



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:

Alberto Giannelli

Diretta da:

Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:

Massimo Clerici (Monza)

Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:

Carlo Fraticelli (Como)

Giovanni Migliarese (Vigevano)

Gianluigi Tomaselli (Triviglio)

Mario Ballantini (Sondrio)

Franco Spinogatti (Cremona)

Gianmarco Giobbio (San Colombano)

Luisa Arosio (Voghera)

Carla Morganti (Milano Niguarda)

Federico Durbanò (Melzo)

Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)

Camilla Callegari (Varese)

Antonio Magnani (Mantova)

Laura Novel (Bergamo)

Pasquale Campajola (Gallarate)

Giancarlo Belloni (Legnano)

Marco Toscano (Garbagnate)

Antonio Amatulli (Vimercate)

Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)

Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)

Emi Bondi (Bergamo)

Pierluigi Politi (Pavia)

Emilio Sacchetti (Milano)

Alberto Giannelli (Milano)

Simone Vender (Varese)

Antonio Vita (Brescia)

Giuseppe Biffi (Milano)

Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:

Silvia Paletta (ASST Lodi)

Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)

Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:

Federico Grasso (Lodi)

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo

Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it

Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88

Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero
di Cerveri G.
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti
di Calò P.
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani
di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo
di Costa A., Camastra M. e Zilioli L.
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla costruzione di nuovi percorsi
di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente
di Toscano M.
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno
di Vender S.

PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria
di Amatulli A.
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura
di Ballantini M.
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa
di Mantovani R.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)
L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità
di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.
Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura

Indagine multicentrica nel territorio lombardo

Costa A. *, Camastra M. °, Zilioli L. ^

ABSTRACT

Nell'ambito della salute mentale, la qualità della vita è associata a quegli approcci orientati al miglioramento dello sviluppo personale e delle condizioni di vita, individuali, relazionali e sociali, delle persone con disturbi o disagi psichici. Per parlare di qualità della vita non è però sufficiente considerare l'insieme dei fattori che compongono uno stato di benessere, ma bensì ampliare tale concetto anche alle percezioni, comportamenti e condizioni che riflettono l'idea di benessere della persona stessa. In particolare, si evidenzia che la stigmatizzazione percepita dai pazienti psichiatrici, insieme alla tendenza a essere classificati, hanno effetti negativi sulla loro soddisfazione e qualità di vita (Schalock, R. Verdugo Alonso, M. 2012).

Partendo dal concetto di stigma come fenomeno sociale, è stata costruita l'ipotesi di ricerca riguardante la presenza di opinioni stigmatizzanti tra i professionisti che quotidianamente si occupano di salute mentale, in quanto parte di una struttura sociale che costruisce in modo passivo e inconscio il proprio bagaglio di credenze e di concetti. La ricerca si pone l'obiettivo di analizzare la presenza e, successivamente, il livello di opinioni stigmatizzanti presenti all'interno dei servizi per la salute mentale in Lombardia e quali variabili sociodemografiche sono in grado di condizionare le opinioni del professionista. È stata dunque effettuata una ricerca all'interno dei servizi, pubblici e privati, dei territori di Brescia, Bergamo e Cremona, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo e a partecipazione volontaria, in grado di analizzare il livello di stigma (*Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4-MICA 4-*), le opinioni degli

operatori nei confronti delle principali patologie psichiche e porre tali fattori in correlazione con le variabili socio-demografiche designate.

La ricerca ha permesso di evidenziare la presenza di opinioni ed atteggiamenti stigmatizzanti da parte dei professionisti che si occupano di salute mentale e che possono, dunque, influire sull'esito e sulle strategie riabilitative. Dall'analisi dei dati, si evince la presenza di una distinzione di opinioni tra le diverse categorie professionali, con una prevalenza di opinioni stigmatizzanti tra le categorie professionali degli assistenti sociali, psicologi e infermieri. Proseguendo, emerge inoltre la prevalenza di atteggiamenti stigmatizzanti da parte degli operatori più giovani e con minor esperienza lavorativa nel campo della salute mentale; mentre le variabili inerenti al sesso, crediti per formazione specifica conseguiti e natura giuridica del servizio non hanno evidenziato correlazioni con lo stigma statisticamente rilevanti.

