11% la rileva in maniera molto forte considerando che il rendimento accademico durante gli anni di studio universitario può influenzare le opportunità lavorative, accesso ai concorsi e ai percorsi post-laurea.

Un ulteriore approfondimento è relativo al confronto tra la condizione della salute mentale nei giovani adulti italiani e quella della popolazione di lavoratori. Uno studio di Romeo et al., 2021 ha preso in analisi un campione di 956 partecipanti (478 studenti universitari e

478 lavoratori), valutandone alcuni aspetti relativi alla salute mentale post-Covid 19; viene utilizzata la scala VAS(Visual Analogue Scale) per valutare il dolore percepito dal paziente, la sintomatologia relativa all'ansia utilizzando *State-Trait Anxiety Inventory Form Y1* (STAI Y1; Santangelo et al., 2016) e sintomatologia depressiva misurata con il Beck Depression Inventory(BDI-II; Dozois et al., 1998).

I risultati di questo studio hanno evidenziato un alto livello di sintomi di ansia e depressivi negli studenti universitari rispetto ai lavoratori, con percentuali che si attestano su un 75% e 38% rispettivamente al di sopra del cut off identificato per queste patologie.

Tali risultati sono in linea con la ricerca di Odriozola-González et al., 2020, condotta su un campione di 2530 individui di cui il 76.8% studenti e il resto era personale universitario tra docenti e amministrativi. In tale studio si è evidenziato come dopo la fine del lockdown il 34.2% dei partecipanti riportava sintomi depressivi da moderati a gravi, il 21.34% riportava sintomi d'ansia moderati o gravi e il 28.14% riportava sintomi di stress negativo moderati o severi.

Il report ISTAT del 2024, nella sezione "condizioni e la qualità della vita", riporta dei dati interessanti sulla fascia di popolazione dei giovani adulti italiani specificando la qualità e la solidità delle condizioni di vita di tale range demografico come molto informativi sulle condizioni del Paese e sulla capacità di affrontare le sfide del proprio tempo. Per quanto riguarda le condizioni percepite come protettive per il proprio benessere mentale sembra che venga data molta importanza ad una buona rete sociale: circa l'80% delle persone tra i 25 e i 64 anni dichiara di avere almeno una persona su cui poter contare; tuttavia, il

supporto di una buona rete amicale sembra influire maggiormente sui giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Risultati simili fino a quelli fin qui riportati si possono osservare prendendo in considerazione l'indice di salute mentale (MH) italiano, descritto nel rapporto ISTAT stilato nel 2023: l'indice di benessere psicologico ha un punteggio medio più elevato tra i giovanissimi (71,0 tra i 14 e i 19 anni nel 2023) decresce tra i 20 e i 24 anni (68,6) per poi risalire con un secondo picco positivo tra i 25 e i 44 anni in cui il punteggio sfiora il 70. La differenza di genere in sfavore delle donne si osserva in tutte le fasce di età, ma tale differenza è accentuata tra i più giovani e i più anziani.

Indicata nel report è anche una differenza dell'indice MH in base al territorio, il Nord-est sembra essere il territorio con i livelli più alti di benessere psicologico (69.9), a seguire ci sono le isole (69.1) e il centro (68,8). Il Nord-ovest segue con 68,7 e il sud infine viene rilevato come il territorio italiano con le peggiori condizioni di benessere psicologico

Per quanto riguarda l'impatto della condizione economica sulla salute mentale ritroviamo due studi interessanti: Reibling et al., 2017 hanno condotto uno studio su un campione di 106158 individui dai 15 anni in su, provenienti da 21 paesi europei, reclutati attraverso 3 misurazioni in periodi diversi (2006,2012,2014) dell'*European Social Survey*. I risultati mostrati indicano come 10 anni fa non ci fosse un impatto significativo della crisi economica sulla salute mentale. Nello studio di Codagnone et al., 2020 viene preso in considerazione un campione tra i 18-75 anni raccolto tramite indagini nazionali in Italia (N=3504), Spagna(N=3524) e Regno Unito (N=3523). Il campione è stato diviso in due gruppi e veniva chiesto ai partecipanti il grado di accordo con delle frasi controverse a tema pandemia sul ruolo del governo e della comunicazione delle misure di restrizione e

sulla salute in generale. Nel post-esperimento veniva somministrato un questionario standardizzato del *Questionnaire from National Statistical Offices* volto ad indagare lo stato socio-economico e di salute. Sono stati poi somministrati diversi strumenti per misurare stress, ansia e depressione: *Depression, Anxiety and Stress Scale– 21items* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) e lo *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ; Cardeña et al., 2000). L'obiettivo dello studio era indagare come i fattori economici e culturali in condizioni di crisi impattassero sul benessere mentale dei partecipanti. Si stima che i problemi di salute mentale collegati allo shock economico negativo conseguente alla pandemia abbiano un'incidenza del 41,5% in Italia, del 45,8% in Spagna e del 41,8% nel Regno Unito, sottolineando un notevole impatto sulla salute mentale nei tre paesi.

La differenza che viene riscontrata tra lo studio di Codagnone et al., 2020 e quello di Reibling et al., 2017 sembra legata anche alla crisi economica e sociale causata dalla pandemia da Covid-19.

La pandemia da Covid-19 e le relative restrizioni rappresentano una tematica rilevante quando si parla di effetti sulla salute mentale, dal momento che si tende a interrogarsi sugli effetti nel lungo termine in termini di salute psicologica (Nicolosi, 2023).

L'età del giovane adulto come già descritto nella prima parte di questo capitolo è caratterizzata da instabilità e cambiamento, dunque particolarmente sensibile a eventi traumatici o stressanti di enorme portata come la pandemia. Sebbene sia possibile prevedere in parte sulla base dell'ambiente di vita ed esperienze soggettive le difficoltà che potrebbero insorgere, alcune problematiche potrebbero manifestarsi direttamente in associazione a esperienze positive e negative nelle fasi del cambiamento, i così detti

“*turning points*” (Schulenberg et al., 2004, Halfon et al., 2018). La pandemia da Covid-19 potrebbe rappresentare un esempio di cambiamento significativo, risulta quindi utile esplorarne le conseguenze sulla salute mentale dei giovani adulti (Nicolosi , 2023).

Lo studio di Meda et al., 2021 si è proposto di analizzare la salute mentale in un campione di studenti universitari dell'università di Padova durante il lockdown. Si tratta di uno studio longitudinale condotto tra ottobre 2019 e giugno 2021, in cui sono state fatte tre misurazioni rispettivamente ad ottobre 2019 durante l'imposizione del lockdown in Italia, ad Aprile 2020 e al termine delle restrizioni intorno a Maggio 2022. Il campione reclutato era composto da 358 ragazzi di madrelingua italiana e di età compresa tra i 18-30 anni. Sono stati somministrati diversi strumenti: *Beck Depression Inventory-2* (BDI-2; Dozois et al., 1998), *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Creamer et al., 1995), *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Abramowitz & Deacon, 2006), *Eating Habits Questionnaire* (EHQ; Oberle & Lipschuetz, 2018), *Eating Disorder Inventory – 3* (EDI-3; Gori et al., 2012). Lo studio evidenzia come i diversi sintomi legati ai problemi di salute mentale possano essere influenzati in modo diverso dal lockdown, con sintomi ossessivo-compulsivi e d'ansia che si riducono al termine delle limitazioni e i sintomi dei disturbi alimentari che non sembrano aver subito particolare impatto. Solo il punteggio del *Beck Depression Inventory – 2* è significativamente aumentato durante il lockdown, soprattutto negli studenti senza una storia di disturbi mentali.

Anche lo studio condotto da Villani et al., 2021 su un campione di 501 studenti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore riporta una prevalenza di sintomi depressivi nel 72.9% del campione e di sintomi d'ansia nel 35.3% dei soggetti, confermando la predisposizione della popolazione femminile a sviluppare più facilmente sintomatologia

ansiosa rispetto alla controparte maschile in situazione di emergenza sanitaria e imposizioni di restrizioni abitativa, risultato già identificato anche per i sintomi depressivi nello studio di Balsamo & Carlucci, 2020.

Nello studio condotto da Rossi et al., 2020 l'obiettivo era indagare l'effetto del lockdown causato dalla pandemia da COVID-19 sulla salute mentale della popolazione generale in Italia. Lo studio è stato uno dei primi condotti su un ampio campione sul territorio italiano (n=18.147). La metodologia utilizzata per reclutare il campione ha incluso un'intervista online, e la somministrazione di diverse scale quali *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Spitzer et al., 1999) per misurare i sintomi depressivi, il *Generalized Anxiety Disorder scale* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) per misurare i sintomi di ansia, il *7-item Insomnia Severity Index* (ISI; Morin et al., 2011), per misurare la qualità del sonno, *The Global Psychotrauma Screen, post-traumatic stress symptoms subscale* (GPS-PTSS; Frewen et al., 2021), per misurare i sintomi del PTSD (Olf et al., 2020), *the 10-item Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen S & Hoberman HM, 1983) per analizzare lo stress percepito e *International Adjustment Disorder Questionnaire* (IADQ; Shevlin et al., 2019) per misurare il disturbo dell'adattamento. I risultati ottenuti mostrano che il 17% del campione ha riportato sintomi depressivi, il 37% sintomi tipici del PTSD, il 20% sintomi relativi all'ansia, il 7% sintomi relativi all'insonnia, il 21% mostrava alti livelli di stress e per il 23% del campione sintomi di disadattamento.

### **1.5 Difficoltà di accesso ai servizi per la salute mentale**

Nonostante la condizione generale di salute mentale risulti genericamente compromessa, soprattutto rispetto a problematiche di stampo depressivi e di carattere ansioso nella popolazione degli studenti universitari, non si rileva un grado di richiesta di aiuto congruo

alla situazione verso i servizi e professionisti sanitari specializzati in risposta ai problemi individuati. Le motivazioni sembrano in parte essere legate ai concetti di stigma verso la malattia mentale e i professionisti/servizi che trattano questi tipi di problematiche, ma anche al genere di appartenenza, tratti di personalità e strategie di coping (CTMI, 2021).

Nello studio trasversale di Armando et al., 2009 svolto su un campione di 1067 studenti universitari italiani, viene riscontrato che il 24.4% degli studenti dichiara di non essersi rivolto a uno psicologo/psichiatra, pur avendone sentito la necessità; la principale causa riportata dagli studenti coincide con il costo troppo elevato delle prestazioni di aiuto psicologico. A supporto di ciò viene riportato nello stesso articolo che il 72% del campione di studenti troverebbe utile un servizio pubblico di supporto psicologico-psichiatrico rivolto alla fascia di popolazione dei giovani adulti.

### **1.5.1 Propensione alla ricerca di aiuto e mental health literacy**

Lo studio di Clough et al., 2018 si propone di approfondire il rapporto tra Mental Health Literacy (MHL) e la propensione alla ricerca di aiuto nell'ambito della salute mentale in un campione di 357 studenti universitari di un ateneo australiano. Le scale somministrate includono la *Kessler-10 (K-10; Kessler et al., 2003)*, *Inventory of Attitudes toward Mental Health Services (IAMHS; Mackenzie et al., 2004)*, *General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005)*, *Mental Health Literacy Scale (O'Connor & Casey, 2015)*. Nei risultati ottenuti si evidenzia come i punteggi MHLS siano più bassi per i maschi, per chi non ha mai avuto contatti con servizi per la salute mentale e per chi ha iniziato il percorso di studi da poco tempo. Vi è una differenza in termini di MHLS e di propensione alla ricerca di aiuto anche tra gli studenti internazionali e quelli originari del posto; probabilmente gli studenti internazionali trovano barriere aggiuntive all'accesso dei

servizi. Per quanto riguarda la propensione alla richiesta di aiuto sembrano non esserci differenze, ma rispetto all'intenzione di chiedere aiuto quando vi sono situazioni di disagio importante sembrano esserci differenze di genere: l'intenzione di cercare aiuto in caso di bisogno risulta più alto per le femmine. Un altro studio interessante è quello condotto da Eisenberg et al., 2007, in cui l'obiettivo era quello di analizzare l'utilizzo dei servizi per la salute mentale in un campione di 2785 studenti dell'Università pubblica del Midwestern. Tra gli strumenti utilizzati era incluso il *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)*; inoltre il bisogno percepito di servizi per la salute mentale nell'ultimo anno è stato misurato utilizzando una domanda dello studio *Healthcare for Communities*, uno studio nazionale sull'uso dei servizi di salute mentale per gli ultimi 12 mesi. È stato inoltre indagato l'uso di farmaci nell'ultimo anno. Dai risultati emerge come gli studenti tendano ad utilizzare più frequentemente i servizi di salute mentale per problemi d'ansia o depressione; tuttavia, solo il 36% degli studenti con sintomi depressivi si è rivolto ad un servizio competente. I risultati suggeriscono inoltre che diversi fattori sono correlati al comportamento di ricerca di aiuto e all'accesso ai servizi, ad esempio molti studenti non erano a conoscenza delle opzioni di servizio o non ne avevano familiarità.

Inoltre, per i partecipanti affetti da una patologia depressiva circa la metà alla domanda riguardante l'uso dell'assicurazione sanitaria ai fini dell'accesso a prestazioni sanitarie per la loro condizione hanno risposto di non sapere che tali prestazioni fossero coperte dalla loro polizza o non erano sicuri, nonostante il 90% di loro ha dichiarato di possedere un'assicurazione di questo tipo.

### **1.5.2 Propensione alla ricerca di aiuto, stigma e strategie di coping**

Un altro dei fattori che sembra influenzare la ricerca di aiuto nel campo della salute mentale sembra essere lo stigma verso i professionisti che lavorano in questo ambito (Dagani et al., 2023, Vogel et al., 2007). Lo studio di Talebi et al., 2016 ha valutato come viene percepito lo stigma nella ricerca di aiuto per problemi di salute mentale negli studenti universitari. La ricerca è stata condotta su un campione di 329 studenti dell'università di Carleton in Canada e ha previsto la somministrazione di strumenti come il *13-item Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Beck, 1972)*, *The 12-item Social Provisions Scale (Cutrona, 1989)* *unsupportive Social Interactions Inventory (Ingram et al., 2001)*, *survey of Coping Profiles Endorsed (SCOPE, Matheson & Anisman, 2003)*, e la compilazione di 6 item che valutavano la richiesta di aiuto in condizioni di disagio psicologico (Vogel, Wade, & Haake, 2006). Dai risultati emergono differenze di genere nello stile di coping: le donne hanno riportato un maggiore utilizzo di strategie di coping fondate sulle emozioni rispetto agli uomini; tuttavia, non vi sono differenze di genere sull'utilizzo di strategie fondate sui problemi. Inoltre, le donne percepiscono più supporto sociale nella quotidianità rispetto agli uomini, mentre questi ultimi riportavano livelli più elevati di autostigma e di stigma in riferimento ai problemi di salute mentale rispetto alle donne.