Il fenomeno dello stigma necessita ulteriori studi ed approfondimenti, ma attraverso questa ricerca è stato possibile riflettere in merito alla formazione che i giovani operatori ricevono, ma, soprattutto, riguardo le competenze di autoanalisi ed autocritica che si maturano con l'esperienza. Va ricordato che essere un professionista non esclude il fatto di essere un individuo all'interno di una società in grado di influire sulle modalità di apprendimento e di comportamento, che risultano essere parte della normalità. È essenziale che gli operatori della salute e della cura vengano formati, non solo sulle specifiche competenze tecniche, ma anche sullo sviluppo di doti di riflessività, responsabilità umana e impegno personale e di ascolto, con la finalità di favorire la percezione e la critica nei confronti dell'agire professionale, incrementando la consapevolezza di come la presenza di uno stigma radicato e, inconsciamente esercitato, sia fortemente condizionante la qualità della vita dei pazienti, sotto l'aspetto relazionale e sociale, ma, soprattutto, può condurre ad effetti negativi sul percorso riabilitativo e terapeutico del paziente.

INTRODUZIONE

Le rappresentazioni sociali corrispondono all'insieme delle idee, valori e credenze che vengono condivise, spesso inconsciamente, tra i membri di un determinato gruppo sociale o comunità e da sempre alla base dei processi sociali (Moscovici, 2005). La loro influenza sull'agire umano è determinata dalla capacità intrinseca, che possiedono, di svolgere il ruolo di mediatore tra il mondo esterno e la percezione soggettiva; si configurano pertanto come un principio organizzatore della conoscenza, costantemente in movimento e che varia in rapporto al contesto, dando significato alla realtà circostante.

L'atto di rappresentazione si sviluppa e si tramanda all'interno di ogni società e cultura, portando ciascun individuo a interiorizzare una serie di immagini e preconcetti verso ciò che è ignoto, con l'obiettivo specifico di renderlo familiare e in questo modo mantenere il proprio ordine interno, difendendosi dalla paura di ciò che è sconosciuto. Nella persona adulta il fenomeno di rappresentazione conduce alla formazione di stereotipi e pregiudizi, verso un gruppo di persone a cui sono state affidate specifiche caratteristiche distinguibili; è un meccanismo involontario che si modifica con le esperienze personali ed il grado di consapevolezza acquisita con l'età, ma che si manifesta in ogni individuo sociale.

L'atto di rappresentazione coinvolge numerosi contesti, tra cui quello medico-sanitario, all'interno del quale i sistemi di riferimento socio-cognitivi portano alla costruzione di idee personali sulla salute e sulla malattia e sul malato che si traducono in comportamenti e azioni nella pratica professionale quotidiana.

Strettamente correlato all'atto di rappresentazione vi è quello di stigmatizzazione. Il termine stigma (Goffman, 1963) corrisponde all'attribuzione di connotazioni negative a un membro, o a un determinato gruppo, della comunità, attraverso modalità inconsce che portano alla categorizzazione di individui sulla base di attributi considerati non ordinari. Esso non dipende da un'intenzione critica deliberatamente esercitata, ma avviene attraverso

l'apprendimento passivo di concezioni negative verso ciò che è percepibile come diverso. Ciò che accomuna questi processi è il fatto di essere inconsci. La consapevolezza dello stigma tende a ridurlo e persino eliminarlo, ma la difficoltà risiede proprio nel percepirne la presenza: esso corrisponde a una forma di consenso e a una corrispondente pratica collettiva interiorizzata a livello socio-culturale.

Quotidianamente si può osservare la presenza di molte categorie di persone stigmatizzate a causa di caratteristiche percepite come disturbanti e devianti, sotto il profilo fisico, psichico, etnico e di orientamento religioso o sessuale. La paura per l'ignoto ed il diverso, favorisce la categorizzazione, vale a dire quel processo cognitivo in grado di elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente, permettendo di suddividere oggetti, eventi e persone in categorie mentali (Vender *et al.*, 2005). Se tale processo da un lato è fondamentale, in quanto favorisce il senso di appartenenza ad un gruppo e conseguentemente permette di costruire la propria identità e ridurre l'incertezza, dall'altro comporta relazioni conflittuali o di discriminazione verso gruppi differenti, i quali vengono visti come pericolosi o da evitare.

In questa prospettiva le persone affette da disturbi psichici hanno rappresentato una categoria da sempre fortemente stigmatizzata (Goffman, 1968) ed ancora oggi, nonostante i profondi cambiamenti intervenuti dagli anni '70 del secolo scorso in avanti, permangono le istanze espulsive, l'angoscia e la paura per il diverso. Tutt'oggi la società elabora, seppur in maniera meno esplicita, dispositivi per tentare di circoscrivere la follia. Il legame tra malattia mentale e società oscilla tra i concetti cruciali del pregiudizio, del timore, della tolleranza, mostrando spesso contraddizioni che fanno sembrare difficilmente raggiungibile una reale integrazione. L'imprescindibile interazione tra individuo e ambiente può condurre a l'interiorizzazione dello stigma anche da parte del soggetto (*self stigma*), vale a dire il processo mediante il quale la persona stigmatizzata accetta, o ritiene veritiera, la valutazione negativa della società nei

confronti della sua categoria, incorporandola nel proprio sistema di valori personali e nel senso di sé.