La stigmatizzazione di persone con problemi psicologici e psichiatrici ha una lunga tradizione storica, e molto più di qualsiasi altro tipo di malattia, i disturbi mentali sono soggetti a giudizi negativi, le persone con questo tipo di disturbi sono spesso considerate pericolose, imprevedibili o inaffidabili. Lo stigma è stato definito come un marchio o un difetto risultante da una caratteristica personale o fisica che viene considerata

socialmente inaccettabile (Blaine, 2000), in questo caso viene attribuito alla condizione mentale e alla sofferenza psicologica. Vengono identificate da Corrigan, 2004 quattro caratteristiche che descrivono bene l'oggetto dello stigma pubblico e il processo di stigmatizzazione: indizi (deficit abilità sociali, aspetto fisico etc.), stereotipi, pregiudizi e discriminazione, comprende anche l'auto stigmatizzazione da parte delle vittime. Più specificamente l'auto-stigma può influenzare la ricerca di cure, associandosi alla convinzione che chiedere aiuto sia un segno di debolezza. È stato riscontrato che l'auto-stigma può essere associato a specifiche strategie di coping disfunzionale, che portano ad un uso limitato del supporto strumentale, come chiedere consigli o aiuto da altri, e ad un aumento dell'autocolpevolizzazione della propria condizione di sofferenza.

Come definito da Corrigan, 2004 lo stigma pubblico percepito nei confronti della ricerca di un trattamento si riferisce invece alla percezione che gli individui di un gruppo sociale hanno di una persona che cerca un trattamento psicologico, la quale viene considerata come socialmente meno accettabile. Alcuni dei fattori che impediscono la ricerca di aiuto includono la difficoltà di accesso ai servizi, scarso riconoscimento del soggetto delle proprie emozioni e cognizioni e scarsa alfabetizzazione sulla salute mentale.

### **1.5.3 Propensione alla ricerca di aiuto: differenze di genere, strategie di coping e stigma**

Lo studio di Dagani et al., 2023 cerca di analizzare come le interrelazioni tra domini specifici, come il disagio psicologico, la percezione dello stigma della ricerca di aiuto e le strategie di coping si relazionano tra loro e con le intenzioni di ricerca di aiuto professionale in un campione composto da 3.754 studenti universitari provenienti da un'università italiana di medie dimensioni, con un'età media di 23 anni. In particolare, lo

studio ha ipotizzato che il disagio psicologico potesse influire sulle strategie di coping e/o sullo stigma con conseguente modifica delle intenzioni di ricerca di aiuto. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: University Stress Scale (USS; Stallman, 2008); Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE), Self-Stigma of Seeking Help scale (SSOSH; Vogel et al., 2006), Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help scale (PSOSH; Vogel, 2009), General Help Seeking Questionnaire (GHSQ; Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005). Dai risultati emerge una correlazione negativa significativa tra l'autostigma e l'intenzione di cercare aiuto per problemi emotivi o pensieri suicidari. I risultati dello studio evidenziano inoltre che gli studenti con un disagio psicologico significativo utilizzavano diverse strategie di coping per affrontare lo stigma della ricerca di aiuto: minore è lo stigma della ricerca di aiuto, maggiore è la possibilità di sviluppare l'intenzione di cercare un aiuto professionale. Le donne hanno riportato livelli più alti di distress rispetto agli uomini, mentre gli uomini hanno mostrato un livello più elevato di autostigma e stigma percepito rispetto alle donne. Pertanto, per promuovere la ricerca di aiuto professionale tra gli studenti, è essenziale considerare sia lo stigma (che ha avuto un effetto diretto sulle intenzioni di ricerca di aiuto), ma anche il ruolo delle strategie di coping e del disagio psicologico, che hanno mostrato effetti indiretti significativi sulle intenzioni di ricerca di aiuto. Il disagio psicologico risultava correlato principalmente alle strategie di coping centrate sulle emozioni, ciò significa che alti livelli di disagio psicologico innescavano specifiche strategie di coping, tra cui l'accettazione e la ricerca di supporto emotivo. Quando gli studenti si sentivano in difficoltà, preferivano cercare conforto e comprensione da parenti e amici, piuttosto che cercare di elaborare una strategia su cosa fare. Un'altra interessante differenza di genere riguarda lo stigma:

gli studenti maschi hanno mostrato livelli più elevati di stigma nel cercare aiuto professionale. Sembra che il genere abbia un impatto sulla ricerca di aiuto professionale per quanto riguarda le problematiche riguardanti la salute mentale: il genere maschile sembra infatti ancora vincolato a un 'ruolo tradizionale' caratterizzato dalla tendenza a non rivelare le proprie emozioni, ad essere "forti", avere autocontrollo e non avere bisogno di nessuno (Topkaya,2014; Komiya et al., 2000; Good et al., 1989; Robertson & Fitzgerald, 1992).

Sembrerebbe emergere quindi una resistenza del genere maschile nel richiedere aiuto e una predisposizione del genere femminile (Topkaya, 2020). Tale differenza conferma ricerche precedenti (Vogel et al., 2006) e potrebbe riflettere gli stereotipi sociali in base ai quali ci si aspetta che gli uomini siano controllati e autosufficienti, e pertanto quindi considerati deboli se chiedono aiuto o ammettono di non essere in grado di gestire da soli i propri problemi.

## **1.6 Costrutto della *Mental Health Literacy*: Definizione ed Evoluzione**

### **1.6.1 *Health Literacy***

L' *American Medical Association* definisce l' *health literacy* (HL) come:

"la capacità di leggere e comprendere i flaconi delle ricette, le schede degli appuntamenti e altri materiali sanitari essenziali necessari per lavorare con successo come paziente" (*Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association.*, 1999). Nel 1998, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ampliato la definizione di HL includendo "le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità

degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere una buona salute" (*Seventh Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 21-26 October 2009, 2009*).

L'Associazione canadese per la salute pubblica ha utilizzato questi sviluppi storici per concettualizzare la propria definizione di HL: "la capacità di accedere, comprendere, valutare e comunicare le informazioni come un modo per promuovere, mantenere e migliorare la salute in una varietà di contesti lungo tutto l'arco della vita ". La definizione più ampia di HL consente un approccio più completo per aumentare la probabilità di fornire e ricevere un'assistenza sanitaria efficace e collaborativa (Rootman et al., 2008). Attualmente, la HL è intesa come caratterizzata dalle seguenti componenti: le competenze necessarie alle persone per aiutare a ottenere e mantenere la salute e a identificare le malattie; la comprensione di come e dove accedere e come valutare le informazioni sulla salute e l'assistenza sanitaria; la comprensione di come applicare correttamente i trattamenti prescritti; l'ottenimento e l'applicazione di competenze relative al capitale sociale, come la comprensione dei diritti relativi alla salute e all'assistenza sanitaria e la comprensione di come sostenere i miglioramenti della salute (Kickbusch et al., 2013; "*Facilitating State Health Exchange Communication through the Use of Health Literate Practices,*" 2012).

### **1.6.2 Da Health literacy a Mental Health Literacy**

Originariamente la Mental Health Literacy (MHL) è stata concettualizzata come l'insieme di "conoscenze e credenze sui disturbi mentali che aiutano il riconoscimento, la gestione e la prevenzione" (Jorm et al., 1997).

Jorm et al. 2012 hanno successivamente perfezionato la definizione per includere le conoscenze che promuovono la salute mentale di una persona o di altri, tra cui: la conoscenza di come prevenire un disturbo mentale; il riconoscimento dei disturbi quando si sviluppano; la conoscenza di strategie di auto-aiuto efficaci per problemi lievi-moderati; e le abilità di primo soccorso per aiutare gli altri.

Recentemente il costrutto viene ridefinito attingendo alle definizioni di *Health literacy*. Il MHL è stato definito includendo la comprensione di come ottenere e mantenere una salute mentale positiva; la comprensione dei disturbi mentali e dei loro trattamenti; riduzione dello stigma legato ai disturbi mentali; miglioramento dell'efficacia della ricerca di aiuto (sapere quando e dove cercare aiuto e sviluppare competenze volte a migliorare le proprie capacità di cura e autogestione della salute mentale). Questa definizione di MHL è un'estensione di precedenti costrutti, include il concetto di stigma introducendo una componente culturale e sociale fondamentale per la corretta diffusione di una corretta alfabetizzazione sul tema della salute mentale (Howland et al., 2016; Corrigan et al., 2009).

Il tema dell'alfabetizzazione sulla salute mentale non si riduce quindi a un mero possesso di conoscenze teoriche sul tema ma a vere e proprie convinzioni derivanti dal clima culturale che determinano atteggiamenti e azioni volti ad agire per preservare la propria salute mentale e quella degli altri (Jorm, 2012; Dias et al., 2018).

Questa definizione in evoluzione si basa su affinamenti e conoscenze sul tema della MHL; diversi studi mostrano infatti quanto una scarsa conoscenza possa portare a identificare soluzioni generaliste e non validate. Ad esempio, nello studio di Reavley & Jorm, 2011 viene descritto come interventi non validati siano spesso scelti rispetto a

interventi validati (es. parlare solo con la famiglia invece che rivolgersi ad uno specialista quando si ha un problema).

Viene naturale identificare la *mental health literacy* come un insieme di conoscenze e atteggiamenti rilevanti non solo per chi è affetto da disturbi mentali ma per tutta la comunità (Jorm, 2012). Sono presenti diversi studi che vanno ad analizzare lo stato della *mental health literacy* in diversi Paesi del mondo: in uno studio svedese sembrano avere risultati migliori le donne e i ragazzi compresi tra i 20-34 anni, (Dahlberg et al., 2008), in uno studio condotto tra Australia e Giappone, viene descritta nel campione australiano una preferenza per i trattamenti sullo stile di vita ma di tipo non psicologico o medico, quindi non forniti da personale specializzato. In Giappone i risultati sono simili, vengono indicati come principali metodi di aiuto il conforto degli amici e parenti (Jorm et al., 2005). Un altro studio su campione indiano appartenente ad una fascia socio-economica svantaggiata ha rilevato come chiedere aiuto ad amici, parenti e vicini sia considerato efficace allo stesso modo che rivolgersi a dei professionisti del campo della salute mentale (Kermode et al., 2009). Interessante anche uno studio su campione canadese che ha rilevato un buon livello di riconoscimento e utilizzo dei termini corretti per la depressione, sebbene anche in questo caso il campione risulti incline ad utilizzare vie alternative come integratori e auto aiuto per gestire problematiche psicologiche. In questo campione sembra anche influire il livello di scolarizzazione, più è elevato più i punteggi di riconoscimento aumentano (Wang et al., 2007).

In generale si possono identificare dei risultati comuni a questi studi: vengono identificate differenze di genere nel riconoscimento e nella richiesta di aiuto per problematiche legate alla salute mentale, sembrano infatti avere risultati più alti nel riconoscimento ed

etichettamento corretto dei problemi di tipo psicologico le donne rispetto agli uomini, la stessa differenza di genere è rilevata per la predisposizione nella ricerca di aiuto verso i professionisti. Sembra anche che le persone in generale non tendano ad affidarsi spesso a professionisti del campo della salute mentale e a interventi validati preferendo altre modalità per affrontare tali problemi.

### **1.7 Mental Health Literacy in giovani adulti e studenti universitari**

Anche nel caso di giovani adulti e studenti universitari i punteggi riferiti alla MHL risultano più bassi per il genere maschile, per gli studenti che frequentano l'università da meno tempo e che non hanno avuto contatti in precedenza con i servizi di salute mentale (Clough et al., 2018; Venkataraman et al., 2019).

Analizzare la *mental health literacy* nei giovani adulti è molto importante, poiché in questa fascia d'età si affronta un periodo caratterizzato da molti cambiamenti e in cui aumenta l'esposizione al rischio di problemi di salute mentale (Arnett et al., 2014).

In aggiunta alla precarietà tipica dell'età del giovane adulto, va considerato anche il percorso universitario, che porta con sé una mora di esperienze ed elementi stressogeni, come ad esempio l'allontanamento da casa (Kim, 2021). Interessante ai fini di comporre un'idea della MHL in studenti universitari e in generale nella popolazione di fascia del giovane adulto è lo studio condotto da Furnham et al., 2011 su un campione di 426 studenti universitari con lo scopo di indagare le loro conoscenze su oltre 90 disturbi psichiatrici prendendo come riferimento il DSM IV. Venne chiesto ai partecipanti di rispondere a sei domande che indagavano se avevano sentito parlare del disturbo, se conoscevano qualcuno che ne era affetto se erano in grado di definirlo o descriverlo, se

ne conoscevano le cause, se le persone che ne sono affette possono essere curate e se la prevalenza del disturbo risulti comune, sono stati utilizzati anche due strumenti per misurare i tratti di personalità dei partecipanti: *NEO Personality Inventory – Revised* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992), e il *Trait Emotional Intelligence* (TEI; Petrides and Furnham, 2003).

Dai risultati dello studio è emerso che oltre il 75% del campione aveva dichiarato di aver sentito parlare di solo 8 dei 97 disturbi presenti nella lista: anoressia nervosa, disturbo d'ansia, disturbo dello spettro autistico, bulimia nervosa, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo di Parkinson, disturbo da stress post-traumatico, schizofrenia e sonnambulismo. Oltre il 70% dichiarava di aver sentito parlare di: disturbo acuto da stress, disturbo antisociale di personalità, disturbo da deficit di attenzione, disturbo bipolare, demenza, disturbo depressivo e disturbo del sonno. I dati mostrano inoltre che solo per tre disturbi (disturbo da stress acuto, post traumatico e anoressia nervosa) oltre il 50% del campione credeva che gli esperti competenti ne conoscessero le cause, mentre per altri disturbi emergeva un certo grado di 'cinismo' verso gli addetti ai lavori e alla loro comprensione delle cause dei disturbi. Per quanto riguarda la cura dei disturbi solo per 12 disturbi più di un terzo dei partecipanti riteneva probabile la guarigione se i pazienti affetti avessero cercato aiuto specializzato.