Dunque, tale interiorizzazione comporta non solo danni psicologici causati da fenomeni sociali, che possono condurre a situazioni di svalutazione, vergogna, segretezza e rinuncia, innescate dagli stereotipi negativi interiorizzati e percepiti, ma anche ad un grave effetto sull'autoestima e la percezione del sé (Vender *et al.*, 2005). Il malato mentale con stigma percepito risulta avere una qualità di vita significativamente peggiore rispetto alla popolazione: più limiti nel lavoro, nella ricerca di un'abitazione e maggiori ostacoli nell'integrazione e costruzione di relazioni sociali. Questi fattori concorrono nel condizionare il benessere fisico e psichico della persona (Alonso *et al.*, 2009).

LA RICERCA

Sulla base di tali dinamiche fortemente radicate a livello individuale e sociale, si è deciso di procedere con il presente studio, con lo scopo di verificare l'esistenza, o meno, di atteggiamenti e opinioni stigmatizzanti nei confronti della malattia mentale, all'interno dei servizi psichiatrici pubblici e privati, partendo dal concetto di stigma quale fenomeno sociale profondamente radicato nell'agire umano e che, dunque, comprende anche i professionisti che quotidianamente si interfacciano al disagio psichico, e in caso affermativo, di analizzare le variabili che vanno ad influire sul grado di stigma presente. L'ambito territoriale interessato dalla nostra indagine è quello della Lombardia Orientale, comprendente le province di Bergamo, Brescia, Mantova e Cremona.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato effettuato uno studio quantitativo, attraverso la somministrazione del questionario *Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)*, a cui è stata fatta precedere una scheda socio-demografica che, oltre a genere, età e tipologia di servizio (pubblico o privato

accreditato), ha consentito di indagare su: a) categoria professionale di appartenenza; b) anzianità di lavoro all'interno dei servizi psichiatrici; c) formazione specifica svolta in ambito di salute mentale; d) opinione generale dei professionisti in merito ai loro pazienti.

Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)

La scala MICA4 è stata sviluppata nel 2013 all'interno dei servizi sanitari e del dipartimento di ricerca sulla popolazione, presso lo Institute of Psychiatry del King's College di Londra e sottoposta a convalida psicometrica da parte del National Institute for Health Research (NIHR), all'interno del programma sulla stigmatizzazione e la discriminazione verso la salute mentale. Lo strumento nella sua versione italiana (Lanfredi *et al.*, 2019) si compone di una scala di autovalutazione composta da 16 elementi misurati su una scala Likert a 6 variabili (da 6 = fortemente d'accordo a 1 = molto in disaccordo) che valuta gli atteggiamenti nei confronti della malattia mentale in generale. Per ogni item viene dato un punteggio standardizzato ed il punteggio totale è dato dalla somma di tutti gli items; pur non essendo stato definito un valore soglia, risulta che ad un punteggio complessivo elevato corrisponda un atteggiamento del professionista più stigmatizzante e viceversa.

Opinione dei professionisti circa i loro pazienti

Si sono volute esplorare anche le opinioni dei professionisti, misurate sempre attraverso una scala Likert a 7 variabili, circa le patologie che, a loro giudizio, risultano essere più complesse o più semplici da trattare; nello specifico è stato chiesto di esprimere un'opinione sui seguenti disturbi psichici: **a)** disturbi dissociativi, **b)** disturbi del comportamento alimentare, **c)** disturbi dell'umore, **d)** disturbi ossessivo-compulsivi, **e)** disturbi di personalità, **f)** dipendenze.

La somministrazione degli strumenti è avvenuta per via telematica, stante il perdurare dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19; nello specifico, sono

state contattate complessivamente nove Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e venti Enti privati accreditati di cui solo un terzo ha aderito al progetto di ricerca.

In questo modo sono stati raggiunti 163 operatori afferenti a 13 servizi delle provincie di Bergamo, Brescia e Cremona¹.