Le donne, così come gli studenti con un'alta apertura all'esperienza e un'alta intelligenza emotiva, avevano una maggiore conoscenza dei disturbi mentali rispetto agli uomini. Il genere femminile era associato a una maggiore familiarità con i disturbi mentali e una maggiore capacità di definirli. Lo studio evidenzia che la conoscenza sui disturbi mentali tra i giovani adulti è limitata, con molti disturbi psichiatrici che rimangono poco conosciuti,

anche tra studenti che hanno un interesse per la psicologia. Le donne e gli individui con tratti di apertura e intelligenza emotiva risultano più alfabetizzati in termini di salute mentale. I risultati sottolineano la necessità di interventi educativi che possano migliorare la MHL tra i giovani e rendere più accessibili le informazioni su disturbi meno conosciuti.

La metanalisi di Ozparlak et al., 2023 ha analizzato l'associazione tra alfabetizzazione sulla salute mentale (Mental Health Literacy, MHL), il benessere mentale e la ricerca di aiuto nei giovani. Gli autori avevano l'obiettivo di valutare la correlazione tra questi fattori e ad esplorare come l'MHL potesse influenzare le attitudini, le intenzioni e i comportamenti di ricerca di aiuto in giovane età. Il campione includeva un totale di 4.659 giovani partecipanti, con età media variabile dai 13 ai 22 anni. I partecipanti provenivano da vari paesi, tra cui Stati Uniti, Australia, Arabia Saudita, Regno Unito, Irlanda, Corea del Sud, Norvegia, Turchia e Giordania. Gli studi inclusi nella meta-analisi si concentravano su popolazioni giovanili, per lo più studenti di scuole secondarie e università. Lo studio è una revisione sistematica e metanalisi condotta su 12 studi osservazionali, selezionati tra quelli disponibili nei database scientifici. I criteri di inclusione richiedevano studi che esaminassero la correlazione tra alfabetizzazione sulla salute mentale e benessere mentale, oltre alle attitudini, intenzioni e comportamenti di ricerca di aiuto. Non è stata trovata una correlazione significativa tra MHL e benessere mentale nei giovani ( $p > 0.05$ ,  $r = 0.06$ ). Ciò suggerisce che, nonostante una migliore alfabetizzazione sulla salute mentale, il livello generale di benessere mentale non è influenzato in modo significativo. È stata riscontrata una correlazione positiva significativa tra MHL e le attitudini verso la ricerca di aiuto, con una dimensione dell'effetto media ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.48$ ). Sembra pertanto che i giovani con livelli più alti di alfabetizzazione sulla

salute mentale tendano ad avere atteggiamenti più positivi verso la ricerca di aiuto professionale. Lo studio di Amado-Rodríguez et al., 2022 ha valutato l'efficacia dei programmi di alfabetizzazione sulla salute mentale (Mental Health Literacy - MHL) nelle scuole primarie e secondarie, come intervento universale preventivo. L'obiettivo principale è stato esaminare come questi programmi migliorino la conoscenza della salute mentale, riducano lo stigma associato e promuovano la ricerca di aiuto tra i giovani. Lo studio include una revisione sistematica e una metanalisi degli studi condotti dal 2013 fino alla data della pubblicazione. Lo studio includeva una revisione di 15 studi su giovani tra i 10 e i 19 anni, che descrivano interventi realizzati in contesti scolastici primari e secondari in diversi paesi, tra cui Giappone, Canada, Regno Unito, Stati Uniti, Spagna, Portogallo, Nigeria, Norvegia e Australia. La revisione sistematica e la metanalisi sono state condotte seguendo il protocollo PRISMA. Gli studi inclusi dovevano avere un disegno sperimentale, come studi randomizzati controllati (RCT) o quasi-sperimentali (QE), e dovevano valutare almeno uno dei tre risultati principali: conoscenza sulla salute mentale, riduzione dello stigma o promozione della ricerca di aiuto. La metanalisi ha valutato gli effetti post-intervento e nei follow-up a due e sei mesi. Gli interventi MHL hanno prodotto un significativo miglioramento delle conoscenze sulla salute mentale. Questo miglioramento era evidente sia negli studi randomizzati che in quelli quasi-sperimentali, sebbene non siano stati osservati miglioramenti significativi nel ridurre lo stigma. Anche per quanto riguarda la promozione della ricerca di aiuto, i risultati non sono stati significativi. Questi dati mostrano l'importanza degli interventi sulla *mental health literacy* nella fascia dei giovani e giovani adulti per incrementare la conoscenza sulla letteratura riguardo alla salute mentale si faciliterebbe la ricerca di informazioni su

diagnosi e trattamenti, promuovendo l'applicazione di comportamenti volti alla prevenzione e di ricerca di aiuto quando necessario (Ozparlak et al., 2023; Bjørnsen et al., 2017).

## **1.8 Differenze nei punteggi di Mental Health Literacy tra studenti universitari di differenti Paesi**

Risulta interessante prendere in considerazione studi differenti condotti su campioni di studenti universitari appartenenti a diversi Paesi, allo scopo di osservarne le differenze per quanto riguarda la conoscenza della letteratura sulla salute mentale. In particolare, saranno di seguito descritti degli studi condotti in Francia, Inghilterra, Iran e Turchia.

### **1.8.1 *Mental Health Literacy* sugli studenti francesi**

Tra questi particolarmente interessante è lo studio di Montagni & González Caballero, 2022 con l'obiettivo principale di validare la versione francese della scala di alfabetizzazione sulla salute mentale. Il campione considerato era di 482 studenti dell'università di Bordeaux di età media 20.46 anni. È stata utilizzata una versione ad hoc della Mental Health Literacy Scale (MHLS; O'Connor & Casey, 2015) la MHLS-FR con 26 item, nove in meno rispetto a quella di O'Connor e colleghi, poiché alcuni item erano stati ritenuti dai ricercatori troppo simili ad altri già presenti. Il questionario è stato somministrato in modalità self-report in anonimo. La scala francese ha mostrato buone proprietà psicometriche. Il coefficiente di Cronbach della scala completa era 0.744, mentre l'omega di McDonald era 0.961, indicando un'ottima affidabilità interna. Sono state osservate differenze significative tra uomini e donne: le donne hanno riportato punteggi più alti in termini di alfabetizzazione sulla salute mentale. Anche gli studenti di discipline sanitarie hanno ottenuto punteggi superiori rispetto agli studenti di altre

discipline. Il punteggio del campione dello studio per quanto riguarda la scala corrisponde a 90.52/119. Possiamo dunque osservare nel campione francese preso in esame un buon livello di alfabetizzazione sulla salute mentale.

### **1.8.2 Mental Health Literacy su studenti inglesi**

Lo studio di Gorczynski et al., 2017 ha l'obiettivo di valutare i livelli di alfabetizzazione sulla salute mentale (Mental Health Literacy - MHL) tra gli studenti universitari nel Regno Unito e verificare se esiste una correlazione tra l'MHL, il benessere mentale e i comportamenti di ricerca di aiuto. Gli autori si propongono di esplorare se gli studenti con un più alto livello di alfabetizzazione sulla salute mentale abbiano maggiori probabilità di cercare assistenza professionale e presentino risultati migliori in termini di salute mentale il campione coinvolgeva 380 studenti universitari provenienti da un'università nel sud dell'Inghilterra. con un'età media di 20,94 anni, con un'età minima di 18 e una massima di 64 anni

Lo studio ha utilizzato la *Mental Health Literacy Scale* (MHLS; O'Connor & Casey, 2015), viene valutata anche la propensione alla ricerca di aiuto con il *"the general help-seeking questionnaire"* (GHSQ; Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005), il distress psicologico con la *"Kessler psychological distress scale"* (K-10; Kessler et al., 2003), e il benessere generale con *"The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS; Tennant et al., 2007)"*.

La media dei punteggi dell'MHLS è stata di 122,88; anche in questo studio viene evidenziato un punteggio più alto nella *mental health literacy* per il genere femminile, punteggi più alti di alfabetizzazione sulla salute mentale vengono identificati anche in

soggetti che hanno esperito una malattia mentale in precedenza. Inoltre, nel campione femminile e in soggetti con precedenti malattie mentali è presente anche un maggior tasso di vulnerabilità e un minor benessere generale.

Per quanto riguarda l'apporto di distress, nel campione preso in esame sembrano essere principalmente quattro i fattori principalmente correlati a un maggiore carico di stress: carico dei corsi, gli esami, la conciliazione tra studio e altri impegni e i voti.

I risultati hanno mostrato anche una correlazione positiva significativa tra l'alfabetizzazione sulla salute mentale e i comportamenti di ricerca di aiuto ( $r = 0.123$ ,  $p = 0.017$ ), indicando che gli studenti con una maggiore MHL avevano maggiori probabilità di cercare aiuto. Tuttavia, non è stata trovata una correlazione significativa tra MHL e distress o benessere.

### **1.8.3 Mental Health Literacy in studenti persiani**

Lo studio condotto da Mahmoodi et al., 2022 prende in esame un campione di 543 studenti dell'università della repubblica di Tehran; lo strumento utilizzato per misurare il punteggio della *Mental Health Literacy* è stata la *Mental Health Literacy Scale (MHLS; O'Connor & Casey, 2015)*, La scala MHLS utilizzata in questo studio era composta da 23 item invece di 35 con un possibile score da 23 a 106 (Gholamreza Ghaedamini Harouni et al., 2022). Lo studio ha inoltre previsto la somministrazione di una scala denominata *Mental Health Positive Knowledge (MHPK; Hossein Mahmood et al., 2021)*, strumento che misura le conoscenze possedute dal soggetto che portano ad una buona salute mentale. Dai risultati si evince una media di punteggio MHL di 69.59 il 65% del campione totale aveva un punteggio sufficiente nella scala MHLS orientata alle informazioni sulle

malattie; tuttavia, il 30% mostrava un punteggio insufficiente nella MHPK. Per quanto riguarda le modalità di reperimento delle informazioni del campione riguardanti la salute mentale, le due fonti principali rilevate sono state i social media e i principali motori di ricerca online, sebbene nonostante una tendenza prevalente a reperire le informazioni da queste due fonti, le informazioni reputate più affidabili sono quelle fornite dal personale sanitario. Dai dati emerge una considerazione interessante relativa al confronto tra un precedente studio sulla MHL sulla popolazione persiana (Gholamreza Ghaedamini Harouni et al., 2022) e il campione di studenti universitari: gli studenti universitari riportavano punteggi MHL superiori, probabilmente per la possibilità degli studenti di essere esposti ad una buona educazione sanitaria. Altro dato interessante è che in questo studio, i punteggi MHL non variavano per genere, si riportano infatti punteggi simili per maschi e femmine, probabilmente anche in questo caso l'educazione universitaria potrebbe aver avuto un ruolo importante nell'eliminare le differenze di genere. Infine, un fattore che sembra invece aver influenzato il punteggio MHL è stata la condizione socioeconomica, in linea con la precedente letteratura (Venkataraman et al., 2019).

#### **1.8.4 Mental health literacy in studenti turchi**

Lo studio di Pehlivan et al., 2020 ha considerato 417 studenti dell'università pubblica della Turchia, valutati con la *Kessler psychological distress scale (k-10; Kessler et al., 2003)*, la *mental health literacy scale (MHLS; O'Connor & Casey, 2015)* e un ulteriore strumento per misurare la *mental health literacy* maggiormente basato su item orientati alla conoscenza, alle convinzioni e alla ricerca di informazione sulla salute mentale. Analizzando i risultati di entrambi gli strumenti che hanno misurato la *mental health literacy* del campione, il punteggio della scala MHL corrisponde a 12 (in un range da 1 a

20) e il punteggio MHLS a 90 (in un range da 60 a 115). Questi risultati suggeriscono che la maggior parte degli studenti appartenenti al campione di indagine (78.2%) mostrano difficoltà nel gestire, se presenti, le proprie problematiche mentali, come mostrato dai punteggi della scala K-10 che misura il distress percepito: solo il 21.8% dei partecipanti ha dichiarato di non percepire stress, mentre il 78.2% ha dichiarato di percepire un livello di stress lieve, moderato o elevato.

In conclusione, sembra che il campione di studenti turchi analizzato sia particolarmente a rischio in termini di problemi di salute mentale. Dallo studio emerge che in generale avere una diagnosi psichiatrica o un trattamento in atto corrisponde ad un livello di MHL più alto soprattutto se si appartiene al genere femminile, inoltre viene riportato anche in questo studio che appartenere al genere femminile aumenta il rischio di malessere mentale.

## **CAPITOLO 2:**

### **Descrizione della Ricerca e metodi**

#### **2.1 Obiettivi e ipotesi dello studio.**

L'indagine da noi effettuata ha cercato di indagare il livello di alfabetizzazione della salute mentale e il disagio emozionale nella popolazione studentesca italiana. Il nostro obiettivo è stato quello di valutare la *mental health literacy* degli studenti universitari in Italia servendoci a tal scopo della *back translation* della *Mental Health Literacy Scale* (MHLS; REF), cercando di comprendere quali variabili tra quelle da noi indagate influenzano i punteggi della competenza nella *Mental Health Literacy* negli studenti del nostro campione.

In secondo luogo, un ulteriore obiettivo è stato la valutazione dello stato di distress emozionale degli studenti, dal momento che il periodo di età del giovane adulto è particolarmente esposto al rischio di esordio di disturbi mentali (Rickwood et al., 2005), il percorso universitario sembra generare fattori di rischio importanti e gli studenti universitari sembrano poco propensi a chiedere un aiuto formale (Gagnon et al., 2015).

#### **2.2 Partecipanti e procedura**

Il campione dello studio comprende 207 studenti universitari di età compresa tra 19 e i 43 anni ( $m=23.165$ ;  $sd=3.302$ ) provenienti da diverse regioni italiane. Il campione è stato reclutato attraverso la presentazione dello studio nelle aule universitarie, condivisione del questionario online sui principali social media (whatsapp e instagram) e sponsorizzazione attraverso locandine nelle bacheche dei corsi di laurea.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica (Area 17), protocollo 333-a/10.02.2024.

Il questionario è stato somministrato in modalità self-report, compilato dai partecipanti con procedura digitale utilizzando la piattaforma Qualtrics attraverso strumenti come smartphone, pc e tablet, l'analisi dei dati è stata svolta attraverso il software "STATA".