Strumenti per l'analisi statistica

L'analisi statistica dei dati raccolti è partita dal rilevamento della presenza o meno di opinioni ed atteggiamenti stigmatizzanti all'interno dei servizi psichiatrici, nonché del grado di frequenza e gravità con cui esso si verifica, effettuando lo *scoring* del MICA4.

Una volta ottenuto un quadro generale del livello di stigma all'interno dei servizi, si è proceduto con l'analisi statistica dei dati, con l'obiettivo di individuare eventuali correlazioni tra i punteggi del MICA4 e le variabili indipendenti di tipo socio-demografico. Per le variabili quantitative si è utilizzato un modello di regressione lineare semplice, mentre per le variabili categoriali, si è proceduto con un'analisi della varianza univariata (ANOVA).

RISULTATI

Dei 163 professionisti della salute mentale che sono stati contattati, 104 (63,8%) hanno effettivamente aderito all'indagine, con un'equilibrata distribuzione tra servizi psichiatrici pubblici (55,0%) e privati (45,0%).

Tra i diversi professionisti coinvolti, si è registrata una leggera prevalenza dell'area medico-infermieristica (53,8%) sull'area psico-socio-educativa (46,2%); le professioni maggiormente rappresentate nel campione sono risultate gli infermieri (34,6%) e gli educatori professionali (33,7%), compresi anche i tecnici della riabilitazione psichiatrica, mentre il rapporto di genere si avvicina al 1:4 a favore delle femmine.

Osservando la distribuzione per classi d'età notiamo che ci troviamo di fronte ad una popolazione di operatori sufficientemente distribuita, dove ad un 37,5% di persone con un'età ≥ 50 anni, si contrappone un 15,4% di soggetti con un'età compresa tra i 20 e 29 anni e un 14,4% con un'età compresa tra i 30 e 39 anni.

Prendendo in esame l'aspetto dell'esperienza lavorativa dei partecipanti nel campo della salute mentale, osserviamo che si compone di circa un terzo (29,8%) di operatori junior, cioè con meno di 5 anni di lavoro; una quota minore di operatori con un'anzianità media, vale a dire compresa tra i 6 e i 10 anni di esperienza lavorativa (13,4%) e una larga prevalenza di operatori con esperienza pluridecennale (53,8%); se si analizzano le singole professioni, si trova che psicologi e OSS sono coloro che hanno un'esperienza lavorativa inferiore ai cinque anni, mentre gli infermieri sono coloro con la più elevata esperienza all'interno di servizi psichiatrici.

Per valutare la formazione professionale si è fatto riferimento al numero di crediti ECM conseguiti dagli operatori nel settore specifico della salute mentale ed in questo modo si è osservato che assistenti sociali e OSS dichiarano di non aver conseguito crediti formativi specifici, mentre le restanti figure professionali dichiarano di aver conseguito mediamente i due terzi dei crediti previsti nel triennio di riferimento.

Nel complesso il campione si compone delle diverse categorie professionali presenti all'interno dei servizi terapeutico-riabilitativi per la salute mentale, se pur si osserva una prevalenza di infermieri e educatori, di genere femminile. Il campione consente una variabilità socio-demografica attraverso la presenza di operatori con età compresa tra i 20 ed i 39 anni, con una conseguente esperienza lavorativa limitata all'interno dell'ambito della salute mentale, in contrapposizione a professionisti

1. Nello specifico hanno preso parte alla ricerca gli operatori di: C.P.S. e S.P.D.C. (ASST Bergamo Est); Fondazione Gusmini Onlus (Bergamo); 1° C.P.S. e 3° C.P.S. (ASST Spedali Civili Brescia); C.P.S. Rovato (ASST Franciacorta); Cooperativa Sociale "Si può" Onlus (Brescia); Cooperativa Sociale "Comunità Fraternità" Onlus (Brescia); Cooperativa Sociale "Il Gabbiano" (Brescia); Cooperativa Sociale "La Rondine" Onlus (Brescia); C.R.A., C.P.A. e C.P.S. (ASST Cremona).

over 50, con maggiore esperienza lavorativa. Tale dato favorisce maggiore approfondimento dei risultati ottenuti dal MICA4, in correlazione con le variabili socio-demografiche individuate. Si osserva inoltre una discontinuità all'interno del campione nel perseguimento dei crediti ECM, per formazione specifica nell'ambito della salute mentale, con la presenza di professionisti che non hanno conseguito crediti specifici, in contrapposizione ad altri operatori con una maggiore formazione.

Le opinioni degli operatori circa i loro pazienti

Alla richiesta di esprimere il proprio stato emotivo nel prendersi cura dei pazienti che afferiscono al loro servizio (a questo scopo si è utilizzata una scala Likert da 1 = "Sono molto in difficoltà con questi pazienti" a 7 = "Sto molto bene con questi pazienti") i partecipanti, hanno dichiarato di trovarsi maggiormente in difficoltà con pazienti con un disturbo di dipendenza, cui seguono i pazienti con disturbo alimentare. Contrariamente, i professionisti hanno affermato di sentirsi maggiormente a loro agio all'interno della relazione terapeutica con persone con diagnosi di disturbo dell'umore e disturbi ossessivi-compulsivi.

Lo stigma degli operatori verso i pazienti

L'analisi dei dati relativi lo strumento MICA4 è stato elemento fondamentale per la finalità della ricerca. Come precedentemente descritto, all'aumentare del punteggio ottenuto, ne consegue un aumento delle opinioni stigmatizzanti. Dall'analisi dei risultati ottenuti si evince la prevalenza di giudizi stigmatizzanti tra i professionisti con una limitata esperienza lavorativa all'interno della salute mentale, compresa tra uno e cinque anni (MICA4 38.6) e i sei e i dieci (MICA4 38), valore che tende a diminuire con l'incremento degli anni di esperienza. Risulta interessante osservare l'incremento del punteggio tra i professionisti con maggiore esperienza all'interno della salute mentale, caratterizzata da oltre 30 anni di lavoro (MICA4 37.6). A conferma di tale risultato l'analisi dei dati ha riportato come lo stigma risulti maggiormente

elevato nei professionisti con età compresa tra i 20 e 29 anni; contrariamente la fascia d'età caratterizzata da punteggio inferiore riguarda i 30-39 anni.

Focalizzando l'analisi dei dati alla variabile relativa alla categoria professionale di appartenenza, si osservano differenze significative tra i vari professionisti che operano all'interno dei servizi, con una prevalenza di opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti tra le figure degli assistenti sociali (MICA4 40), seguiti da psicologi (MICA4 38.5) e infermieri (MICA4 38.5). Tale punteggio risulta decrescente tra le restanti figure professionali. In merito al numero di crediti per formazione specifica in ambito di salute mentale, si evince che i professionisti con il maggior numero di crediti conseguiti negli ultimi due anni, sono coloro che presentano un minor livello di opinioni stigmatizzanti (MICA4 34.1). Risulta un dato significativo a scopo di ricerca il basso punteggio MICA4 (34.7) conseguito allo stesso modo da coloro che, al contrario, non hanno acquisito crediti ECM.

Infine, si osserva l'assenza di differenze statisticamente significative all'interno delle variabili indipendenti di genere e di natura giuridica del servizio.

Analisi della regressione lineare

Procedendo con l'analisi statistica dei dati ottenuti, si è voluto analizzare la presenza di una relazione funzionale tra le variabili quantitative, mediante l'utilizzo del modello di regressione lineare multipla. Attraverso tale strumento è stato possibile approfondire la correlazione tra il livello di stigma riconosciuto e il giudizio espresso in merito al percepire maggiormente difficile la costruzione di una relazione d'aiuto con persone affette da determinate patologie psichiche, andando a confermare i risultati ottenuti attraverso il MICA4. Dall'analisi risulta statisticamente significativo il coefficiente di regressione relativo alla variabile indipendente riguardante l'opinione dei professionisti; che hanno affermato di sentirsi maggiormente a loro agio con pazienti affetti da disturbi ossessivi-compulsivi (1.91). Questo dato rappresenta la presenza di un alto livello di

stigma tra i professionisti appartenenti a questa categoria, i quali, rappresentano il 43% del campione totale, di cui il 60% è rappresentato dalla categoria professionale degli infermieri e educatori professionali/ Terp, con meno di 25 anni di esperienza lavorativa. Per ordine decrescente, segue il coefficiente di regressione relativo alla categoria di operatori che ha affermato di percepire poca difficoltà con utenti tossicodipendenti e disturbi correlati (1,09), categoria di professionisti caratterizzata per il 92% da operatori con esperienza lavorativa inferiore ai 20 anni.

Analisi della varianza univariata (ANOVA)

Dopo aver analizzato l'esistenza di correlazioni significative tra le opinioni stigmatizzanti e le variabili indipendenti di tipo quantitativo, a completamento di ricerca, si è proceduto con l'analisi delle corrispondenze presenti con la variabile qualitativa relativa alla categoria professionale di appartenenza, mediante lo strumento statistico di analisi della varianza (ANOVA), delimitando un campione composto da 11 operatori con le seguenti variabili socio-demografiche in comune: fascia d'età compresa tra i 20-29 anni; anni di esperienza lavorativa all'interno di servizi per la salute mentale tra uno e cinque anni; totale di crediti ECM conseguiti negli ultimi due anni al di sotto dei 30.