Per quanto riguarda i dati sociodemografici sono state richieste ai partecipanti le seguenti informazioni:

-Genere: sembra infatti che gli individui di genere femminile abbiano un livello di alfabetizzazione della salute mentale più alto rispetto agli individui di genere maschile (Furnham et al., 2011),

-Età Anagrafica

<b>Genere</b>	<b>Freq.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Maschio</b>	50	24.15
<b>Femmina</b>	151	72.95
<b>Altro</b>	2	0.97
<b>NA</b>	4	1.93
<b>Tot</b>	207	
<b>Mean age</b>	23.165 Sd:3.302	

*Tabella 1- genere e età anagrafica*

-Luogo di residenza: sembra esserci una differenza dell'indice MH in base al territorio italiano di appartenenza, il Nord-est sembra essere il territorio con i livelli più alti di benessere psicologico (69.9), seguito dalle isole (69.1) e dal centro (68,8). Il Nord-ovest

segue con 68,7 e il sud infine viene rilevato come il territorio italiano con le peggiori condizioni di benessere psicologico (Istituto Nazionale di Statistica, 2024);

<b>Regione di provenienza</b>	<b>Freq.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Piemonte</b>	52	26
<b>Sardegna</b>	4	2
<b>Lombardia</b>	12	6
<b>Veneto</b>	102	51
<b>Liguria</b>	5	2
<b>Toscana</b>	4	2
<b>Calabria</b>	5	2
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	7	3
<b>Sicilia</b>	4	2
<b>Tot</b>	200	97

*Tabella 2- regione di provenienza*

-Modalità di sostentamento economico con la fascia ISEE in cui i partecipanti si collocano;

-Corso di laurea frequentato e se hanno frequentato un corso di psicologia clinica: sembra infatti che frequentare un corso relativo a psicologia o psichiatria sia associato a una maggiore capacità di definire i problemi di salute mentale (Furnham et al., 2011),

<b>Frequentazione Corso Psicologia Clinica</b>	<b>Freq.</b>	<b>Perc.</b>
<b>Si</b>	48	23
<b>No</b>	159	76
<b>Tot</b>	207	99

*Tabella 3-frequentazione corso di psicologia clinica*

-Passati contatti con servizi di salute mentale o professionisti di salute mentale e la relativa motivazione: come riportato negli studi di Clough et al., 2018; Venkataraman et al., 2019 le persone entrate in contatto con un professionista/servizio di salute mentale hanno punteggi più alti di MHL.

Contatto con professionisti della salute mentale per necessità di una persona vicina	Freq.	Perc.
Si	52	25.12
No	152	73.43

*Tabella 4- Contatto con professionisti della salute mentale per necessità di una persona vicina*

Contatto con servizi di salute mentale per necessità di una persona vicina	Freq.	Perc.
Si	34	16
No	172	83

*Tabella 5- Contatto con servizi di salute mentale per necessità di una persona vicina*

Contatto con servizi di salute mentale per propria necessità	Freq.	Perc.
Si	67	32
No	138	66

*Tabella 6- Contatto con servizi di salute mentale per propria necessità*

Contatto con professionisti della salute mentale per propria necessità	Freq.	Perc.
Si	117	56
No	88	42

*Tabella 7- Contatto con professionisti della salute mentale per propria necessità*

## **2.3 Strumenti utilizzati**

Per indagare il livello tra gli studenti italiani di *Mental Health Literacy*, abbiamo utilizzato la versione italiana della *Mental Health Literacy Scale* (MHLS; O'Connor et al., 2015). Sono stati poi somministrati i seguenti strumenti: *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10; Kessler et al., 2003) per ottenere una misura del distress percepito, il *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1991) per il benessere generale, il *Well-being scale* (WHO-5; Downs et al., 2017) per misurare la qualità della vita, il *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) per analizzare i sintomi della depressione, il *General Anxiety Disorder* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) per misurare la sintomatologia relativa all'ansia.

### **2.3.1 Mental health literacy scale**

Lo strumento somministrato è una traduzione italiana integrale della versione originariamente utilizzata da O'Connor et al., 2015. Per misurare la *mental health literacy* è necessario basarsi su una definizione articolata e precisa che permetta di orientarsi efficacemente nel costrutto: la MHLS consiste di sette attributi tra cui l'abilità di riconoscere un disturbo specifico, l'abilità di reperire informazioni sulla salute mentale, conoscenza di cause e fattori di rischio sui disturbi mentali, conoscenza degli autotrattamenti, conoscenza di aiuti professionali disponibili e atteggiamenti che promuovono il riconoscimento e la ricerca di aiuto. (Jorm et al., 1997; O'Connor & Casey, 2015).

O'Connor et al., 2015 hanno validato una scala per misurare la *Mental Health Literacy* metodologicamente robusta e in grado di misurare in modo più affidabile possibile il punteggio MHL. Questo processo di sviluppo ha seguito tre fasi: lo sviluppo di misure

adeguate, una fase di test e le relative misurazioni psicometriche, e un focus sull'elaborazione della qualità metodologica.

La versione finale della scala MHLS includeva 35 item. La scala ha mostrato un'elevata affidabilità interna, con un coefficiente di Cronbach pari a 0,87, indicativo di una buona coerenza interna tra gli item. L'affidabilità test-retest della scala è risultata elevata, con un coefficiente di correlazione pari a 0,797, dimostrando che i risultati erano stabili nel tempo.

La versione da noi utilizzata è una versione tradotta in italiano dalla versione originale usando la procedura *back translation*: traducendo inizialmente la scala dall'inglese all'italiano, e poi ritraducendo la versione italiana in inglese per verificare eventuali alterazioni di contenuto. Tale processo è stato gestito e supervisionato da un team di professori dell'università di Padova che ha coinvolto il Professor Gentili per quanto riguarda la traduzione della scala dall'inglese all'italiano, la Professoressa Cardi per la *back translation* in lingua Inglese con la supervisione della Professoressa Cristea. Per verificare l'attendibilità della scala tradotta è stato calcolato l'indice di coerenza interna, l'alfa di Chronbach che corrisponde  $\alpha = 0.84$ , indica una buona coerenza interna .

### **2.3.2 Kessler *psychological distress scale* (K-10)**

La versione da noi utilizzata è una versione estesa della scala k-10 ovvero la *kessler psychological distress scale-10+*. I 10 item della scala sono stati elaborati per valutare il distress psicologico non specifico e disturbi mentali nella popolazione generale (Lehmann et al., 2023; Cornelius et al., 2013). La scala riporta buone proprietà psicometriche e buona capacità di discriminare casi di disturbi mentali dai non disturbi (Staples et al.,

2019; Cornelius et al., 2013). La scala è composta da 10 items con risposte su scala Likert da 1 a 5: “mai”, “raramente”, “A volte”, “Spesso”, “Sempre” e con un range di punteggio da 10 a 50; Il periodo di riferimento delle domande è per gli ultimi 30 giorni.

Nella versione utilizzata nel presente lavoro sono stati aggiunti 6 item con lo scopo di indagare, nell'ultimo mese, i giorni in cui il soggetto ha esperito il distress indicato nelle domande precedenti e il numero di giorni in cui gli stati d'animo percepiti dal soggetto hanno influenzato diversi domini della quotidianità come il lavoro e le normali attività quotidiane. Viene anche indagato se e quante volte il soggetto si è rivolto a personale sanitario per il suo stato di salute e se tale contatto è avvenuto per problemi di natura fisica.

### **2.3.3 *The General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)***

Il *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1991) è uno strumento che misura la salute psicologica generale in un contesto non psichiatrico, adeguate per valutazioni su popolazione generale. Il questionario è composto da 12 item ed è frequentemente utilizzato per la sua brevità e la facile somministrazione (Molina et al., 2014); inoltre mostra una buona validità e affidabilità nella versione a 12 item in diversi Paesi e in diversi campioni, tra cui il campione italiano (Politi et al., 1994). Vengono utilizzati tipicamente due metodi di scoring: il metodo “GHQ” ed il metodo “Likert”, la metodologia da noi scelta è il metodo “Likert” che prevede l'assegnazione di un punteggio da 0 a 3 alle risposte (Castello, 2010).

### **2.3.4 World Health Organization Five Well-Being Index (WHO-5)**

La scala *World Health Organization Five Well-Being Index* (WHO-5; Topp et al., 2015) è un questionario da somministrare in modalità self-report molto breve, composto da 5 item, utilizzato per misurare il benessere psicologico soggettivo, è una scala molto usata dai ricercatori di tutto il mondo e tradotta in più di 30 lingue.

La scala WHO-5 ha un'elevata validità sia come strumento di screening per la depressione sia per misurare l'esito di studi clinici e questo ne motiva il largo utilizzo (Topp et al., 2015).

I 5 item sono relativi all'umore, al livello di energia, allo stato di attivazione, il livello di riposo e l'appagamento quotidiano percepito dal soggetto negli ultimi 14 giorni; la risposta per ogni item varia da 5 (tutto il tempo) a 0 (mai) e il punteggio totale varia da 25 (massimo benessere psicologico) a 0 (assenza di benessere psicologico).

Inoltre, nello studio condotto da Downs et al., 2017 viene riportato come il WHO-5 risulti una misura affidabile e valida per il benessere degli studenti universitari, caratteristica che rende tale strumento adatto al nostro studio.

### **2.3.5 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

Il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) è un questionario composto da 9 item estratto dal modulo sulla depressione del PHQ. Il questionario è utilizzato per analizzare i sintomi depressivi e può usato per diagnosticare la depressione maggiore nel caso fossero presenti almeno 5 dei 9 sintomi indagati: interesse e piacere nel fare le cose, tono dell'umore basso, problemi del sonno, livello di energia, scarso appetito, livello di autostima, difficoltà di concentrazione, rallentamento motorio e

tendenze autolesionistiche-suicidarie, la modalità di somministrazione è self-report e indaga la presenza dei sintomi descritti negli ultimi 14 giorni. Lo *score range* del PHQ-9 va da 0 a 27 e per ogni item viene chiesto di stimare la frequenza di ogni sintomo da "mai" a "quasi ogni giorno".

Come mostrato da Kroenke et al., 2001 lo strumento riporta un'eccellente affidabilità interna (alfa di cronbach 0.89) e nel test-retest; inoltre è stato dimostrato che i punteggi del PHQ-9 sono invariati per età, sesso, razza/etnia, stato civile, livello di istruzione e condizioni di salute (Shevlin et al., 2022), condizioni che lo rendono uno strumento idoneo al nostro studio.

### **2.3.6 General Anxiety Disorder (GAD-7)**

Il questionario *General Anxiety Disorder* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) consiste di 7 item che hanno l'obiettivo di identificare e monitorare i sintomi d'ansia del soggetto nelle ultime due settimane, basandosi sui criteri per il disturbo d'ansia generalizzato del DSM IV.

Viene somministrato in modalità *self-report*, il punteggio assegnabile varia da 0 a 21 e viene utilizzata una scala likert a 4 punti (0=mai;3=quasi ogni giorno), con un punteggio più elevato ad indicare un livello più alto di sintomi di carattere ansioso (Shevlin et al., 2020). Nello specifico, gli item misurano il grado di tensione/nervoso, il grado di controllo delle preoccupazioni, l'intensità delle preoccupazioni, la difficoltà a rilassarsi, l'irrequietezza, il grado di irritabilità e la paura che succeda qualcosa di terribile.

La consistenza interna del GAD-7 risulta eccellente (Cronbach =.92), così come l'affidabilità test-retest, per risultati non influenzati dall'età e dal genere (Spitzer et al., 2006).

## CAPITOLO 3

### Analisi dei Risultati, Discussione, limiti e direzioni future

#### 3.1 Analisi dei risultati

##### 3.1.1 Coerenza interna della *mental health literacy scale*

Si è stimata l'attendibilità della *back translation* MHLS ed è stato calcolato l'alfa di cronbach per stimare la coerenza interna degli item. Il valore di 0.84 denota una buona attendibilità, considerando che la scala originale presenta un alfa di cronbach di 0.87(O'Connor et. Al, 2015).

I risultati sono stati prima esportati dal software qualtrics, convertiti da testo a punteggio per ogni scala e poi analizzati dalla Prof. Cristea attraverso il software "STATA".

##### 3.1.2 Analisi delle scale somministrate

Successivamente sono state calcolate media e deviazione standard del campione per le diverse scale compilate.

Scala	Freq.	Mean	Std.Dev	Min	Max
K-10	204	23.54	7.87	10	47
PHQ-9	200	8.99	5.14	0	23
GAD-7	202	7.82	4.78	0	21
WHO-5	201	11.26	4.53	2	23
GHQ-12	204	17.46	2.75	10	29

<b>MHLS</b>	207	124.10	11.97	91	150
-------------	-----	--------	-------	----	-----

*Tabella 8- punteggi scale somministrate*

Come possiamo osservare vengono riportati nella *tabella 8* le medie dei punteggi ottenuti dai partecipanti nelle diverse scale somministrate.

La media dei punteggi *mental health literacy* misurata con la nostra versione della *mental health literacy scale* corrisponde a 124.10 sd 11.97 su un punteggio massimo di 160 (Connor et. Al, 2015).

Considerando la media di punteggio nella scala K-10 (Kessler et al., 2003) che misura il distress psicologico, si nota come nel campione vi sia una probabilità di un disagio psicologico di natura lieve, in quanto il punteggio è superiore ai 20 punti che è il cut-off sopra al quale si sospetta la presenza di un disagio psicologico (Andrews & Slade, 2001).

Segue il punteggio del PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), una scala costruita per indagare la presenza e la severità di sintomatologia depressiva. Viene riportata un punteggio *mean* 8.99 sd 5.14, il quale indica la presenza diffusa di un disturbo depressivo sottosoglia nel campione da noi analizzato. (Stanford Medicine, 2005)

Per la scala GAD-7 (Spitzer et al., 2006) il punteggio medio del campione corrisponde a *mean* 7.82 sd 4.78, indicando una diffusione di lieve sintomatologia ansiosa (*mild anxiety*). (Patient info, 2019)

Osserviamo ora i punteggi ottenuti per il WHO-5 (Downs et al., 2017), una scala volta a misurare la qualità di vita del soggetto: la media dei risultati del nostro campione corrisponde a *mean* 11.26 sd 4.53, tuttavia è necessario moltiplicare per 4 il punteggio

ottenuto per produrre un punteggio compreso tra 0 e 100 (OMANI-SAMANI et al., 2019). Nel nostro caso il punteggio che si ottiene moltiplicando  $11.26 \times 4$  è 45.04: pertanto si può affermare che nel campione oggetto del nostro studio vi sia complessivamente una buona qualità di vita.