Dall'analisi dei dati ottenuti è emersa la presenza di un

caso statisticamente limite, rifiutando, dunque, l'ipotesi nulla, tale per cui tutte le medie dei diversi gruppi sono uguali tra loro, ma, al contrario, accettando l'ipotesi per cui le medie dei singoli gruppi discostano in modo significativo e non causale tra loro, con un valore della somma dei quadrati (SQ) in gruppi (496,54) nettamente inferiore al valore tra gruppi (8056,41). Tali valori consentono di affermare che la variabile qualitativa professione risulta essere fortemente discriminativa del punteggio totale al MICA4, e dunque del livello di stigma, andando a confermare l'ipotesi iniziale di ricerca.

Tabella 1: Analisi della correlazione tra stigma e variabili indipendenti

	Coefficienti
Intercetta	40,79
Età	-0,48
Esperienza	-0,01
Formazione	0,01
D. Dissociativi	0,65
D. Alimentari	1,039
D. Umore	2,054
D. Oss. Compulsivi	1,91
D. Personalità	-0,58
Dipendenza	1,09

Tabella 2: Analisi varianza ad un fattore

Riepilogo						
Gruppi	Conteggio	Somma	Media	Varianza		
Colonna 1	11	32	2,91	2,69		
Colonna 2	11	453	41,18	49,96		
Analisi varianza						
Variazione	SO	gdl	MO	F	Valore sign.	F crit.
Tra gruppi	8056,41	1	8056,41	324,49	7,87418E-14	4,35
In gruppi	496,54	20	24,82			
Totale	8552,95	21				

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

La ricerca svolta ha consentito di confermare l'ipotesi di partenza, tale per cui lo stigma, in quanto fenomeno sociale profondamente radicato, è presente anche all'interno dei servizi per la salute mentale. L'analisi dei dati ha evidenziato che diversi fattori possono influenzare le opinioni stigmatizzanti degli operatori all'interno dei servizi di cura nei confronti dei loro pazienti, elemento che rappresenta una fonte di riflessione per il singolo professionista e per la ricerca di strategie per il miglioramento della condizione clinica e la qualità della vita dei soggetti affetti da una patologia o disturbo psichico.

L'analisi della varianza ha consentito di individuare la variabile professione come un fattore in grado di influenzare il livello di stigma. In particolare, analizzando il punteggio ottenuto all'interno del test MICA₄ è emersa la prevalenza di opinioni stigmatizzanti tra le categorie degli assistenti sociali, psicologi e infermieri. Contrariamente, i professionisti appartenenti alla categoria dei coordinatori di servizio, sociologi e operatori sociosanitari presentano un basso livello di opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti della malattia mentale. Risulta interessante al fine di ricerca scientifica il fatto che gli operatori sociosanitari sono la categoria professionale con una prevalenza di professionisti con zero crediti ECM conseguiti per formazione specifica nell'ambito della salute mentale. Allo stesso modo, anche coloro che hanno conseguito il maggior numero di crediti, tra i 121 e 150, presentano un basso punteggio MICA₄.

Osservando le altre variabili indipendenti utilizzate, emerge la tendenza all'interno del campione più giovane, con età compresa tra i 20 e 29 anni, a manifestare un alto livello di stigmatizzanti. A conferma di tale dato si osserva, inoltre, che gli operatori con minor esperienza

lavorativa nell'ambito psichiatrico, in particolare al di sotto dei cinque anni, possiedono un elevato stigma verso la malattia mentale.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti possono considerarsi un'importante fonte di riflessione sullo stigma come fenomeno sociale tutt'oggi radicato nella collettività, ed in grado di influenzare le opinioni e gli atteggiamenti delle persone in modo, spesso, inconsapevole. Per tale motivo, la decisione di approfondire il concetto di stigma all'interno dei servizi per la salute mentale risulta essere di rilevante importanza in quanto opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti profondamente radicati e inconsci, possono concretizzarsi in agiti in grado di intervenire sulla qualità della vita del paziente. Un primo rischio, conseguente allo stigma, è dato da una condizione di iperprotettività da parte del servizio a causa di un'idea interiorizzata che la persona malata di mente sia incapace di provvedere alla propria vita, ostacolando, dunque, l'acquisizione di competenze di base per lo sviluppo personale e dell'autonomia. Allo stesso tempo, opinioni stigmatizzanti possono condurre a basse aspettative di guarigione da parte dei professionisti, che nel paziente si traducono in mancanza di fiducia nel percorso riabilitativo e dipendenza dal servizio².