Seguono i punteggi ottenuti con la scala GHQ-12(Goldberg & Williams, 1991), un questionario sul benessere generale che rileva la presenza di sintomi non cronici di cui il soggetto ha sofferto di recente; il punteggio descritto in tabella 2 è stato ottenuto attraverso lo scoring con metodo *Likert*. La media di punteggio ottenuto dal nostro campione corrisponde a *mean* 17.46 sd 2.75 e indica un distress psicologico significativo, in base alle indicazioni di scoring per cui si rileva la presenza di un disagio psicologico rilevante se il punteggio supera i 12-15 punti.

### 3.1.3 Analisi di correlazione delle scale con il punteggio MHLS

R di Pearson	K-10	PHQ-9	GAD-7	WHO-5	G.H.Q.-12
<b>Mhls</b>	0.1115 p>0.05	0.1064 p>0.05	0.1080 p>0.05	-0.1214 p>0.05	-0.0471 p>0.05

Tabella 9- Correlazione di Pearson punteggio Mhls per scale somministrate campione totale

Nella Tabella 9 vengono riportati gli indici r di Pearson per le correlazioni tra la media dei punteggi MHLS e la media dei punteggi delle altre scale somministrate includendo la totalità del campione. Come possiamo osservare dai dati vi è una correlazione positiva debole tra il punteggio medio MHLS (Connor et. Al, 2015) e i punteggi medi delle scale K-10(Kessler et al., 2003), PHQ-9(Kroenke et al., 2001) e GAD-7(Spitzer et al., 2006).

Si nota invece una correlazione negativa debole tra il punteggio medio MHLS e le scale WHO-5(Downs et al., 2017) e GHQ-12(Goldberg & Williams, 1991).

Questi dati confermano che all'aumentare del punteggio medio della scala MHLS vi è un aumento minimo nei punteggi medi delle scale K-10, PHQ-9 e GAD-7; inoltre, all'aumentare del punteggio medio della scala MHLS vi è una minima decrescita dei punteggi medi delle scale WHO-5 e GHQ-12. Tuttavia, non ci sono correlazioni significative dal momento che per ogni scala  $p > 0.05$

<b>R di Pearson</b>	<b>K-10</b>	<b>PHQ-9</b>	<b>GAD-7</b>	<b>WHO-5</b>	<b>G.H.Q.-12</b>
<b>Mhls</b>	0.1616	0.2059	0.2155	-0.2294	-0.0061
	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p < 0.05$

*Tabella 10- Correlazione di Pearson punteggio Mhls per scale somministrate su campione che non ha frequentato un corso di psicologia clinica*

Nella Tabella 10 vengono riportati gli indici r di Pearson per le correlazioni tra la media dei punteggi MHLS e la media dei punteggi delle altre scale tenendo in considerazione il campione che non ha frequentato un corso di psicologia clinica nella sua carriera universitaria. Osservando i punteggi riportati osserviamo una correlazione positiva debole per le scale K-10, PHQ-9 e GAD-7, e una correlazione negativa debole per le scale WHO-5 e G.H.Q.-12.

Alla luce di queste analisi si può assumere che ci sia poca correlazione tra i punteggi MHLS e i punteggi delle altre scale somministrate per il nostro campione ad eccezione

per la scala WHO-5, che presenta un valore di  $p=0.06$  evidenziando una significatività marginale.

### 3.1.4 Analisi con t-test per campioni indipendenti

Viene utilizzato per il resto delle analisi il t-test per campioni indipendenti con varianze diseguali, metodologia nota anche come *Satterthwaite t-test*, perché quando le varianze dei gruppi differiscono in modo significativo questa versione del test risulta più appropriata poiché corregge i gradi di libertà tenendo conto delle differenze nelle varianze tra i gruppi.

Group	Obs	Mean	Std.Dev
Si psiC	48	129.54	10.62
No psiC	159	122.45	11.90
t	3.93 <i>Satterthwaite`s degrees of freedom = 85.73</i>		
P value	p<0.05		

Tabella 11- T-test punteggio Mhls per frequentazione corso di psicologia clinica

Assumendo che l'ipotesi nulla sia  $H_0: \text{diff} = 0$ , ovvero che non vi sia differenza tra le medie dei gruppi confrontati, dalla Tabella 11 si osserva che  $t=3.93$  *Satterthwaite`s degrees of freedom = 85.73* con  $p<0.05$ . Dunque, è supportata l'ipotesi alternativa per cui  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , ovvero vi è una differenza significativa per i punteggi MHLS nei due gruppi confrontati. Osservando le medie dei due gruppi si denota un valore maggiore per il gruppo che ha frequentato il corso di psicologia clinica ( $\text{meanSi}: 129.54 > \text{meanNo}: 122.45$ ).

Group	Obs	Mean	Std.Dev
Maschi	50	117.08	12.60
Femmine	151	126.39	10.75
t	-4.68 Satterthwaite`s degrees of freedom = 74.05		
P Value	p<0.05		

Tabella 12- T-test punteggio Mhls per genere

Nella tabella 12 sono riportati i risultati del confronto tra il genere maschile e quello femminile nel nostro campione per quanto riguarda il punteggio MHLS; con esclusione dei partecipanti che non hanno risposto. Il valore di  $t = -4.68$  Satterthwaite`s degrees of freedom = 74.05, risulta negativo perché la media del primo gruppo (maschi) è inferiore alla media del secondo gruppo (femmine) con  $p < 0.05$ . Pertanto, con  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , possiamo affermare che vi è una differenza significativa tra le medie dei maschi e delle femmine nel punteggio MHLS, con un maggiore punteggio per le femmine ( $mean_F: 126.39 > mean_M > 117.08$ ).

Maschi e Femmine	Obs	Mean e Std.dev	t	P value
K-10	M=50 F=148	M=22.14 sd=1.14 F=24.04 Sd=7.45	$t = -1.46$ Satterthwaite's degrees of freedom = 78.77	0.14
PHQ-9	M=49	M=7.85	$t = -1.92$	0.05

	F=146	Sd=4.62 F=9.37 Sd=5.23	<i>Satterthwaite's degrees of freedom = 92.55</i>	
<b>GAD-7</b>	M=49 F=147	M=6.40 Sd=4.76 F=8.38 Sd=4.66	t=-2.52 <i>Satterthwaite's degrees of freedom = 80.83</i>	0.01
<b>GHQ-12</b>	M=50 F=148	M=17.56 Sd=2.65 F=17.44 Sd=2.80	t= 0.25 <i>Satterthwaite's degrees of freedom = 88.91</i>	0.79
<b>WHO-5</b>	M=49 F=147	M=12.89 Sd=3.55 F=10.66 Sd=4.60	t=3.51 <i>Satterthwaite's degrees of freedom = 105.81</i>	p<0.05

*Tabella 13- T-test punteggi delle scale somministrate per genere*

In tabella 13 sono descritte le analisi condotte con l'obiettivo di capire se vi sono differenze per genere nei punteggi delle scale K-10, PHQ-9, GAD-7, GHQ-12 E WHO-5, per  $H_0$ : diff = 0.

Per le scale GAD-7 e WHO-5 sembra esserci una differenza significativa tra i punteggi per genere. Per il GAD-7,  $t=-2.52$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom =80.83*, il segno negativo indica che la media del primo campione(maschi) è inferiore al

secondo(femmine), con  $p=0.01$ . Dato che  $p<0.05$ , si rileva una differenza significativa nelle medie del campione in base al genere rispetto al punteggio al GAD-7, con un valore più elevato per il campione di genere femminile ( $meanF:8.38>meanM:6.40$ ).

Per quanto riguarda il WHO-5; dai risultati emerge  $t=3.5$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 105.81 con  $p<0.05$ ; possiamo quindi accettare  $H_a: diff \neq 0$ ; constatando che vi è una differenza significativa nel punteggio del WHO-5 per il genere, nello specifico un punteggio maggiore per il campione di genere maschile ( $meanM: 12.89>meanF:10.66$ ) . Per le altre scale somministrate non ci sono differenze significative per genere nelle medie dei punteggi. Tuttavia, nei risultati ottenuti nelle analisi per il PHQ-9,  $p=0.05$ ,  $t= -1.92$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 92.55; pertanto sebbene non vi sia una differenza significativa tra le medie i risultati delle analisi ci suggeriscono un punteggio a ridosso della significatività.

Group	Obs	Mean	Std.dev
Si contatto serv.propria necessità	67	128.10	10.18
No contatto serv. propria necessità	138	122.57	11.96
t	3.43 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 151.42		
P value	p<0.05		

Tabella 14- T-test contatto con servizi di salute mentale per propria necessità

In tabella 14 sono riportati i risultati del t-test condotto per analizzare le differenze tra medie del campione che ha preso contatto con un servizio di salute mentale confrontate con chi non ha preso contatto con tali servizi, per il punteggio della scala MHLS, considerando  $H_0=0$ .

I valori emersi indicano  $t=3.43$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 151.42, con  $p<0.05$ ; possiamo pertanto accettare  $H_a:diff \neq 0$ , rilevando una differenza significativa tra le medie per il punteggio MHLS tra chi ha preso contatto con servizi di salute mentale e chi non ha preso contatto. Nello specifico, se analizziamo le medie notiamo che il punteggio è più elevato per chi ha cercato servizi di salute mentale per propria necessità (*mean*S: 128.10>*mean*No: 122.57)

<b>Contatto con servizi propria necessità vs mancato contatto</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean e std.dev</b>	<b>t</b>	<b>P value</b>
<b>K-10</b>	Si=66 No=136	Si=25.92 Sd=8.48 No=22.35 Sd=7.16	t=2.94 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 111.26	0.03
<b>PHQ-9</b>	Si=65 No=133	Si=9.63 Sd=5.31 No=8.69 Sd=5.04	t=1.18 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 121.30	0.23
<b>GAD-7</b>	Si=65 No=135	Si=8.69 Sd=4.94 No=7.4 Sd=4.71	t=1.75 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 121.22	0.08
<b>GHQ-12</b>	Si=66 No=136	Si=17.77 Sd=2.23 No=17.29 Sd=2.92	t=1.28 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 163.55	0.20

<b>WHO-5</b>	Si=65 No=134	Si=10.84 Sd=4.10 No=11.44 Sd=4.72	t=-0.91 Satterthwaite's degrees of freedom = 144.14	0.36
--------------	-----------------	--	---	------

Tabella 15 T-test contatto con servizi di salute mentale per propria necessità per punteggio scale somministrate

Dalle analisi svolte con t-test volte ad individuare eventuali differenze nel campione tra chi ha avuto contatti con professionisti per propria necessità e chi non li ha avuti, considerando i punteggi delle scale K-10, PHQ-9, GAD-7, GHQ-12 E WHO-5 e assumendo  $H_0: \text{diff}=0$ , possiamo notare che solo il confronto tra punteggi medi della scala K-10 per il contatto dei servizi per propria necessità risulta significativo. Il valore  $t=2.94$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* =111.26 con  $p=0.03$ , ci consente di accettare  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , poiché vi è una differenza significativa nelle medie tra chi ha avuto contatto con servizi di salute mentale rispetto a chi non ha avuto contatto per i punteggi K-10. Si osservano inoltre dei punteggi medi più alti per chi ha contattato i servizi di salute mentale per propria necessità ( $\text{meanSi}: 25.92 > \text{meanNo}: 22.35$ ).

Group	Obs	Mean	Std. Dev
Contatto con prof per propria necessità	117	126.49	11.64
Mancato contatto con prof per propria necessità	88	121.31	11.51
<b>t</b>	3.17 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 188.65		

<b>P value</b>	p<0.05
----------------	--------

Tabella 16- T-test contatto con professionista della salute mentale per punteggio Mhls

Nella tabella 16 è riportato il risultato del t-test condotto per verificare se vi è una differenza significativa tra chi ha avuto contatti con professionisti della salute mentale e chi non li ha avuti, con  $H_0$  diff=0.

Se osserviamo il valore di  $t=3.17$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 188.65, dato che  $p<0.05$ , possiamo affermare che, con  $H_a$ : diff  $\neq 0$ , esiste una differenza significativa tra le medie di chi ha contattato un professionista per propria necessità e quelle di chi non ha preso contatti per il punteggio Mhls; inoltre, la media del campione che ha avuto contatto con professionisti per propria necessità è più elevata ( $mean_{Si}$ : 126.49 >  $mean_{No}$ : 121.31).

<b>Contatto professionista con propria necessità vs mancato contatto</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean e Dev.std</b>	<b>t</b>	<b>P value</b>
<b>K-10</b>	Si=116 No=86	Si=25.39 Sd=8.14 No=21.10 Sd=6.62	t= 4.12 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 198.22	p<0.05
<b>PHQ-9</b>	Si=112 No=86	Si=10.13 Sd=5.37 No=7.61 Sd=4.47	t= 3.59 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 194.70	p<0.05
<b>GAD-7</b>	Si=114 No=86	Si=9.03 Sd=5.04 No=6.22 Sd=3.98	t= 4.40 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 197.55	p<0.05
<b>GHQ-12</b>	Si=116 No=86	Si=17.78 Sd=2.41 No=17.06 Sd=3.12	t=1.76 <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 154.78	0.07
<b>WHO-5</b>	Si=113 No=86	Si=10.51 Sd=4.46	t= -2.75	p<0.05

		No=12.27 Sd=4.49	<i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 182.43	
--	--	---------------------	---	--

*Tabella 17- T-test contatto con professionista della salute mentale per propria necessità per punteggio delle scale somministrate*

In tabella 17 possiamo osservare le analisi svolte con t-test per confrontare le medie dei partecipanti che hanno avuto contatti con professionisti della salute mentale per propria necessità e quelle di chi non ha avuto contatti per i punteggi delle seguenti scale: K-10, PHQ-9, GAD-7, GHQ-12, WHO-5; considerando  $H_0: \text{diff}=0$ .

Osservando i dati ottenuti notiamo una differenza significativa tra le medie per le seguenti scale K-10, PHQ-9, GAD-7 e WHO-5. Per i punteggi riferiti alla scala K-10 identifichiamo  $t=4.12$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 198.22, e dato che  $p<0.05$ , affermiamo che  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , e pertanto esiste una differenza significativa tra le medie di chi ha contattato un professionista della salute mentale per propria necessità rispetto a chi non ha avuto contatti per i punteggi della scala K-10; inoltre notiamo un punteggio medio più alto per chi ha avuto contatti con professionisti per propria necessità ( $\text{mean}_{Si}: 25.39 > \text{mean}_{No}: 21.10$ ).

Prendiamo in esame ora i punteggi riferiti alla scala PHQ-9:  $t=3.59$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 194.70, con  $p<0.05$ . Da questi valori deduciamo che  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , e che ci sia dunque una differenza significativa tra le medie di chi ha contattato un professionista per propria necessità e chi non ha avuto contatti per i punteggi del PHQ-9, con un punteggio maggiore per il campione che ha contattato un professionista per propria necessità ( $\text{mean}_{Si}: 10.13 > \text{mean}_{No}: 7.61$ ).

In riferimento ai punteggi per il GAD-7, otteniamo  $t=4.40$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 197.55 con  $p<0.05$ . Pertanto,  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , con una differenza significativa tra le medie di chi ha contattato un professionista per propria necessità e chi non ha avuto contatti; in particolare rileviamo un punteggio più alto per chi ha contattato un professionista per propria necessità ( $\text{meanSi}: 9.03 > \text{meanNo}: 6.22$ ).

Se analizziamo i risultati per il punteggio riferito al WHO-5 rileviamo  $t=-2.75$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 182.43, con  $p<0.05$ . Anche in questo caso  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , e possiamo quindi affermare che ci sia una differenza significativa tra le medie di chi ha contattato un professionista per propria necessità e chi non ha avuto contatti, con un punteggio più elevato per chi non ha contattato un professionista per propria necessità ( $\text{meanNo}: 12.27 > \text{meanSi}: 10.51$ ).

<b>Group</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean</b>	<b>Stdv.Dev</b>
<b>Contatto con servizi di salute mentale per necessità p. vicina</b>	34	128.38	12.36
<b>Mancato contatto con servizi per una persona vicina</b>	172	123.43	11.57
<b>t</b>	2.15 Satterthwaite's degrees of freedom = 45.16		
<b>p-value</b>	0.03		

Tabella 18- T-test contatto con servizi di salute mentale per una persona vicina per punteggio

Mhls

In Tabella 18 si osservano i risultati del t-test condotto per analizzare se vi siano differenze tra le medie dei partecipanti che hanno avuto contatto con servizi di salute mentale per necessità di persone vicine e chi non ha avuto contatti per punteggio MHLS, considerando  $H_0: \text{diff}=0$ .

I risultati del t-test mostrano valori di  $t=2.15$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 45.16 con  $p=0.03$ ; dato che  $p<0.05$  e  $H_a: \text{diff} \neq 0$ , vi è una differenza significativa tra le medie delle persone che hanno avuto contatto con i servizi di salute mentale per le necessità di una persona vicina e chi non ha avuto contatti. Osservando le medie si nota un punteggio più alto nel campione che ha avuto contatto con servizi di salute mentale per punteggio MHLS (*meanSi*: 128.38 > *meanNo*: 123.43).

<b>Contatto con servizi di salute mentale per persona vicina vs mancato contatto</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean e Std.Dev</b>	<b>t</b>	<b>p-value</b>
<b>K-10</b>	Si=33 No=170	Si=23.63 Sd=7.29 No=23.55 Sd=7.91	$t=0.05$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 47.82	0.95
<b>PHQ-9</b>	Si=33 No=166	Si=8.30 Sd=4.59 No=9.16 Sd=5.23	$t=-0.96$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 49.98	0.33
<b>GAD-7</b>	Si=33 No=168	Si=7.33 Sd=4.52 No=7.92 Sd=4.86	$t=-0.67$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 47.67	0.50
<b>GHQ-12</b>	Si=33 No=170	Si=17.57 Sd=2.50 No=17.45 Sd=2.79	$t=0.24$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 48.91	0.81
<b>WHO-5</b>	Si=33 No=167	Si=12.27 Sd=4.17 No=11.07	$t=1.47$	0.14

		Sd=4.59	Satterthwaite's degrees of freedom = 48.65	
--	--	---------	--	--

Tabella 19- T-test contatto con servizi di salute mentale persona vicina per punteggio delle scale somministrate

In Tabella 19 si osservano i risultati del t-test condotto per analizzare se vi siano differenze tra le medie dei partecipanti che hanno avuto contatto con servizi di salute mentale per necessità di persone vicine e chi non ha avuto contatti, per il punteggio delle seguenti scale: K-10, PHQ-9, GAD-7, GHQ-12, WHO-5; con H0: diff=0.

dai valori emersi non si denotano differenze significative tra le medie del campione che ha contattato servizi di salute mentale per una persona vicina che ne aveva necessità e chi non ha avuto contatti per i punteggi delle scale somministrate; pertanto, non possiamo rigettare l'ipotesi nulla per cui H0: diff=0.

Group	Obs	Mean	Std. Dev
<b>Contatto con professionisti di salute mentale per necessità p. vicina</b>	52	126.92	12.37
<b>Mancato contatto con professionisti di salute mentale per necessità p. vicina</b>	152	123.23	11.55
<b>t</b>	1.88	Satterthwaite's degrees of freedom = 83.43	
<b>P value</b>	0.06		

Tabella 20- T-test contatto con professionisti della salute mentale persona vicina per punteggio

Mhls

In tabella 20 sono riportati i risultati del t-test condotto per verificare se esista una differenza significativa tra il gruppo di partecipanti che ha avuto contatto con professionisti della salute mentale per una persona vicina e chi non ha avuto contatti per i punteggi MHLS, con  $H_0: \text{diff}=0$ .

I risultati riportano valori di  $t=1.88$ ; *Satterthwaite's degrees of freedom* = 83.43 con  $p=0.06$ ; dunque, dal momento che  $p>0.05$ , non possiamo nel rigettare  $H_0: \text{diff}=0$ , e si assume pertanto che non ci siano differenze nelle medie di chi ha contattato un professionista della salute mentale per necessità di una persona vicina e chi non ha avuto contatti per punteggio MHLS (*meanSi*: 126.93 > *meanNo*: 123.23)

<b>Contatto con prof. Della salute mentale per persona vicina vs mancato contatto</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean sdt.dev</b>	<b>t</b>	<b>P-value</b>
<b>K-10</b>	Si=51 No=150	Si=22.64 Sd=7.29 No=23.55 Sd=7.91	$t=-1.18$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 101.86	0.23
<b>PHQ-9</b>	Si=50 No=147	Si=8.18 Sd=5.01 No=9.36 Sd=5.13	$t=-1.42$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 86.57	0.15
<b>GAD-7</b>	Si=51 No=148	Si=7.74 Sd=4.86 No=7.90 Sd=7.12	$t=-0.20$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 85.63	0.83
<b>GHQ-12</b>	Si=51 No=150	Si=17.39 Sd=2.46 No=17.48 Sd=2.81	$t=-0.22$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 97.78	0.82
<b>WHO-5</b>	Si=51 No=147	Si=11.86 Sd=4.10 No=11 Sd=4.63	$t=1.25$ <i>Satterthwaite's degrees of freedom</i> = 97.47	0.21

*Tabella 21- Contatto con professionisti della salute mentale persona vicina per punteggio delle scale somministrate*

In Tabella 21 si osservano i risultati del t-test condotto per analizzare se vi siano differenze tra le medie dei partecipanti che hanno avuto contatto con professionisti della salute mentale per necessità di persone vicine e chi non ha avuto contatti per il punteggio delle seguenti scale: K-10, PHQ-9, GAD-7, GHQ-12, WHO-5; considerando  $H_0$ :  $\text{diff}=0$ .

Dalle analisi condotte con t-test non si denotano differenze significative tra le medie del campione che è venuto a contatto con professionisti della salute mentale per una persona vicina che ne aveva necessità e chi non ha avuto contatti per i punteggi delle scale somministrate; pertanto, non possiamo rifiutare l'ipotesi nulla  $H_0$ :  $\text{diff}=0$ .

### **3.2 Discussione dei risultati**

I risultati del nostro studio ci mostrano un quadro interessante per quanto riguarda lo stato dell'alfabetizzazione sulla salute mentale e il disagio emozionale del nostro campione. Il primo risultato di interesse è il punteggio che gli studenti del nostro studio hanno ottenuto nella *Mental Health Literacy Scale* (MHLS; Connor et. Al, 2015) che corrisponde a  $m=124.10/160$  e  $sd\ 11.97$ , questo dato ci indica come l'alfabetizzazione emotiva sia abbastanza diffusa nel campione oggetto d'indagine. Inoltre, questo risultato tende a confermare quanto già riportato in studi precedenti condotti in altri Paesi con versioni costruite ad hoc della MHLS (Connor et. Al, 2015). In particolare, nello studio francese in cui è stata somministrata la MHLS-FR il punteggio medio ottenuto corrisponde a  $90.52/119$  (Montagni & González Caballero, 2022), nello studio persiano osserviamo una media di  $69.59/106$  (Mahmoodi et al., 2022), in quello del Regno Unito la media del

punteggio è 122,8/160 (Gorczyński et al., 2017) e in quello turco una media di punteggio di 90/115 (Mahmoodi et al., 2022). Pertanto, sembra esserci una congruenza tra i punteggi degli studi condotti in altri Paesi e il presente lavoro; gli studenti universitari valutati sembrano avere complessivamente una competenza medio-alta per quanto riguarda la *Mental Health Literacy*, risultati interessanti che rilevano una grande diffusione della cultura della salute mentale a livello internazionale (*World Health Organization*, 2022), probabilmente legata anche alla crisi pandemica internazionale che ha spinto la popolazione a cercare informazioni.

Dalle analisi da noi condotte si denota una differenza significativa per competenza sulla *mental health literacy* rispetto al genere ( $meanM: 126.39 > meanF: 122.45$ ), con una media di punteggio più elevata per il genere femminile. Questo dato è in linea sia con gli studi condotti in altri Paesi (Gorczyński et al., 2017; Mahmoodi et al., 2022; Gholamreza Ghaedamini Harouni et al., 2022; Montagni & González Caballero, 2022) sia con la letteratura sul tema (Clough et al., 2018; Venkataraman et al., 2019).

Sembra inoltre che la pandemia abbia avuto un ruolo nella competenza della *Mental Health Literacy*: diversi studi condotti in altri paesi dopo il termine delle restrizioni imposte dalla pandemia, ci mostrano un livello adeguato di MHL per gli studenti universitari (Pehlivan et al., 2020; Mahmoodi et al., 2022; Montagni & González Caballero, 2022). Probabilmente il diffuso distress psicologico potrebbe aver promosso l'interesse verso l'argomento della salute mentale. Un'altra variabile che potrebbe aver contribuito è la maggiore diffusione di informazioni riguardo il lavoro dello psicologo e la salute mentale attraverso i social network e la creazione di piattaforme che offrono percorsi terapeutici online, semplici e di rapido accesso.

Frequentare un corso di psicologia clinica sembra una variabile influente sul punteggio MHLS del nostro campione. Dal t-test condotto per indagare se ci fosse una differenza tra i soggetti che hanno frequentato un corso di psicologia clinica confrontato con soggetti che non hanno frequentato tale corso per il punteggio MHLS, si ottiene una differenza significativa. Inoltre, se si osservano le medie si nota una media più elevata per chi ha frequentato un corso di psicologia clinica ( $meanSi:129.54 > meanNo:122.45$ ), chi ha frequentato un corso di psicologia clinica ha probabilmente appreso più informazioni sulla salute mentale, in questi corsi le basi del materiale di studio e delle lezioni sono i principali manuali diagnostici come ICD e DSM e l'analisi delle diverse figure che lavorano nell'ambito della salute mentale, queste tematiche rappresentano i contenuti della MHLS.

Il contatto con professionisti e servizi della salute mentale per propria necessità rappresenta un'ulteriore variabile rilevante rispetto alla competenza nella *Mental Health Literacy*. Nel t-test condotto per confrontare le medie di chi ha avuto contatto con servizi e chi non ha avuto contatti, per i punteggi di MHLS, in favore di chi ha avuto un contatto con i servizi della salute mentale ( $meanSi: 128.10 > meanNo:122.57$ ). Lo stesso risultato si osserva con il t-test calcolato per confrontare le medie di chi ha avuto contatto con professionisti della salute mentale per propria necessità e chi non li ha avuti, per il punteggio MHLS, con una differenza significativa e punteggi più alti per chi ha avuto un contatto per propria necessità ( $meanSI: 126.49 > meanNo: 121.31$ ).

Sono nel complesso 67/207(32.3%) e 117/207(56.5%) gli studenti del nostro campione che hanno dichiarato di essersi rivolti in passato rispettivamente a servizi e professionisti della salute mentale per propria necessità, risultati che mostrano una buona attitudine a rivolgersi ai servizi competenti in caso di bisogno. Questo risultato è probabilmente

associato a una bassa stigmatizzazione dei servizi e dei professionisti che lavorano nella salute mentale che sembra promuovere la propensione alla ricerca di aiuto.

Sembra esserci anche una differenza significativa tra le medie per i punteggi MHLS di chi ha avuto contatti con servizi di salute mentale per una persona vicina che aveva necessità rispetto a chi non ha avuto questo tipo di contatto. Sembra infatti, guardando i punteggi medi ( $mean_{Si}: 128.38 > mean_{No}: 123.43$ ), che chi ha avuto contatto con i servizi per una persona vicina abbia un livello di MHLS più alto.

Chi ha avuto contatto con i servizi di salute mentale per una persona vicina potrebbe riportare punteggi più elevati perché con tutta probabilità si è trovato a gestire le pratiche di interazione con i vari servizi disponibili, il dover contattare un servizio di salute mentale comporta il conoscere in maniera adeguata la diagnosi della persona vicina per la quale si chiede il contatto portando la persona ad interagire con le informazioni riguardanti la salute mentale.

L'assenza di differenze significative invece viene riportata a seguito di analisi svolte tramite t-test condotto tra le medie per punteggio MHLS di chi ha avuto contatto con un professionista della salute mentale per una persona vicina e chi non lo ha avuto.

La mancanza di significatività potrebbe semplicemente essere legata al caso o alle caratteristiche del nostro campione, oppure cercare un professionista della salute mentale senza passare da un servizio potrebbe essere meno influente informativo sulla *mental health literacy*.