Sicuramente vi è stato un riconoscimento della qualità della vita della persona con malattia psichica, ma dal punto di vista sociale e culturale permane la confusione che alimenta paura nelle nostre identità sociali e la sofferenza di chi soffre. Come sostiene Lalli vi è una "doppia esclusione sociale, quella dei malati di mente: spesso costretti a risultare improduttivi e quindi "poveri" di risorse economiche, carenti di risorse comunicative condivisibili e quindi "deboli" in termini di rapporti di forza e di pesi sociale"³.

2. Handerson, C. et al., Mental health-related stigma in health care and mentalhealth-care settings, *Lancet Psychiatry*, Vol.1(6), pp. 467-482, 2014.

3. Lalli P., Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?, *Franco Angeli*, Vol 135 - N° 1, pag. 29, 2011.

Lo studio, oltre a mostrare una distinzione di opinioni tra le diverse categorie professionali, afferma la presenza di stigma tra i professionisti più giovani, insieme agli operatori con minor esperienza lavorativa nell'ambito psichiatrico, in particolare al di sotto dei cinque anni. È una questione che merita ulteriori studi ed approfondimenti, ma che consente di creare degli spunti di riflessione in merito alla formazione che i giovani operatori ricevono, ma, soprattutto, in merito alle competenze di autoanalisi ed autocritica che si maturano con l'esperienza. Il principale problema risulta essere la mancanza di consapevolezza e i pregiudizi inconsci, che riflettono il potere delle credenze e degli atteggiamenti nascosti che possono essere alla base di comportamenti stigmatizzanti ⁴.

Uno studio canadese (Knaak S., Patten S., 2016) ha evidenziato che per molti operatori all'interno dei servizi sanitari è stato solo attraverso la partecipazione a un corso formativo anti-stigma che hanno potuto acquisire consapevolezza delle modalità di pensiero, sottili e involontarie, che hanno condotto all'assunzione di atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei loro pazienti.

Studio analogo (Knaak, S., Mantler, E., Szeto, A., 2017) ha riportato interessanti risultati dalla creazione di corsi di formazione composti da gruppi di operatori e pazienti, in cui, quest'ultimi, condividevano le loro esperienze di cura, positive e negative. Si è osservato che la natura cooperante e sociale di questa iniziativa ha favorito un'esperienza di apprendimento bilaterale, in cui l'utente ha avuto modo di cambiare il suo ruolo da malato a educatore; mentre i professionisti della cura hanno avuto l'occasione di interrogarsi sulle modalità di approccio alla malattia che quotidianamente vengono messe in atto in forma automatica o inconscia. Riflessioni che consentono un lavoro su sé stessi in grado di migliorare il proprio intervento e le finalità del servizio, nonché favorire migliori opportunità di cura e di vita per i pazienti stessi.

È importante evidenziare che i dati ottenuti non possono essere generalizzabili a tutti i professionisti che operano all'interno dell'ambito della salute mentale, a causa di un campione di ricerca piccolo e limitato ad una specifica area territoriale. Inoltre, va ricordato che la somministrazione del questionario è avvenuta in modalità volontaria e non è quindi stata esaminata l'opinione dei professionisti che hanno deciso di non partecipare e la motivazione di tale scelta. Infine, un ulteriore limite nella ricerca è il fatto che non è possibile escludere un condizionamento alle risposte dovuto dalla desiderabilità sociale. Pertanto, i dati vanno interpretati con cautela.

È necessaria la presenza di ulteriori studi che affrontino questo fenomeno sociale, includendo anche la valutazione della qualità della vita dei pazienti, nonché la loro percezione nei confronti dei pregiudizi, di eventuali atti di discriminazione e delle modalità di intervento terapeutico.

La ricerca svolta è solo un punto di partenza nella quale è necessario approfondire ed ampliare le ricerche in questo campo, osservandone le conseguenze sulla qualità dell'approccio terapeutico e relazionale, nonché l'opinione dei pazienti stessi, in modo da poter attuare degli interventi in grado di ridurre lo stigma. In Italia, in particolare negli ultimi anni, hanno iniziato a diffondersi campagne ed eventi anti-stigma con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione all'integrazione e all'abbattimento delle barriere verso il malato mentale ⁵.

È importante osservare, però, che ancora non sia stato affrontato questo tema anche all'interno dei servizi che quotidianamente si occupano di salute mentale. A partire dai moti rivoluzionari del '78 la psichiatria italiana ha portato a grandi cambiamenti non solo a livello sanitario ma anche sociale. È cambiato il modo di guardare e leggere i bisogni del malato, mettendo tra parentesi la patologia, e i sintomi; è stato possibile vedere la malattia stessa in relazione alla storia delle persone e non più come qualcosa

4. Ivi, p.114.

5. Zoppi, S. Lasalvia, A. Le campagne antistigma: davvero utili ed efficaci? Rivista di psichiatria, Vol. 46, p.243, 2011.

che maschera, sovra determina, condiziona esperienze, relazioni e sentimenti. Non è il malato di mente che crea il pregiudizio di pericolosità e la lontananza, ma la società nel momento in cui lo etichetta come tale. È però necessario tornare a interrogarsi, creare tensioni, alimentare incertezze intorno alle storie delle persone ⁶.

La presente ricerca può rappresentare un contributo per la comprensione e presa di consapevolezza dello stigma e degli stereotipi presenti ancora nella società attuale, della loro capacità di influire e condizionare, inconsciamente, le opinioni e i comportamenti dell'individuo, compreso il professionista, con importanti conseguenze sulla qualità della vita della persona affetta da una patologia psichica.

È essenziale che i professionisti della salute e della cura vengano formati, non solo sulle specifiche competenze tecniche, ma anche sullo sviluppo di doti di riflessività, responsabilità umana e impegno personale e di ascolto, con la finalità di favorire la percezione e la critica nei confronti delle visioni unificanti e universalizzanti che possono condurre a concepire l'essere umano come un insieme di concetti prestabiliti e immobili.⁷

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Professore a contratto, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia e Dipartimento di Psicologia e Scienze cognitive, Università degli Studi di Trento*

° *Educatrice professionale, presso Cooperativa Comunità Emmaus, servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo per le dipendenze, Urgnano (BG)*

^ *Educatrice professionale, presso Solco Consorzio di Cooperative Sociali S.C.S, SIL (Servizio Integrazione Lavorativa di Gardone Val Trompia (BS)*

6. Camarlingi, R. Intervista a Peppe Dell'Acqua: la Legge Basaglia 30 anni dopo, *Animazione Sociale*, Vol.3, pp. 34-34, 2008.

7. Orefice, C. Rappresentazioni sociali e decostruzione pedagogica. Analisi dello stigma nell'ambito della salute mentale, *Studi sulla formazione*, Firenze University Press, p. 223, 2013.

BIBLIOGRAFIA

1. Schalock R., Verdugo Alonso M., *Manuale di qualità della vita*. Modelli e pratiche di intervento, Gussago (Brescia), Vannini Editoria Scientifica, 2012
2. Moscovici S., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna, 2005
3. Goffman E., Stigma. *L'identità negata*, Giuffrè editore, Milano, 2013
4. Vender S. et al., *La stigmatizzazione nella storia e nella cultura*. *Nóos*, 2005; 11 (3/4), 149-166
5. Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968
6. Alonso J. et al., *Perceived stigma among individuals with common mental disorders*, *Journal of Affective Disorders*, 2009; 180-186
7. Lanfredi M. et al., *Attitudes of mental health staff toward patients with borderline personality disorder: an Italian cross-sectional multisite study*, *Journal of Personality Disorder*, 2019; 35 (1), 41-56
8. Handerson C. et al., *Mental health-related stigma in healthcare and mental health-care settings*, *Lancet Psychiatry*, 2014; Vol.1, 467-482
9. Lalli P., *Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?*, Franco Angeli, 2011; Vol 135 - N° 1
10. Knaak S., Patten S., *A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2016; Vol.134, 53-62
11. Knaak S., Mantler E., Szeto A., *Mental illness related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence based solutions*, Canadian College of Health Leaders, Healthcare Management Forum, 2017; Vol.30, 111-116
12. Zoppi S., Lasalvia A., *Le campagne antistigma: davvero utili ed efficaci? Una revisione critica delle iniziative antistigma realizzate in Italia*, *Rivista di psichiatria*, 2011; Vol.46, 242-249
13. Camarlingi R., *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la Legge Basaglia 30 anni dopo*, *Animazione Sociale*, 2008; Vol.3, 22-36
14. Orefice C., *Rappresentazioni sociali e decostruzione pedagogica. Analisi dello stigma nell'ambito della salute mentale*, *Studi sulla formazione*, Firenze University Press, 2013; 211-225