Dalle analisi effettuate con il coefficiente di Pearson tra la scala MHLS e le altre scale somministrate (K-10,PHQ-9,GAD-7,GHQ-12,WHO-5) sembra presente una correlazione piuttosto debole tra il punteggio MHLS del campione totale e i punteggi delle scale da noi analizzate; in particolare sembra esserci una correlazione negativa debole tra punteggio MHLS e punteggio delle scale WHO-5 e GHQ-12, e una correlazione positiva debole tra il punteggio MHLS e le scale K-10,PHQ-9 e GAD-7. Tuttavia non troviamo nessuna correlazione significativa tra il punteggio MHLS e il punteggio delle scale dato che per tutte  $p > 0.05$ .

Questi risultati suggeriscono che per il nostro campione i punteggi di mental health literacy non sono collegati ai punteggi nelle scale da noi somministrate per misurare il disagio psicologico, probabilmente il benessere psicologico deriva da fattori differenti e poco collegati con le competenze sulla salute mentale, oppure semplicemente una buona competenza nella *mental health literacy* da sola non basta per influire sul benessere psicologico.

Dati simili sono stati ottenuti con il coefficiente di Pearson per chi non ha frequentato un corso di psicologia clinica dando conferma che la mental health literacy non abbia nessuna correlazione significativa presa da sola con il benessere psicologico del nostro campione, suggerendo che frequentare un corso specialistico volto all'acquisizioni di nozioni specifiche non abbia una correlazione con il distress psicologico, confermando l'ipotesi che conoscere bene le malattie mentali e le competenze dei professionisti di per sé non influisce sulla propria percezione di benessere psicologico, probabilmente conoscere l'ambito della salute mentale fa da premessa per la richiesta di un trattamento,

ed è poi il trattamento stesso ad aumentare la percezione di benessere psicologico (Lindgren et al., 2010).

Se invece osserviamo i risultati ottenuti nelle scale somministrate per valutare lo stato di salute negli studenti del nostro campione possiamo osservare la presenza di disagio psicologico di natura lieve misurato con il K-10, la presenza di disturbi depressivi sottosoglia misurati con il PHQ-9, la presenza di disturbi d'ansia lievi con il GAD-7, un buon livello generico della qualità della vita misurato con il WHO-5 ma un distress psicologico significativo misurato con il GHQ-12.

Sembra manifestarsi una situazione di allerta dal punto di vista psicologico nel nostro campione, situazione in linea con gli studi condotti sul benessere psicologico degli studenti universitari italiani (Istituto Nazionale di Statistica, 2023), tale dato è confermato anche dalle richieste pervenute da under 35 per il bonus psicologo che ammontano a 180 mila su 300 mila richieste. (*Numeri Bonus Psicologico: Ecco Chi Tiene Di Più Alla Salute Mentale*, 2022).

Sembrano esserci anche differenze per genere, in particolare risultano significativi i risultati ottenuti dal t-test condotto per analizzare la differenza tra le medie dei punteggi di maschi e femmine per le scale GAD-7 ( $meanF:8.38 > meanM:6.40$ ) e WHO-5 ( $meanM:12.89 > 10.66$ ). Nello specifico, si riscontra punteggi maggiori per le femmine in merito ai disturbi d'ansia e un maggior livello di qualità della vita per il genere maschile, risultati in linea con quanto riportato dal report ISTAT 2023. Tale report indica come le donne sembrano riportare livelli di benessere psicologico più bassi rispetto agli uomini per tutte le età con un picco nei 20-24 anni e 75+ anni (Istituto Nazionale di Statistica, 2023).

Anche lo studio di Porru et.al,2021 conferma che vi è una maggiore percezione di distress nelle studentesse universitarie.

Questi risultati sono in linea con la letteratura sul distress negli studenti universitari: i livelli si attestano sul disagio lieve, probabilmente derivante dalle instabilità e transizioni connesse all'età del giovane adulto come esplorazione identitaria ,sperimentazione relazionale e precarietà odierna del mondo del lavoro che scoraggia la progettualità a lungo termine (Savisacks,2005; Arnett, 2000; Sica&Aleni,2016), così come alla condizione di studente universitario in merito alla gestione del carico stress (Kim,2021). Inoltre sembra anche aver avuto un impatto significativo la pandemia da Covid-19 e il conseguente lockdown, sebbene come si può osservare nello studio longitudinale di Meda et al.2020 il trend di gravità del disagio giovanile sia ritornato a punteggi simili a quelli pre-pandemia, nonostante si riscontri una curva di miglioramento il malessere a livello psicologico sembra rappresentare una condizione diffusa (Meda et al. 2020).

### **3.3 Limiti**

Uno dei principali limiti dello studio include la ridotta numerosità campionaria, i dati raccolti non sono pertanto generalizzabili e, considerando l'eterogeneità relativa alle diverse regioni italiane di provenienza dei partecipanti, non sufficientemente rappresentativi della popolazione considerata.

Un'ulteriore limitazione risiede nella possibilità che i partecipanti abbiano risposto incorrendo nel bias di desiderabilità sociale, soprattutto per le scale volte ad indagare il disagio emozionale.

Un limite importante a mio parere è la mancata indagine dell'impatto della pandemia percepito dai partecipanti, in un prossimo studio si potrebbe analizzare come questo evento ha interagito con la competenza nella MHLS.

### **3.4 Conclusioni e Direzioni future**

Il presente studio mette in luce un buon livello di alfabetizzazione sulla salute mentale nel campione di studenti universitari considerato, evidenziando come negli ultimi anni ci sia stata una diffusione della cultura della salute mentale e della richiesta di aiuto ai professionisti specializzati. Evidenzia inoltre una situazione di lieve disagio emozionale tra gli studenti che dovrebbe essere attentamente monitorata.

Il buon livello di alfabetizzazione sulla salute mentale risulta un'informazione molto utile per la programmazione di interventi, suggerendo il bisogno di lavorare su altri aspetti in modo prioritario come la gestione dello stress, dell'ansia e dei sintomi depressivi.

In futuro si potrebbe indagare in modo approfondito come lo stigma sulle malattie mentali e sul personale addetto ai servizi della salute mentale interagisca con il punteggio MHLS e la propensione alla richiesta di aiuto in tale popolazione.

Sarebbe inoltre interessante approfondire le modalità di reperimento delle informazioni e come queste influenzino la MHLS, se ci sono fonti più funzionali, quali sono, indagando così l'effettiva origine del punteggio MHLS per poter poi promuovere interventi di sensibilizzazione sulla salute mentale più efficaci.

Un ulteriore approfondimento potrebbe essere rappresentato dall'indagare il rapporto tra MHLS, strategie di coping e richiesta di aiuto in caso di disagio per comprendere l'effettiva

relazione tra queste variabili, dal momento che le strategie di coping, in particolare quelle centrate sulle emozioni e sul problema, sembrano avere un ruolo nel mediare tra il disagio psicologico, lo stigma e la ricerca di aiuto professionale (Dagani et.al,2023). Sarebbe interessante anche indagare se il contatto con i professionisti della salute mentale è correlato al genere; in letteratura sembra esserci una predisposizione del genere femminile alla richiesta di aiuto in caso di disagio psicologico (Topakaya, 2020).

Infine, si potrebbe allargare lo studio anche a giovani adulti che non frequentano un percorso universitario: sembrerebbe infatti che il livello di istruzione influisca positivamente sui livelli di *Mental Health Literacy* (Clough et al., 2018; Venkataraman et al., 2019).

## Bibliografia e sitografia:

- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive–Compulsive Inventory—Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1016–1035. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.001>
- Aleni Sistito, L., Simona Sica, L., & Ragozini, G. (2011). I primi anni dell'università: processi di definizione dell'identità tra confusione e consolidamento. *JOURNAL of DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY*, 99.
- AlmaLaurea (Ed.). (2024). *XXVI Indagine Profilo dei Laureati 2023*. Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.almaLaurea.it/sites/default/files/2024-06/rapporto-almaLaurea2024-sintesi-profilo.pdf](https://www.almaLaurea.it/sites/default/files/2024-06/rapporto-almaLaurea2024-sintesi-profilo.pdf)
- Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Castellví, P., Roldan-Merino, J. F., Casas, I., Lalucat-Jo, L., & Fernández-San Martín, M. I. (2022). Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Children*, 9(4), 480. <https://doi.org/10.3390/children9040480>
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
- Apolone, G., & Mosconi, P. (1998). The Italian SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1025–1036. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00094-8](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00094-8)

- Armando, M., Fagioli, F., Borra, S., Carnevali, R., Righetti, V., Saba, R., Tarsitani, L., Biondi, M., & Paolo Fiori Nastro. (2009). Disagio mentale, percezione dello stress ed help-seeking in una popolazione di studenti universitari fuorisede. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 18(2), 154–160.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00080-7)
- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 111–119. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00205>
- Baggio, S., Iglesias, K., Studer, J., & Gmel, G. (2014). An 8-Item Short Form of the Inventory of Dimensions of Emerging Adulthood (IDEA) Among Young Swiss Men. *Evaluation & the Health Professions*, 38(2), 246–254. <https://doi.org/10.1177/0163278714540681>
- Balsamo, M., & Carlucci, L. (2020). Italians on the Age of COVID-19: The Self-Reported Depressive Symptoms Through Web-Based Survey. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569276>

- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 81–85.
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W.-C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66–72. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.1.66>
- Bessaha, M. L. (2015). Factor Structure of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) Among Emerging Adults. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 616–624. <https://doi.org/10.1177/1049731515594425>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2017). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Brown, S. D., Lent, R. W., & Savisacks. (2005). *Career development and counseling : putting theory and research to work* (pp. 42–70). John Wiley.
- Cabinet Office. (2012). *White paper on suicide prevention in Japan: Chapter 1*. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/en/w-2012/pdf/chap1-1.pdf> (accessed August 26, 2014).
- Cardaña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 719–734. <https://doi.org/10.1023/a:1007822603186>

- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6).
- Castello, A. (2010, November 22). *Strumenti per misurare la qualità di vita GHQ-12 - Psicologia del lavoro.* Psicologia Del Lavoro. <https://www.psicologiadellavoro.org/strumenti-per-misurare-la-qualita-di-vita-ghq-12/>
- Clough, B. A., Nazareth, S. M., Day, J. J., & Casey, L. M. (2018). A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(1), 123–135. <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1459473>
- Codagnone, C., Bogliacino, F., Gómez, C., Charris, R., Montealegre, F., Liva, G., Lupiáñez-Villanueva, F., Folkvord, F., & Veltri, G. A. (2020). Assessing concerns for the economic consequence of the COVID-19 response and mental health problems associated with economic vulnerability and negative economic shock in Italy, Spain, and the United Kingdom. *PLOS ONE*, 15(10), e0240876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240876>
- Cohen S, & Hoberman HM. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress<sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cornelius, B. L., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J., & Brouwer, S. (2013). The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV

disorders among disability claimants. *BMC Public Health*, 13(1).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-128>

- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.4.1.5>
- Côté, J. E. (1997). An empirical test of the identity capital model. *Journal of Adolescence*, 20(5), 577–597. <https://doi.org/10.1006/jado.1997.0111>
- Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 477–485. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00082-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00082-u)
- Crocetti, E., Tagliabue, S., Sugimura, K., Nelson, L. J., Takahashi, A., Niwa, T., Sugiura, Y., & Jinno, M. (2015). Perceptions of Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 3(4), 229–243. <https://doi.org/10.1177/2167696815569848>
- CTMI. (2021, January 24). *TMI BASIC ~ Secondo weekend ECM*. TERAPIA METACOGNITIVA INTERPERSONALE - ROMA.  
<http://www.centrotmiroma.altervista.org/wp/schemi-interpersonali-maladattivi-scarsa-metacognizione-strategie-coping-nel-disturbo-evitante-personalita-ruolo-delle-tecniche-esperienziali-nella-terapia-metacognitiva-interpersonale/>

- Cutrona CE. Ratings of social support by adolescents and adult informants: degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1989 Oct;57(4):723-30. doi: 10.1037//0022-3514.57.4.723. PMID: 2795439.
- Dagani, J., Buizza, C., Ferrari, C., & Ghilardi, A. (2023). The role of psychological distress, stigma and coping strategies on help-seeking intentions in a sample of Italian college students. *BMC Psychology*, 11(1), 177. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01171-w>
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-8>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Downs, A., Boucher, L. A., Campbell, D. G., & Polyakov, A. (2017). Using the WHO–5 Well-Being Index to Identify College Students at Risk for Mental Health Problems. *Journal of College Student Development*, 58(1), 113–117. <https://doi.org/10.1353/csd.2017.0008>
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83–89. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>

- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care*, 45(7), 594–601. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31803bb4c1>
- Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2019). Viewpoint: WHO World Mental Health Surveys International College Student initiative: Implementation issues in low- and middle-income countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1756. <https://doi.org/10.1002/mpr.1756>
- Facilitating State Health Exchange Communication Through the Use of Health Literate Practices. (2012). In *National Academies Press eBooks*. <https://doi.org/10.17226/13255>
- Franzoi, I. G., D'Ovidio, F., Costa, G., d'Errico, A., & Granieri, A. (2021). Self-Rated Health and Psychological Distress among Emerging Adults in Italy: A Comparison between Data on University Students, Young Workers and Working Students Collected through the 2005 and 2013 National Health Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6403. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126403>
- Frewen, P., McPhail, I., Schnyder, U., Oe, M., & Olf, M. (2021). Global Psychotrauma Screen (GPS): psychometric properties in two Internet-based studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1881725>
- Furnham, A., Cook, R., Martin, N., & Batey, M. (2011). Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health*, 10(4), 198–210. <https://doi.org/10.1108/17465721111188223>

- Gagnon, M. M., Gelinas, B. L., & Friesen, L. N. (2015). Mental Health Literacy in Emerging Adults in a University Setting: Distinctions Between Symptom Awareness and Appraisal. *Journal of Adolescent Research, 32*(5), 642–664. <https://doi.org/10.1177/0743558415605383>
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*(6), 482–488. <https://doi.org/10.1002/da.20321>
- Gholamreza Ghaedamini Harouni, Homeira Sajjadi, Ameneh Setareh Forouzan, Ahmadi, S., Ghafari, M., & Meroe Vameghi. (2022). Validation of the Persian version of the mental health literacy scale in Iran. *Asia-Pacific Psychiatry, 14*(1). <https://doi.org/10.1111/appy.12447>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1991). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*.
- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology, 36*(3), 295–300. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.3.295>
- Gorczynski, P., Sims-schouten, W., Hill, D., & Wilson, J. C. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 12*(2), 111–120. <https://doi.org/10.1108/jmhtep-05-2016-0027>

- Gori, A., Giannini, M., Palmieri, G., Salvini, R., & Schuldberg, D. (2012). Assessment of Alexithymia: Psychometric Properties of the Psychological Treatment Inventory-Alexithymia Scale (PTI-AS). *Psychology, 03*(03), 231–236. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.33032>
- Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. (2018). *Handbook of life course health development*. Springer.
- Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). *PubMed, 281*(6), 552–557.
- Hossein Mahmood, Ahmadzad-Asl, & Rasoulia. (2021). Mental Health Positive Knowledge Questionnaire: Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Properties. *Social Welfare Quarterly, 21*.
- Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C., & Sajatovic, M. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry, 70*, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.012>
- I Rootman, Gordon-El-Bihbety, D., & Association Canadienne Pour La Santé Mentale. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Agence De Santé Publique Du Canada.
- *Il coping: significato, strategie e risorse*. (n.d.). Giunti Psychometrics. <https://www.giuntipsy.it/informazioni/notizie/il-coping-significato-strategie-e-risorse>

- Ingram, K. M., Betz, N. E., Mindes, E. J., Schmitt, M. M., & Smith, N. G. (2001). Unsupportive Responses from Others Concerning a Stressful Life Event: Development of The Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(2), 173–207. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.2.173.22265>
- Istituto Nazionale di Statistica (Ed.). (2023). *Bes 2023* (pp. 45–46). Istituto Nazionale di Statistica. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/rapporto-annuale-2023/>
- Istituto Nazionale di Statistica (Ed.). (2024). Rapporto annuale 2024 La situazione del Paese. In *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.istat.it/it/files/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf* (pp. 142–148). Istituto Nazionale di Statistica.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist, 67*(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a

comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3(1).  
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-12>

- Keller, S. D., Ware, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., & Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1179–1188. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00110-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00110-3)
- Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*, 123(7), 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.06.004>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959–976. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National

Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

- Kickbusch, I., Organisation Mondiale De La Santé. Bureau Régional De L'europe, & Al, E. (2013). *Health literacy : the solid facts*. Who. Regional Office For Europe.
- Kim, H. C. (2021). Mediating effect of stigma on the relationship between mental health literacy and help-seeking attitudes among university students in South Korea. *International Journal of Mental Health*, 1–16.  
<https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1965397>
- Kok, J. K. (2015). Life Transition for the Emerging Adults and Their Mental Health. *International Journal of Social Science and Humanity*, 5(12), 1035–1039.  
<https://doi.org/10.7763/ijssh.2015.v5.600>
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138–143. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.47.1.138>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuang, J., Zhong, J., Yang, P., Bai, X., Liang, Y., Cheval, B., Herold, F., Wei, G., Taylor, A., Zhang, J., Chen, C., Sun, J., Zou, L., & Jeffrey Jensen Arnett. (2023). *Psychometric evaluation of the inventory of dimensions of emerging adulthood (IDEA) in China*. 23(1), 100331–100331.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100331>

- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information? *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351–358. <https://doi.org/10.1037/cou0000108>
- Lehmann, J., Pilz, M. J., Holzner, B., Kemmler, G., & Giesinger, J. M. (2023). General population normative data from seven European countries for the K10 and K6 scales for psychological distress. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45124-0>
- Lindgren, Annika., Werbart, Andrzej., & Philips, Björn. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(1), 27–43. <https://doi.org/10.1348/147608309x464422>
- Lopez, V., Sanchez, K., Killian, M. O., & Eghaneyan, B. H. (2018). Depression screening and education: an examination of mental health literacy and stigma in a sample of Hispanic women. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5516-4>
- Lovibond S.H.& Lovibond P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. ( 2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410–2433. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>

- Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnamoui, Y., & Rasoulia, M. (2022). Mental Health Literacy and Mental Health Information-Seeking Behavior in Iranian University Students. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893534>
- Marwood, M. R., & Hearn, J. H. (2019). Evaluating mental health literacy in medical students in the United Kingdom. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 14(5), 339–347. <https://doi.org/10.1108/jmhtep-01-2019-0001>
- Matheson, K., Jorden, S., & Anisman, H. (2008). Relations between trauma experiences and psychological, physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: Mediating role of coping with acculturation stressors. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10(4), 291–304.
- Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., Visioli, F., & Novara, C. (2021). Students' Mental Health Problems before, during, and after COVID-19 Lockdown in Italy. *Journal of Psychiatric Research*, 134(1), 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>
- Miles, R., Rabin, L., Krishnan, A., Grandoit, E., & Kloskowski, K. (2020). Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09696-0>
- Molina, J. G., Rodrigo, M. F., Losilla, J.-M., & Vives, J. (2014). Wording effects and the factor structure of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12). *Psychological Assessment*, 26(3), 1031–1037. <https://doi.org/10.1037/a0036472>

- Montagni, I., & González Caballero, J. L. (2022). Validation of the Mental Health Literacy Scale in French University Students. *Behavioral Sciences*, 12(8), 259. <https://doi.org/10.3390/bs12080259>
- Morgese, M. (2023, June 29). *Coping e strategie di coping*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2023/06/strategie-coping/>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- National Institute of Population and Social Security Research. (2009). *The fourteenth Japanese national fertility survey in 2010: Marriage process and fertility of Japanese married couples*. Tokyo, Japan. [http://www.ipss.go.jp/site-ad/index\\_english/nfs14/Nfs14\\_Couples\\_Eng.pdf](http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_english/nfs14/Nfs14_Couples_Eng.pdf) (accessed August 26, 2014).
- Nicolosi, G. (2023). TRAUMA CULTURALE TRA MEMORIA E COMUNICAZIONE NELL'EMERGENZA PANDEMICA IN ITALIA. *SOCIETÀ E DIRITTI - RIVISTA ELETTRONICA*, 16. <https://doi.org/10.54103/2531>
- *Numeri Bonus Psicologico: ecco chi tiene di più alla salute mentale*. (2022, October 13). *Giovani2030*. <https://giovani2030.it/iniziativa/bonus-psicologo-e-boom-di-richieste-da-chi-arrivano/>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>

- O’Neil, A., Russell, J. D., & Murphy, B. (2020). How Does Mental Health Impact Women’s Heart Health? *Heart, Lung and Circulation*, 30(1). <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.05.111>
- Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018). Agency and Relationship Dissatisfaction Associated with Orthorexia Symptomatology. *Open Journal of Psychiatry*, 08(03), 345–354. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2018.83027>
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Olf, M., Bakker, A., Frewen, P., Aakvaag, H., Ajdukovic, D., Brewer, D., Elmore Borbon, D. L., Cloitre, M., Hyland, P., Kassam-Adams, N., Kniefel, M., Lanza, J. A., Lueger-Schuster, B., Nickerson, A., Oe, M., Pfaltz, M. C., Salgado, C., Seedat, S., Wagner, A., & Schnyder, U. (2020). Screening for consequences of trauma – an update on the global collaboration on traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1752504. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1752504>
- OMANI-SAMANI, R., MAROUFIZADEH, S., ALMASI-HASHIANI, A., SEPIDARKISH, M., & AMINI, P. (2019). The WHO-5 Well-Being Index: A Validation Study in People with Infertility. *Iranian Journal of Public Health*, 48(11), 2058–2064. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961185/>

- Owens, T. J., & Cote, J. E. (2002). Arrested Adulthood: The Changing Nature of Maturity and Identity. *Contemporary Sociology*, 31(3), 277. <https://doi.org/10.2307/3089661>
- Ozparlak, A., Karakaya, D., & Ozer b , Z. (2023). The association of mental health literacy with mental well-being and help-seeking in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing* , 73(e243–e250). <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.017>
- Patient info. (2019). *GAD7 Anxiety Test Questionnaire*. Patient.info. <https://patient.info/doctor/generalised-anxiety-disorder-assessment-gad-7>
- Pehlivan, Ş., Tokur KesginM., & Uymaz, P. (2020). Psychological distress and mental health literacy in university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3). <https://doi.org/10.1111/ppc.12709>
- Petrides, K.V. and Furnham, A. (2003), “Trait emotional intelligence”, *European Journal of Personality*, Vol. 17, pp. 39-57.
- Politi, P. L., Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(6), 432–437. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01620.x>
- Porru , F., J.W. Robroek, S., Bültmann, U., Portoghese, I., Campagna, M., & Burdorf, A. (2021). Mental health among university students: The associations of effort-reward imbalance and overcommitment with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 282, 953–961. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.183>

- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of Mental Disorders and Beliefs about Treatment and Outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(11), 947–956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Reibling, N., Beckfield, J., Huijts, T., Schmidt-Catran, A., Thomson, K. H., & Wendt, C. (2017). Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. *European Journal of Public Health, 27*(suppl\_1), 47–54. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw225>
- Reifman, A., Arnett, J. J., & Colwell, M. J. (2007). Emerging Adulthood: Theory, Assessment and Application. *Journal of Youth Development, 2*(1), 37–48. <https://doi.org/10.5195/jyd.2007.359>
- Robertson, J. M., & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology, 39*(2), 240–246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.2.240>
- Romeo, A., Benfante, A., Castelli, L., & Di Tella, M. (2021). Psychological Distress among Italian University Students Compared to General Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 2503. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052503>
- Rosenthal, B. S., & Schreiner, A. C. (2000). Prevalence of Psychological Symptoms Among Undergraduate Students in an Ethnically Diverse Urban Public

College. *Journal of American College Health*, 49(1), 12–18.  
<https://doi.org/10.1080/07448480009596277>

- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11(790). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Santangelo, G., Sacco, R., Siciliano, M., Bisecco, A., Muzzo, G., Docimo, R., De Stefano, M., Bonavita, S., Lavorgna, L., Tedeschi, G., Trojano, L., & Gallo, A. (2016). Anxiety in Multiple Sclerosis: psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(6), 458–466.  
<https://doi.org/10.1111/ane.12564>
- SCHULENBERG, J. E., SAMEROFF, A. J., & CICCHETTI, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16(04).  
<https://doi.org/10.1017/s0954579404040015>
- Schwartz, S. J. (2007). The Structure of Identity Consolidation: Multiple Correlated Constructs or One Superordinate Construct? *Identity*, 7(1), 27–49.  
<https://doi.org/10.1080/15283480701319583>
- Sestito, A., Sica, L., & Ragozini. (2010). *La formazione dell'identità nella transizione dalla scuola superiore all'università: dimensioni processuali e stili*. (pp. 59–82). *Rassegna di Psicologia*, 3.

- *Seventh Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 21-26 October 2009.* (2009). Www.who.int. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
- Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V., Bennett, K. M., Hyland, P., Vallieres, F., Valiente, C., Vazquez, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bertamini, M. (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). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03787-5>
- Shevlin, M., Hyland, P., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Cloitre, M., Vallières, F., Bachem, R., & Maercker, A. (2019). Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 265–274. <https://doi.org/10.1111/acps.13126>
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, 6(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Sica, S. L., & Aleni, S. L. (2016). Tra distress e agentività: il difficile percorso di consolidamento identitario nelle narrazioni di giovani adulti inoccupati o precari.

*PSICOLOGIA DELLA SALUTE*, 1, 111–131. <https://doi.org/10.3280/pds2016-001010>

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stanford Medicine. (2005). PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9). In *Stanford Medicine*. [https://med.stanford.edu/fastlab/research/imapp/msrs/\\_jcr\\_content/main/accordion/accordion\\_content3/download\\_256324296/file.res/PHQ9%20id%20date%2008\\_03.pdf](https://med.stanford.edu/fastlab/research/imapp/msrs/_jcr_content/main/accordion/accordion_content3/download_256324296/file.res/PHQ9%20id%20date%2008_03.pdf)
- Stallman HM. University Stress Scale. Brisbane: Queensland University of Technology; 2008.
- Staples, L. G., Dear, B. F., Gandy, M., Fogliati, V., Fogliati, R., Karin, E., Nielssen, O., & Titov, N. (2019). Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *General Hospital Psychiatry*, 56, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.11.003>
- *Studi e Ricerche*. (n.d.). Consiglio Nazionale Giovani. Retrieved June 19, 2024, from <https://consigionazionalegiovani.it/studi-e-ricerche/>

- Talebi, M., Matheson, K., & Anisman, H. (2016). The stigma of seeking help for mental health issues: mediating roles of support and coping and the moderating role of symptom profile. *Journal of Applied Social Psychology, 46*(8), 470–482. <https://doi.org/10.1111/jasp.12376>
- Taylor, J. E., Deane, F. P., & Podd, J. (2007). Diagnostic Features, Symptom Severity, and Help-Seeking in a Media-Recruited Sample of Women with Driving Fear. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9032-y>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, P., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. and Stewart-Brown, S. (2007), “The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation”, *Health and Quality of Life Outcome*, Vol. 5 No. 63, doi: 10.1186/1477-7525-5-63.
- TOPKAYA, N. (2014). Gender, Self-stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-seeking. *Educational Sciences: Theory & Practice, 14*(2). <https://doi.org/10.12738/estp.2014.2.1799>
- Topkaya, N. (2020). Predictors of Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help among Turkish College Students. *Children and Youth Services Review, 105*782. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105782>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>

- University of New Hampshire. (2020, March 10). *What is Emerging Adulthood*. Psychological & Counseling Services. <https://www.unh.edu/pacs/emerging-adulthood>
- Venkataraman, S., Patil, R., & Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(6), 2723. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>
- Villani, L., Pastorino, R., Molinari, E., Anelli, F., Ricciardi, W., Graffigna, G., & Boccia, S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on psychological well-being of students in an Italian university: a web-based cross-sectional survey. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00680-w>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Ascheman, P. L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301–308. <https://doi.org/10.1037/a0014903>
- Vogel DL, Wade NG, Ascheman PL. Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: reliability and validity of a new stigma scale with college students. *J Couns Psychol*. 2009;56(2):3018. <https://doi.org/10.1037/a0014903>.
- Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W., Jorm, A., & Addington, D. (2007). Depression Literacy in Alberta: Findings from a General Population Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(7), 442–449. <https://doi.org/10.1177/070674370705200706>

- Wilson , C., Deane , F. P., Ciarrochi , J. V., & Rickwood , D. (2005). *Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire* . 15–28. <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/1527>
- Wilson, C. J., Rickwood, D., & Deane, F. P. (2007). Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist*, 11(3), 98–107. <https://doi.org/10.1080/13284200701870954>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization .