Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Personale curante e stigma verso il paziente affetto da disturbi mentali: un confronto fra i diversi contesti di cura.

Una revisione della letteratura.

LAVORO DI TESI

di

Leticia Viviana De Paolis

Direttore di tesi

Vincenzo D'Angelo

Manno, settembre 2021

ABSTRACT

Background

La tematica di questo lavoro di tesi è lo stigma da parte del personale curante verso il paziente psichiatrico. La malattia mentale è un argomento particolarmente complesso che assume in ognuno di noi connotazioni diverse. La pericolosità, l'aggressività e l'imprevedibilità sono alcune delle caratteristiche conferite alle persone con un disturbo psichiatrico. Per quanto possa risultare paradossale, gli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti di questa categoria di persone si trovano ovunque e in qualsiasi contesto di cura- anche in contesti di cura specializzati. Purtroppo, questi atteggiamenti ostacolano la relazione fra il personale curante e i pazienti diventando una barriera nei confronti delle cure, portando conseguenze negative alla salute dei pazienti. Gli infermieri non sono esenti da questi comportamenti e alcuni studi dimostrano che spesso sono proprio loro ad avere gli atteggiamenti più negativi. È stato dimostrato che il contatto diretto con questi pazienti, così come l'educazione e l'*empowerment* della persona interessata e della famiglia consente di ridurre lo stigma.

Scopo

Lo scopo di questo elaborato è indagare sugli atteggiamenti stigmatizzanti da parte del personale curante, in particolar modo gli infermieri verso il paziente psichiatrico in diversi contesti di cura e comprendere in maggior modo le caratteristiche e le dimensioni del problema.

Metodo

La metodologia scelta per questo lavoro di tesi consiste in una revisione della letteratura che risponde al seguente quesito scientifico: "Quali sono le caratteristiche e le dimensioni del problema dello stigma da parte del personale sanitario, principalmente infermieri, verso il paziente psichiatrico?". Gli articoli selezionati, attraverso una ricerca svolta tramite le banche dati *PubMed, Wiley, Springer* hanno dimostrato che i pregiudizi e i comportamenti stigmatizzanti da parte del personale curante si trovano sia in contesti di cura specializzati che quelli non specializzati e che non vi sono importanti differenze per quanto riguarda la popolazione generale. L'analisi ha dimostrato che la pericolosità, l'imprevedibilità, l'aggressività e la mancanza di autocontrollo sono i principali motivi alla base dei pregiudizi verso questa tipologia di pazienti e che alcuni disturbi come la schizofrenia e l'abuso di sostanze sono quelli che generano più paure e diffidenza fra gli infermieri.

Conclusioni

Gli articoli hanno dimostrato che il contatto personale con i pazienti psichiatrici favorisce la riduzione dello stigma verso questa categoria di persone. *Keywords:* stigma, disturbi psichiatrici gravi, personale sanitario

Sommario

1. Introduzione 5
1.1 Motivazione personale sulla scelta della tematica 5
1.2 Scopo e obiettivi 6
1.3 Metodologia 6
2. Quadro teorico 7
2.1 Epidemiologia 7
2.2 Cenni storici dell'evoluzione delle cure in psichiatria 8
2.3 Lo stigma e l'approccio psicosociale 11
2.4 Istituzione totale 14
2.5 Lo stigma fra il personale infermieristico 16
2.6 Le barriere collegate allo stigma e l'*Empowerment* 17
2.7 Disturbo, disagio o malattia mentale 18
2.7.1 Depressione 20
2.7.2 Disturbo bipolare 20
2.7.3 Schizofrenia 21
2.7.4 Disturbi della personalità 21
2.7.5 Disturbi dello sviluppo e autismo 22
3. Ruolo infermieristico SUPSI 23
3.1 Ruolo di esperto in cure infermieristiche 23
3.2 Ruolo di comunicatore 24
3.4. Ruolo di promotore della salute (*Health Advocate*) 24
3.5 Considerazioni etiche 25
3.6. La relazione nella cura 25
4. Ruolo infermieristico in psichiatria 26
4.1 Valutazione delle funzioni psichiche e comportamentali 28
5. Il Suicidio come conseguenza dello stigma e la sua prevenzione 30
5.1 Ruolo infermieristico nella prevenzione del suicidio 31
6. Educazione alla salute mentale 33
7. Parte applicativa e revisione della letteratura 35
7.1 Elaborazione del quesito clinico 35
7.2 Domanda di ricerca 35
7.3 Criterio di inclusione ed esclusione 36
7.4 Banche dati utilizzate e parole chiavi 36
7.6 diagramma di flusso sullo svolgimento della ricerca 40

8. Sintesi degli articoli 41
8.1 Analisi e discussione dei risultati 47
9. Rilevanza nella pratica clinica 50
10. Conclusioni 51
10.1 Conclusioni sul lavoro di tesi 51
10.2. Conclusioni personali e limiti della ricerca 51
11. Ringraziamenti 52
12. Bibliografia 53

Figura 1 Costi Economici delle Malattie non trasmissibili 8
Figura 2 Self Stigma 13

Tabella 1 modello pico 35
Tabella 2 criterio di inclusione- esclusione 36
Tabella 3 banche dati e parole chiavi 36
Tabella 4 articoli non inclusi 37
Tabella 5 articoli inclusi 37
Tabella 6 articoli sintesi degli studi inclusi 39

1. Introduzione

In questo lavoro di tesi viene presentato ed esaminato il tema dello stigma da parte del personale curante e, in particolar modo, quello degli infermieri nei confronti del paziente psichiatrico, cercando di comprendere attraverso l'analisi di articoli scientifici quali strategie utilizzano i ricercatori per ridurre questi atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti di questa categoria di persone, in modo da poter contribuire a migliorare la qualità delle cure fornite.

1.1 Motivazione personale sulla scelta della tematica

Ho scelto di trattare questo argomento in quanto durante il periodo di svolgimento degli stage come allieva infermiera, mi sono resa conto che i disturbi mentali sono molto spesso fonte di disagi relazionali nell'ambito del contesto di cura. Nel corso della formazione ho svolto due stage in ambito psichiatrico entrambi nel contesto delle dipendenze in cui vengono trattati pazienti affetti da doppia diagnosi, nonché casi acuti di intossicazione da sostanze. Queste esperienze sono state molto arricchenti sia dal punto di vista personale, sia professionale poiché mi hanno permesso di immergermi in un contesto di cura per me totalmente nuovo. Le malattie mentali sono concepite negativamente dalla società in generale, e spesso quando si dichiara di lavorare in questo ambito le persone mostrano un atteggiamento prevenuto. Ovviamente anche io avevo una mia rappresentazione personale della psichiatria e sapevo che avrei dovuto adattarmi a una situazione nuova. Questo mi preoccupava perché mi sentivo priva delle conoscenze necessarie per poter rispondere adeguatamente alle necessita dei pazienti. La psichiatria richiede infatti un grande sforzo da parte dei curanti perché siamo abituati a una "normalità" che in questo contesto molto spesso viene meno. Nel corso di questi stage ho potuto familiarizzare con tecniche relazionali messe in atto da colleghi esperti, terapie farmacologiche e ho potuto conoscere le figure attive sul territorio. Inoltre, ho avuto modo di comprendere come la relazione di fiducia sia alla base della presa in carico del paziente psichiatrico e come il ruolo degli infermieri sia essenziale nella riduzione dello stigma, sia in qualità di erogatore di cure, trattando i sintomi manifesti della malattia, sia come promotore della salute nella prevenzione delle ricadute. Sono rimasta molto colpita dalla capacità di alcuni miei colleghi di instaurare una relazione di fiducia con i pazienti attraverso l'ascolto e il dialogo e questo mi ha fatto riflettere sull'importanza di ascoltare in modo non giudicante e di aiutare senza imporsi. Tuttavia, non è sempre possibile instaurare una relazione di fiducia con i pazienti. Spesso, l'arrivo di un paziente affetto da malattie mentali in reparto di cure generali viene vissuto dagli infermieri con ansia e preoccupazione. Non di rado gli infermieri hanno difficoltà a conciliare le necessità organizzative del reparto con quelle che sono le particolarità del paziente psichiatrico. Sovente, gli atteggiamenti stigmatizzanti vengono attuati in maniera inconsapevole da parte del personale curante. Questa situazione mi ha fatto riflettere sull'importanza di migliorare le competenze degli infermieri nella valutazione iniziale delle funzioni psichiche e comportamentali dei pazienti in modo da poter prevenire di cadere in atteggiamenti stigmatizzanti in quanto siamo di fronte a persone che richiedono un particolare approccio. A questo proposito credo sia fondamentale formare il personale curante in modo da poter prevenire le barriere relazionali e favorire la riduzione dello stigma. Ho scelto di trattare tale argomento complesso che coinvolge tutta la società in quanto come curanti abbiamo la responsabilità di garantire agli utenti un trattamento dignitoso, corretto e mirato a favorirne il benessere.

1.2 Scopo e obiettivi

L'obiettivo prefissato di questo lavoro è quello di rispondere alla domanda di ricerca attraverso una revisione della letteratura sulla tematica dello stigma degli infermieri verso il paziente psichiatrico in diversi contesti di cura. Per svolgere tale lavoro ho fatto un'analisi delle evidenze scientifiche trovate nelle banche dati e in altro materiale scientifico.
La domanda di ricerca di questo lavoro di tesi è: "Quali sono le caratteristiche e le dimensioni del problema dello stigma da parte del personale sanitario, principalmente infermieri, verso il paziente psichiatrico?"
Gli obiettivi della tesi sono:

- Eseguire un'accurata revisione della letteratura.
- Acquisire una buona padronanza dell'esposizione della metodologia di ricerca.
- Analizzare quali sono le dimensioni del problema dello stigma da parte del personale sanitario verso i pazienti affetti da disturbi mentali.

1.3 Metodologia

Per l'elaborazione di questa tesi, ho scelto di condurre una revisione della letteratura, la quale prevede l'integrazione di evidenze scientifiche e offre una rassegna delle conoscenze e delle lacune della ricerca (Polit & Beck, 2014). La revisione della letteratura è uno strumento che permette anche di porre le basi per nuovi studi e informa al lettore sulle conoscenze disponibili su un determinato argomento (Polit & Beck, 2014). Una revisione della letteratura di qualità dovrebbe essere imparziale, accurata, aggiornata e sistemica (Polit & Beck, 2014). Inoltre, dovrebbe essere riproducibile da terzi applicando le stesse regole scelte dall'autore al momento d'inclusione ed esclusione degli articoli, portando a risultati simili a quelli trovati dall'autore stesso (Polit & Beck, 2014). La realizzazione di una revisione della letteratura deve raccogliere, analizzare, interpretare l'informazione e riassumere i risultati in un lavoro scritto (Polit & Beck, 2014). Questo processo prevede le seguenti fasi come descritto da (Polit & Beck, 2014).

- Formulazione del quesito di ricerca
- Selezione delle banche dati e identificazione delle parole chiavi
- Fase di analisi critica dei criteri di inclusione ed esclusione degli articoli
- Analisi della qualità degli articoli
- Preparazione di una sintesi della ricerca
- Discussione dei risultati trovati

Nei seguenti capitoli il lettore può trovare il diagramma di flusso con i dettagli della ricerca della letteratura da me presentata in questo lavoro di tesi. Per la realizzazione di questo elaborato, ho usato articoli trovati nelle banche dati e libri di rilevanza scientifica. Gli articoli utilizzati trattano principalmente del personale infermieristico e sanitario e dei comportamenti stigmatizzanti nei confronti dei pazienti psichiatrici in diversi ambiti di cura.

La tesi è organizzata in quattro parti così composte:

- Introduzione: in questo capitolo viene spiegato l'obiettivo e lo scopo del lavoro di tesi.
- Marco teorico: prevede la spiegazione sintetica della teoria trovata in letteratura sul tema dello stigma.
- La terza parte prevede la parte applicativa della revisione della letteratura.
- E infine, nella quarta vengono discussi i risultati e le conclusioni finali.

2. Quadro teorico

2.1 Epidemiologia

I disturbi mentali rappresentano una grande sfida per la società moderna. L'incidenza delle malattie mentali sulla popolazione è in aumento e con essa i costi per il sistema sanitario e le conseguenze sociali. Nel seguente capitolo verranno esposti alcuni dati epidemiologici legati alla malattia mentale e le conseguenze economiche sul territorio elvetico. La psichiatria è un ambito medico sottovalutato e poco conosciuto, oggetto di svariati pregiudizi da parte della società, ma anche dagli operatori sanitari. Nonostante i dati confermino una importante prevalenza di casi di malattie mentali nel mondo, l'argomento continua a essere trattato quasi come un tabù. Nel 2001 il rapporto curato dal dipartimento di salute mentale dell'OMS indicava che una persona su quattro è affetta da un disturbo mentale nell'arco della sua vita. Secondo questo stesso rapporto, oltre 450 milioni di persone nel mondo sono affette da disturbi mentali quali schizofrenia, depressione e abuso di sostanze. Non è da sottovalutare il fatto che molte di queste persone tentino il suicidio e che oltre un milione di loro riesca nel suo intento (OMS, 2001). Si parla di quasi un milione di casi di suicidio nel mondo ogni anno collegati a disturbi mentali (OMS, 2004). Il Rapporto di Salute mentale redatto dall'Ufficio federale della sanità Svizzera dimostra che i disturbi ansiosi e la depressione hanno un'elevata prevalenza nel nostro Paese (Bürli, C. et al., 2015). Si stima che una in famiglia su quattro ci sia almeno un membro affetto da un disturbo mentale e che il più delle volte siano proprio i membri della famiglia stessa a prendersene cura, subendo conseguenze a livello sia della qualità della vita famigliare sia a livello sociale ed economico (OMS, 2004). In Svizzera la somma dei costi diretti e indiretti derivanti dalle malattie non trasmissibili ammontava nel 2011 a circa 74 miliardi di franchi: i costi maggiori sono generati dalle malattie cardiovascolari, dalle malattie muscoloscheletriche e dai disturbi psichici e sono queste ultime due a comportare i maggiori costi a livello nazionale (Wieser, S. et al., 2014). In particolare, i costi diretti sono riconducibili alle spesse mediche mentre i costi indiretti alla perdita di guadagno dovuta, per esempio, a una ridotta capacità lavorativa e alle assenze sul posto di lavoro per malattia (Wieser, S. et al., 2014). Oltre al costo sanitario e sociale, queste persone rischiano di subire violazioni dei diritti umani, stigma e discriminazione, sia all'interno che fuori dalle istituzioni psichiatriche (OMS, 2004). Nonostante il concetto di malattia mentale si sia evoluto nel corso della storia, le persone che ne soffrono, soprattutto se in modo grave, hanno sempre suscitato paure e diffidenza nella società a causa di credenze culturali che hanno favorito il processo di stigmatizzazione, manifestato attraverso tre aspetti del comportamento sociale: stereotipi, pregiudizi e discriminazione, i quali verranno trattati nei seguenti capitoli.

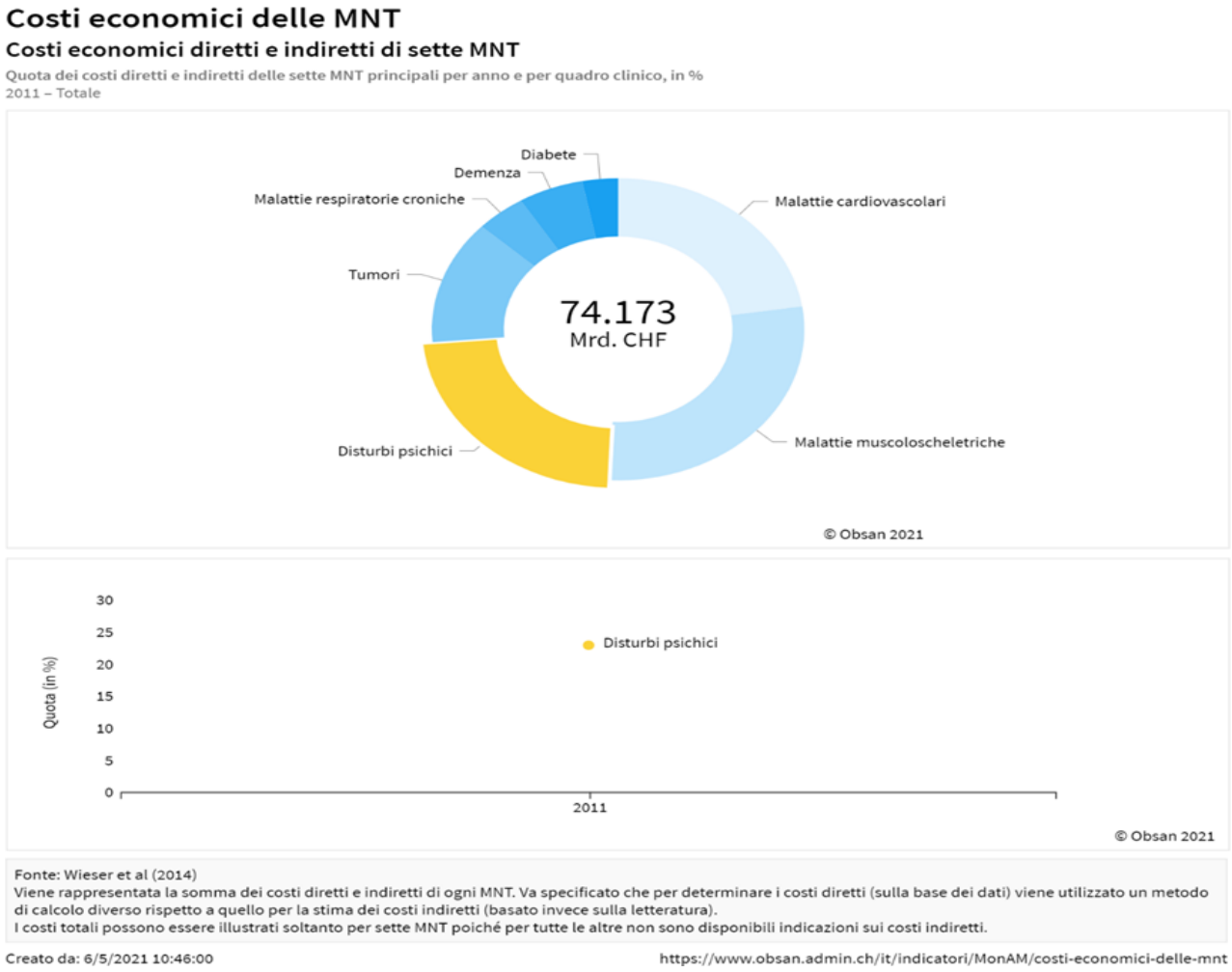


FIGURA 1 COSTI ECONOMICI DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

2.2 Cenni storici dell'evoluzione delle cure in psichiatria

Nel seguente capitolo verrà brevemente presentato uno excursus della storia della psichiatria per poter maggiormente approfondire l'evoluzione della stessa nel corso degli anni. Molti dei pregiudizi che oggigiorno circondano la malattia mentale e i chi ne soffre sono stati consolidati proprio nei secoli scorsi. Nonostante i progressi raggiunti dalla psichiatria assistiamo ancora a preconcetti e credenze negativi da parte di molti. Nel prossimo capitolo verranno approfonditi i principali eventi che hanno segnato il corso della psichiatria dall'antichità fino ai nostri giorni. Storicamente i disturbi mentali sono stati oggetto di discriminazione ed esclusione dal gruppo sociale (Castro, M., 2005). Già nell'Antico Testamento, la follia, intesa come perdita della ragione, è citata come una punizione divina (Castro, M., 2005). Nell'antichità si pensava che le malattie mentali fossero dovute a cause soprannaturali: le società più avanzate le associavano agli Dei (le convulsioni erano infatti considerate la "malattia divina", in quanto si pensava fossero la loro manifestazione), le più primitive ai demoni, il che diede origine alla pratica delle trapanazioni craniche con lo scopo

di realizzare una sorta di esorcismo (Castro, M., 2005). È quindi evidente come il tipo di cura a cui i malati mentali andavano incontro nel corso della storia fosse strettamente legata alla concezione dell'origine della malattia stessa. Già gli antichi greci praticavano cure medico-sacerdotali ad opera di maghi e guaritori che riuscivano a stabilire un rapporto di fiducia con i malati e li sottoponevano a rituali di purificazione, esorcismi e preghiere propiziatorie (Maieron, M.A., 2020). Nel corso degli anni, nell'antichità classica, la visione della malattia mentale si è spostata su un versante più naturalistico che concepiva il cervello come la causa della malattia. I greci rappresentavano quindi la malattia come uno squilibrio degli umori del corpo (sangue, bile nera, bile gialla, flegma) e i trattamenti erano basati sulla purga e il salasso (Castro, M., 2005). La prima dottrina psichiatrica naturalistica è quella ippocratica che ha come rifermento il cervello (Maieron, M.A., 2020). Il medico ippocratico si presentava come un uomo austero e sereno, dotato di serietà professionale e basava il suo operato sull'osservazione e la descrizione delle manifestazioni della malattia, adottando una visione puramente naturale, priva di intrusioni magiche o sovrannaturali (Armocida.G & Zanobio. B, 2002). Platone invece propone un'ipotesi idealistica basata sulla distinzione dell'universo in due regni ontologici distinti, uno in cui si applicano le leggi della fisica e al quale appartiene il corpo e l'altro in cui si applicano le leggi metafisiche a cui appartiene l'anima (Maieron, M.A., 2020). Questa ipotesi sarebbe alla base dell'idea che i disturbi psichici sono una malattia del cervello o una malattia dell'anima che, incarnandosi, subisce condizionamenti, limitazioni e corruzioni (Maieron, M.A., 2020). Entrambe le ipotesi citate possono essere ascritte al concetto di malattia naturalistica poiché considerano i sintomi psichici e quelli patologici fenomeni naturali per i quali si possono ricercare razionalmente le cause, seppur con sostanziali differenze (Maieron, M.A., 2020). La visione dualistica della malattia mentale di Platone coinvolge un'entità immateriale metafisica e una continuità e irrazionalità collegata al divino caratteristica dei periodi precedenti nei quali alcune manifestazioni dei disturbi psichici erano viste come l'effetto dell'azione di divinità malvagie o delle punizioni conseguenti a trasgressioni (Maieron, M.A., 2020). Altri disturbi mentali vengono invece considerati da Platone un dono poiché sono fonte di nuove esperienze e non tolgono ma, anzi, aggiungono qualcosa all'uomo: un esempio appartenente a questa categoria di disturbi è la follia profetica donata da Apollo, quella mistica di Dionisio, quella poetica delle Muse e quella dell'amore di Afrodite ed Eros (Maieron, M.A., 2020). Secondo alcuni autori l'ambiguità della concezione della malattia nei disturbi psichici è riconducibile all'interpretazione che le diverse scuole di pensiero hanno attribuito a elementi come, per esempio: soma, psiche, mente e spirito (Maieron, M.A., 2020). Queste interpretazioni hanno portato a concettualizzare i diversi disturbi psichici come un problema somatico, secondo il pensiero ippocratico, oppure come un problema metafisico, quali espressioni psicologiche e comportamentali di una malattia dell'anima corrotta dal corpo (Maieron, M.A., 2020). Il pensiero ippocratico ebbe una forte influenza nel mondo romano che si avvaleva di una medicina organizzata con un carattere teurgico (Armocida.G & Zanobio. B, 2002). Durante il medioevo e il rinascimento prevalse invece una concezione religiosa della malattia mentale tale per cui i sintomi venivano interpretati come la manifestazione di una possessione demoniaca, giusta punizione per i peccati commessi e risolvibile grazie a pratiche di tortura e roghi (Castro, M., 2005). Fu nel XVII secolo che per la prima volta si inaugurò l'internamento in istituti di segregazione, ovvero strutture stigmatizzanti dove i malati sopravvivevano in condizioni di isolamento sociale, maltrattamento e condizioni igieniche deplorabili (Castro, M., 2005). Durante la Rivoluzione francese, con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino, i suddetti istituti vennero chiusi e, grazie a Philip Pinol e a al suo

discepolo Esquirol, padre della psichiatria, si verificò un'evoluzione nel trattamento e nella concettualizzazione della malattia mentale, che non era più considerata espressione di una possessione demoniaca, ma conseguenza di fattori ambientali o ereditari (Castro, M., 2005). Nel 1860 il francese Benedict-Augustin Morel presentò la teoria della degenerazione secondo la quale le malattie mentali erano la conseguenza di una degenerazione ereditaria i cui effetti erano la follia, la demenza, l'idiozia e la criminalità (Maieron, M.A., 2020). Nonostante tutti questi cambiamenti nella rappresentazione della malattia psichica, i manicomi, sebbene fossero nati dal nobile desiderio di liberare il folle dalle catene e di reintegrarlo nella società, divennero centri di esclusione sociale, percepiti come luoghi destinati a mettere a tacere coloro che presentavano un modo di pensare, sentire e comportarsi diverso dagli altri e che rappresentavano quindi una minaccia per la società (Sacristán, 2009). Più recentemente Kraepeling (1856-1926) ha sviluppato un modello positivista della malattia mentale che classifica i diversi disturbi in base ai sintomi, identificando così la psicosi maniaco-depressiva e la demenza precoce (Rigol Cuadra & Apalategui, 2007). Nel 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) sostituì il concetto di "demenza precoce" di Kraepeling per quello di "schizofrenia", riunendo con questo termine i disturbi mentali conseguenti a un processo di scissione delle funzioni psichiche e parlando per la prima volta della possibilità di un miglioramento della prognosi che contempla la remissione o addirittura la guarigione da alcune malattie (Bleuler, 2017). Con l'avvento del Novecento le cure infermieristiche hanno cominciato a progredire e a professionalizzarsi grazie al lavoro pioneristico dell'infermiera britannica Florence Nightingale (Pons Prata. J. & Galvany Estragues. P., 2016) e, durante la seconda metà del XX secolo, sono emersi nuovi modelli infermieristici. Tra questi, appare degno di menzione il contributo di Hildegard Peplau, considerata la madre delle cure infermieristiche psichiatriche, valorizzando le relazioni interpersonali, concentrandosi sul significato psicologico della malattia ed, evidenziando, allo stesso tempo l'influenza della personalità dell'infermiera sul paziente (Pons Prata. J. & Galvany Estragues. P., 2016). Nel 1968, in Italia, avvenne una svolta epocale grazie alla riforma 431 della legge sulle "*Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*". Con questa legge si tentò per la prima volta di limitare la funzione di controllo e di custodia, ampliando invece la funzione terapeutica (Raucci & Spaccapeli, 2013). La riforma in questione prevedeva la possibilità di ricovero volontario della persona malata per accertamenti e cura, l'abolizione dell'obbligo di annotazione nel Casellario giudiziale del ricovero definitivo, il superamento del modello dell'istituzione psichiatrica tradizionale e il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, sancendo così un cambiamento nell'approccio assistenziale. Vennero inoltre istituiti all'interno degli ospedali generali servizi psichiatrici, diagnostici e di cura che riconoscevano al malato di mente pari dignità rispetto ai pazienti afflitti da altri tipi di malattie. La legge prevedeva inoltre la riqualificazione del personale infermieristico stabilendo così il cambiamento di approccio culturale e professionale del personale di cura (Raucci & Spaccapeli, 2013). Infine, nel 1978, la Legge 180, nota anche come Legge Basaglia, dispose la chiusura definitiva dei manicomi, sostituendo il vecchio modello di cura con quello territoriale (Raucci & Spaccapeli, 2013).

2.3 Lo stigma e l'approccio psicosociale

Prima di addentrarmi nella tematica principale di questa tesi mi sembra importante presentare almeno a grandi linee alcuni concetti in modo da poter comprendere meglio da dove provengono alcuni pregiudizi e atteggiamenti. Lo stigma è un fenomeno socioculturale che si sviluppa in vari campi e deriva dalla parola latina "*stigma*", usata nell'antica Grecia e Roma per indicare i marchi fatti con il ferro incandescente o i tatuaggi che gli schiavi e i criminali portavano per essere identificati e di conseguenza evitati, soprattutto nei luoghi pubblici. Il termine però non ha sempre avuto un'accezione negativa: nei secoli successivi, nel cristianesimo, è stato usato per designare i segni della grazia divina che si manifestavano come eruzioni cutanee sulla pelle di alcuni santi (Muñoz, M. et al., 2009). Nel tempo, il significato attribuito al termine è mutato e attualmente viene definito come "*un'attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione: un individuo, un gruppo colpito da stigma psico-fisici, razziali, etnici, religiosi."* (*stigma*[1] *in Vocabolario - Treccani*, s.d.). Lo stigma si riferisce quindi a un attributo screditante e denigrante che etichetta una persona come inferiore al resto della società e portatrice di un attributo, tratto o comportamento "culturalmente inaccettabile", che comporta senso di colpa, umiliazione e vergogna per la persona a cui appartiene (Salaberry, O., 2012). Lo stigma indica un difetto, una carenza o un handicap, sia in senso fisico che sociale. È inoltre un costrutto eterogeneo che include atteggiamenti, sentimenti e credenze negative oltre a comportamenti influenzati dal contesto sociale e culturale (Miric, M., 2003). Il termine è stato usato nel corso dei secoli per designare negativamente alcune caratteristiche personali, come il colore della pelle, l'orientamento sessuale, la religione e molte malattie, specialmente l'HIV e le malattie mentali (Hayward, P. & Bright, J., 1997). Goffman sostiene che ogni persona possiede degli attributi che le appartengono e che lo rendono diverso dagli altri. Secondo questo autore ogni società categorizza gli individui in funzione delle loro caratteristiche e assegna loro una sorta di "identità sociale virtuale"[1] che contiene attribuzioni puramente speculative poiché non confrontabili con la realtà dei fatti (Goffman, E., 1963). Quando una di queste caratteristiche rende un individuo "meno desiderabile", si è di fronte a un attributo stigmatizzante, che produce un ampio discredito o svantaggio (Goffman, E., 1963). Allo stesso modo, Goffman differenzia tre tipi di stigma: quelli che si riferiscono alle deformità fisiche, quelli riferiti al carattere e, infine, quelli riferiti all'identità di gruppo, che riguardano, per esempio la razza, la nazione di appartenenza e la religione (Goffman, E., 1963). I disturbi mentali rientrerebbero quindi nel secondo gruppo, insieme alla tossicodipendenza, l'alcolismo, l'omosessualità, la disoccupazione e il suicidio (Goffman, E., 1963). Secondo lo stesso autore, di fronte a un estraneo traiamo dal suo aspetto gli elementi che ci permettono da subito di valutare a quale categoria appartenga (Goffman, E., 1963). A questo proposito, è stato dimostrato che gli stereotipi verso il paziente psichiatrico tendono a essere associati alla pericolosità, alla responsabilità per la malattia, all'incapacità causata dalla stessa e alla scarsa intelligenza (Link et al., 2001). Lo stigma si manifesta attraverso tre aspetti del comportamento sociale: stereotipi, pregiudizio e discriminazione. Inizialmente viene attribuita un'etichetta al gruppo da stigmatizzare, dando così il via a un processo difficilmente reversibile (Ottati et al., 2005). Questo genera affermazioni erronee, che la maggioranza della società assume per vere, rispetto un certo gruppo sociale e che condizionano in larga

[1] Goffman ritiene che alla base dei processi stigmatizzanti vi sia una discrepanza fra "l'identità sociale virtuale", puramente basata su criteri speculativi, e "l'identità sociale reale", costituita dagli attributi reali della persona.

misura la percezione e la valutazione delle caratteristiche e dei comportamenti delle persone appartenenti al gruppo stigmatizzato (Ottati et al., 2005). Quando queste credenze stereotipate sono assunte per vere, normalmente a esse si associano emozioni negative che scatenano il pregiudizio sociale. Quest'ultimo si manifesta sotto forma di atteggiamenti, solitamente misurati in termini di distanza sociale e comportamenti di rifiuto, che pongono i membri del gruppo stigmatizzato in una posizione di svantaggio, dando luogo così alla discriminazione (Caputo & Rouner, 2011). La società ritiene che una persona presenti una malattia mentale in funzione di quattro variabili che generano le conseguenti reazioni emotive negative. Suddette variabili sono:

1) L'identificazione di sintomi psichiatrici, come, per esempio, "comportamenti strani"[2];
2) Il deficit di abilità sociali, come l'assenza di contatto visivo.
3) Le aspettative sociali sull'aspetto fisico in come, per esempio, l'igiene personale e l'abbigliamento.
4) Le etichette associate a persone che presentano una patologia psichiatrica, ad esempio quella relativa alla pericolosità (Penn, D.L. & Martin, J., 1998).

Secondo Corrigan la maggior parte delle persone sono spaventate dai sintomi manifesti della malattia, ad esempio, i disturbi affettivi, il comportamento bizzarro, i disturbi del linguaggio e il parlare da soli ad alta voce (Corrigan & Kleinlein, 2005). Gli stereotipi, i pregiudizi e la discriminazione associate a questi disturbi possono privare coloro che ne soffrono delle opportunità essenziali per il raggiungimento dei loro obiettivi, specialmente quelli che hanno a che fare con la loro indipendenza economica e personale (Corrigan & Kleinlein, 2005). Corrigan definisce gli stereotipi come concetti interiorizzati nel corso della vita che solitamente sono fondati su idee negative. Secondo l'autore però le persone, essendo consapevoli di questi stereotipi, non sono tenute a farli propri. Se tuttavia li accettano, gli stereotipi diventano pregiudizi e in questo modo si producono emozioni negative che portano alla messa in atto di comportamenti discriminatori (Corrigan & Watson, 2002).
La formazione di uno stigma si sviluppa attraverso cinque fasi:

1) L'etichettatura, prodotta sulla base delle differenze rispetto a ciò che si ritiene essere "normale";
2) Gli stereotipi, sviluppati ignorando tutte le caratteristiche tranne quella distintiva o indesiderabile;
3) La creazione di una distinzione tra "noi" e "loro", cioè tra ciò che è considerato socialmente accettabile e le persone che presentano una deviazione rispetto a questo costrutto;
4) La perdita della condizione di soggetto della persona stigmatizzata che viene visto solamente come, per esempio, un "malato" o un "tossicodipendente".

Tale processo rende la persona stigmatizzata oggetto di discriminazione ed esclusione sociale (Link & Phelan, 2006). Il processo cognitivo ed emotivo appena descritto ha importanti ripercussioni sulla salute generale della persona, in quanto è stato associato a sintomi depressivi, bassa autostima e bassa autoefficacia, che contribuiscono nel ritardare la ricerca di aiuto e di trattamento (Corrigan & Watson, 2002).

[2] dobbiamo tener conto che la sintomatologia non viene letta attraverso i manuali di psicopatologia ma viene interpretata in base a ciò che si aspetta una società solitamente poco informata sui problemi di salute mentale.

Table 1

Comparing and contrasting the definitions of public stigma and self-stigma

Public stigma	
Stereotype	Negative belief about a group (e.g., dangerousness, incompetence, character weakness)
Prejudice	Agreement with belief and/or negative emotional reaction (e.g., anger, fear)
Discrimination	Behavior response to prejudice (e.g., avoidance, withhold employment and housing opportunities, withhold help)
Self-stigma	
Stereotype	Negative belief about the self (e.g., character weakness, incompetence)
Prejudice	Agreement with belief, negative emotional reaction (e.g., low self-esteem, low self-efficacy)
Discrimination	Behavior response to prejudice (e.g., fails to pursue work and housing opportunities)

FIGURA 2 SELF STIGMA

(Corrigan & Watson, 2002)

A questo proposito di seguito viene trattata la teoria dell'etichettamento del sociologo T. J. Scheff. Questa teoria ha avuto origine nel 1966 nel libro "*Being Mentally Ill"*. Scheff postula attraverso la sua teoria che tutte le persone nel corso della propria vita interiorizzano immagini stereotipate attraverso l'interazione sociale (Scheff, 1966). Sin dall'infanzia, le persone imparano ad usare termini come "pazzo" o "matto" per riferirsi a persone con disturbi mentali. Spesso le caratteristiche particolari di questi individui vengono associate a comportamenti disturbati (Scheff, 1966). Secondo questa teoria i media avrebbero un ruolo importante nella propagazione di pregiudizi contro queste persone in quanto vengono spesso associati a comportamenti criminali e violenti a volte anche ingiustificati (Scheff, 1966). Scheff ritiene che la malattia mentale sia un'etichetta conferita ai soggetti che, presentando un comportamento che si discosta dalle aspettative sociali "normali" viene considerato una "devianza". Quando una persona viene etichettata come "malato mentale" solitamente riceve una risposta negativa da parte della società (Scheff, 1966). L'autore ha postulato anche che essere etichettato come "malato di mente" fa diventare alla persona malata di mente (Scheff, 1966). Una volta interiorizzata questa idea il soggetto va in contro a una modificazione negativa del proprio concetto di sé (Scheff, 1966). Inoltre, l'individuo si rende conto del mutamento delle aspettative sociali nei suoi confronti in quanto malato (Scheff, 1966). Sempre secondo questo autore, l'ospedalizzazione rafforza ulteriormente questo ruolo sociale e lo costringe a interiorizzarlo. L'istituzionalizzazione di una persona per un disturbo mentale comporta automatica e pubblica etichettatura di "pazzo" e quindi il malato in questione si ritrova costretto a diventare membro di un gruppo sociale deviante (Scheff, 1966). Diventa allora difficile per una persona "deviante" tornare al suo precedente livello di funzionamento, poiché lo status di "paziente" provoca valutazioni screditanti da

parte di sé e degli altri (Scheff, 1966). Lo stigma che la società proietta su questa categoria di utenti è spesso interiorizzato e assimilato da questi ultimi e genera un processo che viene chiamato da Corrigan "*self-stigma*" (Corrigan & Watson, 2002), ovvero un processo disadattivo tale per cui la persona accetta i pregiudizi sociali e li integra nel proprio concetto di sé (Livingston & Boyd, 2010). Corrigan descrive questo fenomeno come l'interiorizzazione di stereotipi negativi, atteggiamenti e percezioni relative a un gruppo socialmente svalutato (Corrigan, 2004) e, secondo l'autore, è così che alcuni stereotipi negativi associati alla malattia mentale, come la pericolosità o l'incompetenza, vengono incorporati nella propria identità (Boyd Ritsher et al., 2003). Questo processo d'interiorizzazione degli stereotipi negativi porta a un aggravamento dei sintomi e favorisce una scarsa aderenza terapeutica, poiché questi concetti vengono assunti dalla persona come veri, portando così all'accettazione di situazioni di emarginazione e discriminazione perdendo il controllo su sé stessi, oltre al senso di fiducia rispetto alla possibilità di guarire (Yang et al., 2013). Tale situazione può quindi portare la persona malata a rinunciare alla possibilità di lavorare e di vivere in modo indipendente, oltre che condurre al fallimento del percorso terapeutico e alla svalutazione del proprio concetto di sé (Muñoz, M. et al., 2009). Risulta perciò evidente come essa costituisca una delle cause per cui molti malati mentali non vengono mai diagnosticati né trattati (Muñoz, M. et al., 2009).

2.4 Istituzione totale

Goffman definisce le istituzioni totali come il luogo di residenza dove le persone che sono state allontanate dalla società per un determinato periodo di tempo si trovano a dover condividere spazi, tempo e attività della loro vita in un regime chiuso e amministrativo (Goffman, 1961). Nel 1955 Goffman decide di studiare le sperienze soggettive dei pazienti ricoverati nel *St. Elizabeth's* di Washington, istituzione mentale con settemila posti letto, con l'obiettivo di comprendere meglio come si sviluppa la vita sociale degli internati. Attraverso l'osservazione Goffman ha postulato cinque tipi di istituzioni totali che vengono di seguito elencate:

- Istituzioni nate per tutelare persone ritenute non pericolose o incapaci come, per esempio, case di riposo, istituti per ciechi e orfanatrofi.
- Istituiti destinati a tutelare coloro che, oltre a essere considerati incapaci di badare a sé stessi, rappresentano un pericolo per la comunità, per esempio ospedali per malati infettivi, manicomi e lebbrosari.
- Centri nati per proteggere la comunità da persone che minacciano deliberatamente la società, ad esempio, carceri e campi di lavoro.
- Istituzioni di carattere lavorativo quali caserme e navi
- Organizzazioni destinate alla preparazione di religiosi ad esempio conventi e monasteri

Secondo Goffman, tutti gli aspetti della vita degli internati si svolgono a contatto con un grande numero di persone, nello stesso luogo e sotto la stessa autorità (Goffman, 1961). Tutti gli internati ricevono da parte dell'istituzione lo stesso trattamento, per cui la vita quotidiana di queste persone si svolge in un ambiente pianificato, con una organizzazione imposta dall'alto e una serie di regole esplicite che vengono imposte e controllate da un gruppo di funzionari (Goffman, 1961). L'istituzione totale elimina la distinzione tra tempo libero, lavoro, e riposo imponendo la propria cultura e cambiando il comportamento e

personalità degli internati (Goffman, 1961). La relazione fra gli impiegati dell'istituzione e quella degli internati è una relazione asimmetrica, in quanto i primi si sentono superiori rispetto agli altri e assumono una posizione di potere mentre che, gli internati, i quali hanno un ridotto contatto con il mondo esterno, si sentono deboli e inferiori (Goffman, 1961). Secondo Goffman, l'istituzione inoltre conferisce alla persona internata l'etichetta associata all'istituzione nella cui si trova e per questo motivo si può affermare che il monastero trasforma l'individuo in un monaco, la prigione in un prigioniero e il manicomio in una persona malata di mente (Goffman, 1961). All'ingresso, in questi centri i pazienti portano un proprio concetto di sé e una cultura fondatasi negli anni sugli ordinamenti socioculturali e familiari di appartenenza (Goffman, 1961). Non appena entrato viene subito spogliato dal sostegno che questi ordinamenti gli offrivano (Goffman, 1961). I processi burocratici necessari all'ingresso quali la raccolta di dati anamnestici e la misurazione di peso e altezza, hanno lo scopo di codificare e unificare il grande numero di persone internate in maniera ordinata per garantire il buon funzionamento dell'istituzione (Goffman, 1961). Goffman nel suo saggio descrive una perdita sistemica dell'identità di sé e chiama questo processo "mortificazione". Di seguito vengono elencati i principali meccanisti di "mortificazione" secondo (Goodman, 2013):

- Privazione del ruolo: La persona perde il proprio ruolo nella società diventando e assumendo il ruolo di paziente, di cliente e di malato.
- Programmazione e degradazione della propria identità: spesso la persona viene considerata un numero negli archivi amministrativi dall'istituzione.
- Spossessamento degli oggetti personali: la persona viene sprovvista dai suoi oggetti personali che lo identificano. (Per esempio, il dover indossare la camicia fornita dall'ospedale)
- Imposizioni di posture degradanti che spesso si giustificano con la necessità di interventi medici o infermieristici.
- Esposizione contaminante: Questo accade quando l'istituzione garantisce una ridotta o nulla riservatezza di quelle che sono le attività private della persona. Per esempio, quando si è costretti a condividere la camera con altre persone. Un altro fattore contaminante è quello degli atteggiamenti paternalistici da parte del personale curante il quale, perdendo il linguaggio professionale si rivolge al paziente in modo "affettuoso" con termini quali "caro", "tesoro" ecc.
- L'interruzione della relazione abituale tra l'individuo e i suoi comportamenti: questo accade quando le regole dell'istituzione non permettono all'individuo di svolgere le sue attività di vita quotidiana come faceva in passato. Per esempio, preparare una tazza di tè a casa avviene in modo naturale e discreto mentre in una istituzione totale è sotto le regole organizzative del luogo.
- Restrizioni dell'autodeterminazione e dell'autonomia: Diventa difficile o impossibile sviluppare e perseguire interessi, fare scelte o relazionarsi con altri mentre si è all'interno di una istituzione totale. Questa situazione è collegata ai processi burocratici e organizzativi più che alle difficoltà fisiche o mentali del paziente.

Le istituzioni totali e le loro modalità costrittive possono arrivare a schiacciare la personalità del paziente ricoverato standardizzandolo e questo fa sì che possano essere trattati in loro presenza come se non ci fossero (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). Questa categoria spersonalizzante viene definita come la "carriera morale" del ricoverato che consiste in un lungo percorso di aggressione e di modificazione della propria identità che si origina ancora prima di essere ricoverato grazie all'intervento di una serie di figure sociali che circondano

all'individuo ritenuto "deviante", il quale comincia ad interiorizzare progressivamente il ruolo che li è stato conferito (Goffman, 1961). I pazienti, pur non avendo violato nessuna legge, si trovano all'interno di una istituzione paragonabili alle peculiarità organizzative e quotidiane di una prigione (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). Questo modello autoritario rappresenta il binomio cura-custodia che va a vanificare ogni possibilità di alleanza terapeutica (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). Successivamente a un lungo periodo di applicazione di questo modello si comincia a intravedere una apertura verso una cura olistica al problema del bisogno assistenziale per la quale la routine ospedaliera ha iniziato a convertirsi ad una logica relazionale che mira all'umanizzazione delle cure (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). La gestione della patologia richiede da parte del sistema sanitario una maggiore flessibilità che tenga conto delle particolarità di ogni paziente (G. Giarelli & E. Venneri, 2009).

2.5 Lo stigma fra il personale infermieristico

Una ricerca mirata ad approfondire gli atteggiamenti stigmatizzanti degli infermieri nei confronti di queste categorie di utenti e su come questi influenzano il processo di cura ha determinato che esistono pensieri negativi (stereotipi) da parte degli infermieri verso i pazienti di salute mentale (Ross & Goldner, 2009). Secondo questa ricerca, alla base dei comportamenti discriminatori ci sarebbe una inadeguata conoscenza della malattia e gli autori affermano che è essenziale formare e sensibilizzare gli infermieri per lottare contro lo stigma (Ross & Goldner, 2009). Secondo questo studio sarebbe necessaria una maggiore educazione sulla malattia mentale e sull'assistenza del paziente psichiatrico sia per gli infermieri neo diplomate che per gli infermieri con più esperienza; sarebbero inoltre utili dei corsi di aggiornamento regolari (Ross & Goldner, 2009). Sempre stando a questo studio gli infermieri dovrebbero coinvolgere i pazienti nel proprio trattamento e promuovere l'*empowerment* (Ross & Goldner, 2009). Un gran numero di infermieri sembra condividere con la popolazione generale alcune credenze stereotipate sui disturbi mentali che sono state basate su travisamenti storici e favoriti dai media (Ross & Goldner, 2009). Il paziente psichiatrico è spesso visto come pericoloso, imprevedibile, violento e bizzarro, e queste concettualizzazioni danno comprensibilmente origine ad atteggiamenti di paura (Ross & Goldner, 2009). Da questa ricerca è emerso che gli infermieri credono che durante la relazione con queste persone si potrebbe dire o fare qualcosa di sbagliato che potrebbe far innescare una reazione violenta da parte loro (Ross & Goldner, 2009). Molti infermieri hanno dichiarato di non avere le competenze necessarie per gestire in sicurezza e in modo efficace i sintomi comportamentali dei pazienti mettendo a risalto la mancanza di risorse (Ross & Goldner, 2009). I ricercatori affermano che l'ostilità è la colpevolizzazione sono i comportamenti che si verificano più frequentemente durante le cure: difatti, molti infermieri di cure generali sono spesso convinti che la malattia mentale sia causata da fattori personali come la debolezza morale, il carattere, la mancanza di volontà, la pigrizia, la mancanza di disciplina o di autocontrollo e spesso i sintomi manifesti della malattia vengono attribuiti a comportamenti maleducati (Ross & Goldner, 2009). La ricerca suggerisce che la colpevolizzazione della malattia sembra essere particolarmente evidente negli atteggiamenti degli infermieri di medicina generale soprattutto nei confronti dei pazienti che compiono atti di autolesionismo (Ross & Goldner, 2009). Sempre secondo questa ricerca diversi studi hanno evidenziato che gli infermieri generici provano una certa ostilità di fronte a queste persone, poiché percepiscono le cure prestate come uno spreco delle risorse sanitarie destinate a preservare la vita di coloro che invece desiderano morire (Ross & Goldner,

2009). Lo studio evince come, fra gli infermieri di cure generali, vi è una frammentazione concettuale che separa l'assistenza in "cure fisiche" e "psichiatriche" con una chiara svalutazione della componente mentale e la convinzione che questo aspetto delle cure "non sia il loro compito" (Ross & Goldner, 2009). Gli interventi coercitivi, cioè gli interventi che reprimono i diritti degli utenti e che possono manifestarsi con ricoveri coatti o nell'uso di trattamenti senza che il paziente sia adeguatamente informato, possono essere catalogati come comportamenti paternalistici (Szmukler & Appelbaum, 2008). Gli atteggiamenti coercitivi sono basati sui seguenti stereotipi: 1) Incompetenza: alcuni professionisti ritengono che i pazienti psichiatrici, data la natura della loro diagnosi, non abbiano le capacità necessarie per prendere decisioni sul proprio trattamento; secondo questa concezione il paziente non sarebbe in grado di scegliere ciò che è meglio per lui, con la conseguente perdita dell'autodeterminazione 2) Pericolosità: le persone vengono ritenute potenzialmente pericolose e quindi si pensa che si debba intervenire coercitivamente per proteggere il paziente e chi lo circonda. 3) Svalutazione: alcuni professionisti danno per scontato l'impossibilità da parte del paziente di prendere decisioni realistiche in merito alla propria salute; questa convinzione a loro parere giustificherebbe gli atteggiamenti coercitivi (Seo et al., 2013). Alcuni ricercatori hanno dimostrato che sono molti gli operatori sanitari che hanno opinioni pessimistiche per quanto riguarda la probabilità di miglioramento dei pazienti e che questa situazione viene vissuta da questi ultimi come una forma di stigma e una barriera tra l'utente e il miglioramento (Knaak et al., 2017). La ricerca suggerisce che il pessimismo degli operatori sanitari verso la prognosi e il trattamento di questa utenza è associato al senso d'impotenza e frustrazione percepiti durante il processo terapeutico che li porta a pensare che "quello che fanno non conta" (Knaak & Patten, 2016). Il personale infermieristico specializzato può mettere in atto comportamenti inadeguati associati alla perdita del proprio ruolo, alla paura verso lo sconosciuto e ai pregiudizi associati alla salute mentale (Sibel et al., 2021). Secondo questo articolo, pare che gli infermieri che lavorano nel campo della salute mentale vengono stigmatizzati dai colleghi che lavorano in cure somatiche, cosi come dalla popolazione generale e dai media (Sibel et al., 2021). Spesso gli infermieri, cosi come i psichiatri, abbandonano la propria specialità, in quanto si sentono poco rispettati dagli altri specialisti e ritengono di non essere sufficientemente considerati dalla società in generale (Sibel et al., 2021).

2.6 Le barriere collegate allo stigma e l'*Empowerment*

Non si rilevano differenze significative tra i professionisti e la popolazione generale in termini di credenze, atteggiamenti e comportamenti negativi verso coloro che soffrono di un disturbo mentale (Nordt et al., 2006). Lo stigma correlato alla salute e la convivenza con una malattia specifica o condizione particolare di salute, altera diversi aspetti della vita quotidiana del paziente. In particolare, lo stigma nei centri di salute è evidente poiché colpisce negativamente le persone che cercano cure sanitarie in un momento di vulnerabilità (Nyblade et al., 2019) e diventa, in questo caso, una barriera che rende difficile l'accesso all'assistenza sanitaria (Nyblade et al., 2019). Si è dimostrato che questa barriera crea una disuguaglianza nelle cure poiché, come ampiamente documentato in letteratura, la persona che presenta sintomi manifesti di una malattia psichiatrica, ha difficoltà ad accedere precocemente alle cure necessarie poiché il suo comportamento è soggetto a giudizi negativi da parte degli altri, riducendo la possibilità di un trattamento precoce e aumentando il rischio di peggioramento dei sintomi (Knaak et al., 2017). Oltre a quanto detto prima, queste persone sono oggetto di altre barriere che impediscono una adeguata performance nelle

attività di vita quotidiana e limita la loro partecipazione alla vita sociale da parte della persona; sono barriere derivate dalla discriminazione e dai pregiudizi (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). Nel primo caso si parla di una discriminazione immateriale in cui il paziente è vittima dell'assenza, per esempio, di pari opportunità nella ricerca lavorativa, l'impossibilità di comunicazione e di espressione, mentre nel secondo, le barriere derivano dai comportamenti legati ai pregiudizi che vanno dall'emarginazione all'indifferenza o all'eccesso paternalistico di attenzione (G. Giarelli & E. Venneri, 2009). Da uno studio mirato ad indagare i vissuti personali dei pazienti affetti da disturbi mentali in 22 diversi contesti di cura è emerso che, quando si parla di malattia mentale, i pazienti, spesso riferiscono di sentirsi svalutati, respinti e disumanizzati da molti degli operatori sanitari con cui vengono a contatto durante il trattamento (Hamilton et al., 2016). Alcuni pazienti affermano di sentirsi esclusi dalle decisioni, di ricevere minacce sottili o manifeste di trattamento coercitivo, di essere costretti ad aspettare eccessivamente quando si cerca aiuto, di non ricevere informazioni sufficienti sulla propria condizione o sulle opzioni di trattamento, di sentirsi trattati in modo paternalistico o umiliante, sentirsi dire che non guariranno mai e di essere trattati con un linguaggio stigmatizzante (Hamilton et al., 2016). Le persone con malattia mentale che sono esposte allo stigma possono paradossalmente assumere tre atteggiamenti: interiorizzare lo stigma, non riportare alcuna sofferenza, o esprimere indignazione per l'ingiustizia (Corrigan & Rao, 2012). La prima possibilità comporta l'evitamento da parte della persona malata di situazioni sociali in cui può verificarsi la stigmatizzazione, mentre il terzo fornisce lo spunto per interventi mirati a ridurre il *self stigma* e a promuovere *l'empowerment* della persona (Corrigan & Rao, 2012). Sembrerebbe che questa risposta dipenda dall'analisi della situazione da parte della persona colpita (Corrigan & Watson, 2002) in funzione di variabili personali, ma anche del contesto sociale e soprattutto del livello di sostegno sociale e istituzionale e dei gruppi di riferimento (Corrigan et al., 1999). Alcuni autori ritengono che lo stigma interiorizzato o *self-stigma* diminuisce l'empowerment della persona, l'autostima, l'efficacia e la speranza deteriorando la qualità di vita nonché contribuisce al senso di impotenza nel raggiungere i propri obiettivi (Corrigan & Rao, 2012). Sempre secondo questi autori, questa situazione porterebbe ad una riduzione della probabilità di mantenere il proprio posto di lavoro, di sviluppare relazioni sociali funzionali e di creare una rete di sostegno sociale che permetta all'individuo di raggiungere i propri obiettivi di vita (Corrigan & Rao, 2012). Secondo l'OMS le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie non sono state adeguatamente coinvolti nei processi decisionali relativi ai trattamenti e continuano ad essere a rischio di esclusione sociale e discriminazione in tutti gli aspetti della vita (OMS, 2010). L'empowerment si riferisce alla libertà di scelta e controllo che gli utenti dei servizi di salute mentale possono esercitare sulla propria vita ed è, secondo L'OMS la chiave nella riduzione delle barriere di cui questi pazienti sono bersaglio (OMS, 2010).

2.7 Disturbo, disagio o malattia mentale

Nel seguente capitolo vengono esposti alcuni concetti per permettere al lettore di capire la differenza fra quello che viene considerato disturbo, disagio e malattia. Ritengo che sia molto complicato dare una definizione comune di malattia mentale in quanto non vi è nemmeno una definizione univoca di salute. Credo inoltre che sia molto difficile catalogare una serie di vissuti soggettivi in un concetto determinato in quanto ognuno di noi ha una propria e

personale rappresentazione di ciò che viviamo e dell'emozione che ne derivano da quel vissuto. A questo proposito ho scelto di cominciare il capitolo citando quelli che secondo l'(OMS, 2019) sono i determinanti della salute mentale per poi passare alla definizione dei concetti di disturbo, disagio e malattia mentale e infine una breve presentazione di quelli che sono i disturbi maggiormente presenti nella popolazione.

I determinanti della salute secondo l'(OMS, 2019) includono non solo gli attributi individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, emozioni, comportamenti e interazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali. Altri fattori biologici come lo stress, la genetica, la nutrizione, le infezioni perinatali e l'esposizione ai pericoli ambientali possono favorire l'insorgenza di una malattia mentale (OMS, 2001). A seconda del contesto sociale alcuni individui sono molti più a rischio, ad esempio le persone o membri delle famiglie che vivono in povertà, le persone affette da malattie croniche, neonati e bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni anziane, le vittime di discriminazioni e violazione dei propri diritti umani, omosessuali, bisessuali, transgender, i prigionieri e le persone che vivono in situazioni di conflitto, che hanno vissuto catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie (OMS, 2013). Ciascuno di noi può passare dallo stato di benessere a quello di disagio: la probabilità che avvenga tale passaggio è determinata dal nostro bagaglio genetico, dalle circostanze della vita e dallo stress (Ministero della Salute, 2020). Tutte le persone, avvertono, nel corso della propria vita sentimenti di ansia, rabbia, preoccupazione paura e irritazione, i quali sono considerati stati d'animo che si ritengono normali finché si è in grado di gestirli per poi ritornare ad un equilibrio e il conseguente benessere (Ministero della Salute, 2020). Una quota di disagio è una parte integrante dell'esistenza (Ministero della Salute, 2020). Quando la persona che prova un disagio non è in grado di ristabilire il proprio equilibrio è il momento in cui la situazione rischia di diventare un problema di salute mentale (Ministero della Salute, 2020). Il disagio è quindi una condizione di sofferenza legata alle difficoltà di varia natura che possono riscontrarsi nella vita affettiva e di relazione e si caratterizza da: tensione, frustrazione, aggressività o tristezza, senza che vi sia però un sintomo specifico di malattia (Ministero della Salute, 2020). Dall'altro canto, il disturbo mentale è quella condizione che viene vissuta dall'individuo nel momento in cui non riesce a risolvere la sofferenza causata dal disagio iniziale, ovvero quando alla sofferenza prolungata e intensa si accompagnano sintomi quali alterazioni del pensiero e/o dei comportamenti (Ministero della Salute, 2020). Se tale condizione non viene trattata tempestivamente e in modo efficace, il disturbo potrebbe cronicizzarsi, cosi come le alterazioni mentali e del comportamento che perdurando nel tempo potrebbero diventare una condizione di malattia a lungo termine (Ministero della Salute, 2020). Quando questi disturbi non ricevono il necessario trattamento, la persona è a rischio di emarginazione e disabilità che possono interferire nella vita sociale e lavorativa (Ministero della Salute, 2020). Oggigiorno esistono trattamenti efficaci per palliare i sintomi di questi disturbi ma purtroppo allo stesso tempo i pazienti non cercano tempestivamente aiuto a causa di esperienze negative, alla mancanza di informazione e di comprensione nei confronti della malattia mentale, all'incertezza su come e dove cercare aiuto e alla vergogna e la paura di essere etichettati come "matti" (Ministero della Salute, 2020). I disturbi mentali sono generalmente caratterizzati da una combinazione di pensieri, percezioni, emozioni, comportamenti e relazioni anomali con gli altri (OMS, 2019). La necessità di catalogare e ordinare secondo un criterio scientifico le malattie è fondamentale in medicina, ma non è univocamente riconosciuto considerando la complessità che caratterizza il comportamento

umano (Biondi et al., 2015). I disturbi più frequenti sono: depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e altre psicosi, disturbi di personalità e disturbi dello sviluppo, tra cui l'autismo (OMS, 2019).

2.7.1 Depressione

Si stima che 264 milioni di persone al mondo siano colpite da questo disturbo, diventando una delle cause di disabilità più frequenti (OMS, 2019). La depressione è un disturbo dell'umore caratterizzato da tristezza, perdita di interesse e piacere, sentimenti di colpa, bassa autostima, problemi del sonno e dell'appetito, astenia e difficoltà nella concentrazione (OMS, 2019). A causa della sintomatologia depressiva, spesso i pazienti tendono a trascurare la cura di sé e hanno difficoltà a dormire e mangiare nonché sovente soffrono di ritiro sociale, il quale può ledere la relazione con la loro rete sociale (OMS, 2019). La depressione può essere causata da fattori genetici, biologici, psicologici, ambientali e sociali e ha diversi livelli di gravità (OMS, 2019). Si parla di depressione esogena quando questa compare dopo un avvenimento oppure endogena quando insorge in assenza di una situazione causale predisponente (Quartesan, 2009). Gli eventi stressanti della vita, positivi o negativi, possono nei soggetti più vulnerabili contribuire all'esordio di una sintomatologia depressiva (Biondi et al., 2015). Questa vulnerabilità individuale è una caratteristica multifattoriale legata a diversi elementi quali i fattori genetici, cognitivi, affettivi, relazionali, di personalità e la presenza di eventi traumatici precoci (Biondi et al., 2015). La depressione è un fattore di rischio nell'insorgenza di altre patologie attraverso stili di vita dannosi quali sedentarietà e consumo di alcol o fumo (Biondi et al., 2015). La depressione in concomitanza con altre patologie fisiche peggiora ulteriormente la qualità della vita dei pazienti ed è associata ad un aumento delle spesse a livello sanitario e sociale (Biondi et al., 2015). La gestione della depressione da parte dei professionisti dovrebbe comprendere tutti gli aspetti psicosociali, quali l'identificazione dei fattori di stress e problemi finanziari, riconoscere le difficoltà sul posto di lavoro, gli abusi fisici o mentali (OMS, 2019). È fondamentale riconoscere le risorse del paziente per il mantenimento e riattivazione della qualità di vita (OMS, 2019). Lo stigma associato alla depressione costituisce un ostacolo alla vita sociale, professionale e lavorativa delle persone affette nonché una barriera nella ricerca di un piano di trattamento adeguato (Lasalvia et al., 2013).

2.7.2 Disturbo bipolare

Questo tipo di disturbo colpisce circa 45 milioni di persone al mondo (OMS, 2019). Generalmente è caratterizzato da episodi maniacali e depressivi separati da una fase dove l'umore permane nella norma (OMS, 2019). Nel disturbo bipolare di tipo I, il paziente presenta episodi maniacali, mentre in quello del tipo II vi sono sintomi ipomaniacali. I principali sintomi della fase maniacale possono essere: aumentata autostima, diminuzione della necessità di sonno, maggiore loquacità, fughe delle idee, distraibilità, aumento dell'attività o agitazione psicomotoria, eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che possono portare a conseguenze dannose (Quartesan, 2009). La fase maniacale comporta un quadro clinico che si presenta con un cambiamento del modo di agire della persona quando è asintomatica (Quartesan, 2009). Oltre alla terapia farmacologica, la quale prevede la somministrazione di stabilizzatori dell'umore, è raccomandata la psicoterapia comportamentale, cognitiva e psicoanalitica (Quartesan, 2009). Alcuni autori sostengono che lo stigma verso questa tipologia di pazienti è inferiore a quello collegato alla schizofrenia ma superiore a quello dei disturbi d'ansia (Pal et al., 2021). Come per altri disturbi mentali,

lo stigma induce alla bassa autostima e a una ridotta partecipazione alla vita sociale con un conseguente calo della qualità della vita (Pal et al., 2021).

2.7.3 Schizofrenia

La schizofrenia è un disturbo mentale caratterizzato dall'alterazione della percezione della realtà, della capacità di giudizio, oltre a una compromissione del funzionamento personale, lavorativo e sociale della persona interessata (OMS, 2019). Questa alterazione si manifesta con sintomi positivi come deliri persistenti, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzato, mentre i sintomi negativi includono: l'apatia, appiattamento affettivo, deficit dell'eloquio e della produttività, idee povere, mancanza di attenzione e una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo (OMS, 2016). Le persone con schizofrenia possono sentire delle voci che spesso lo insultano e lo criticano, queste voci possono parlare direttamente al paziente oppure discutere fra di loro (Picchioni & Murray, 2007). I pazienti spesso cercano di dare una spiegazione a queste dispercezioni, portandolo a strane credenze e deliri (Picchioni & Murray, 2007). La sintomatologia della schizofrenia può limitare il paziente nella vita lavorativa e di studio (OMS, 2019). La schizofrenia è considerato uno dei disturbi più gravi, in quanto comporta non solo una disabilità psicosociale per il paziente, ma anche un grande disagio per i *caregiver* (SNLG, 2009). Questa malattia è oggetto di molteplici pregiudizi da parte della società e porta con se il peso dello stigma con le inevitabili conseguenze sociali, nonché elevati costi per il sistema sanitario (SNLG, 2009). I pazienti affetti da schizofrenia sono oggetto di discriminazione che si traduce in una ridotta possibilità di accesso alle cure e alla vita sociale; inoltre proprio per la loro malattia diventano vulnerabili alle violazioni dei diritti umani (OMS, 2019). Un altro dato a considerare che il 50% dei pazienti schizofrenici tenta il suicidio e il 10-15% riesce nel proprio intento (Quartesan, 2009). Il trattamento farmacologico e il supporto psicoterapeutico si è dimostrato utile per palliare la sintomatologia e di conseguenza permettere al paziente di condurre una vita produttiva e integrata nella società (OMS, 2019). Nonostante ciò il paziente schizofrenico al giorno d'oggi ha ancora molte difficoltà a mantenere un posto di lavoro e abitativo con la conseguente perdita dell'autonomia (OMS, 2019).

2.7.4 Disturbi della personalità

La personalità viene definita come un complesso di caratteristiche comportamentali ed emotive organizzate in modo da rendere un determinato individuo unico e diverso da tutti gli altri (Quartesan, 2009). I disturbi della personalità sono rappresentati da un' esperienza interiore e di comportamento deviata rispetto alle norme culturali dell'individuo (Quartesan, 2009). Questa modalità disadattata e inflessibile di percepire, relazionarsi e pensare esordisce nell'adolescenza e nella prima età adulta (Quartesan, 2009). L'eziologia dei disturbi della personalità è sconosciuta, ma alcuni autori sostengono l'importanza dei fattori ambientali e genetici (Quartesan, 2009). La prevalenza di questi disturbi varia a seconda che si consideri la popolazione generale, gli ambienti di ricovero psichiatrico o le carceri (Quartesan, 2009). Quando si parla di disturbi di personalità si fa riferimento a caratteristiche diverse che vengono di seguito elencate (Quartesan, 2009):

- **Gruppo A**: disturbo schizoide, shizotipico e paranoide, i pazienti che appartengono a questo gruppo hanno comportamenti che spesso vengono percepiti dagli altri come eccentrici e strani.

Disturbo schizoide: la persona preferisce vivere appartata e solitaria, ha poco interesse per le relazioni sociali e appare emotivamente freddo.

Disturbo schizotipico: si caratterizza di disagio acuto nelle relazioni strette, eccentricità nel contenuto del pensiero e dell'eloquio.
Disturbo paranoide: la persona ha sfiducia e sospettosità verso gli altri che vengono percepiti dal paziente come ostili. Si presentano come persone rancorose e che hanno difficoltà nelle relazioni personali.

- **Gruppo B**: Disturbo antisociale, *borderline*, narcisistico e istrionico; le persone con questi disturbi vengono percepite come amplificative, emotive e imprevedibili.

Disturbo antisociale: la persona affetta da questo disturbo si presenta privo di rispetto nei confronti degli altri così come delle autorità e delle leggi. A seguito della violazione delle norme non ha nessun rimorso e spesso giustifica queste azioni attraverso la menzogna.
Disturbo istrionico: è caratterizzato da eccessiva emotività e la necessita di essere il centro dell'attenzione, spesso le emozioni appaiono superficiali e il loro comportamento è seduttivo.
Disturbo narcisistico: si manifesta con una autostima ipertrofica, il paziente spesso ha comportamenti vanitosi, non riesce a sopportare le critiche e ricerca l'attenzione degli altri senza provare empatia nei loro confronti. Il paziente spesso si presenta arrogante e freddo: Queste persone non riescono ad accettare i cambiamenti fisici legati all'invecchiamento naturale con conseguenti episodi depressivi nel corso degli anni.

- **Gruppo C**: Disturbo evitante, dipendente, ossessivo- compulsivo; queste persone appaiono spesso ansiosi o pavidi.

Disturbo evitante: i pazienti provano inadeguatezza e ipersensibilità verso i giudizi negativi.
Disturbo dipendente: si comportano in modo sottomesso pur di evitare di rimanere da soli. Questi pazienti hanno una eccessiva necessità di essere sempre guidati e accuditi.
Disturbo ossessivo compulsivo: questo disturbo è caratterizzato dalla necessità di controllo, ordine e perfezionismo.
Disturbo Borderline: è caratterizzato da una instabilità delle relazioni interpersonali, dalla presenza di sentimenti cronici di rabbia e vuoto e da una marcata impulsività. Spesso i pazienti con un disturbo borderline compiono sforzi disperati per evitare di essere abbandonati di maniera reale o immaginaria. Taluni pazienti possono arrivare a gesti autolesivi e possono incorrere anche al tentato suicidio.

2.7.5 Disturbi dello sviluppo e autismo

Sono disturbi comportamentali e cognitivi che sorgono durante l'infanzia ma tendono a persistere nella età adulta e sono associati a difficoltà significative nell'acquisizione e nell'esecuzione di specifiche funzioni intellettuali, motorie, linguistiche o sociali (OMS, 2016). La disabilità intellettiva è caratterizzata dalla compromissione del funzionamento cognitivo e il comportamento adattativo con conseguenze limitanti sulla vita quotidiana (OMS, 2019). Il disturbo dello spettro autistico è caratterizzato da un deficit nella comunicazione e nell'interazione sociale; la persona ha interessi ripetitivi e inflessibili che sono atipici o non adatti al età dell'individuo e il contesto socioculturale (OMS, 2019). L'autismo, a seconda della gravità, può in maggior o minor modo, compromettere il funzionamento personale, famigliare, sociale, educativo e lavorativo (OMS, 2019). La famiglia ha un ruolo fondamentale nella cura di questi pazienti; saper riconoscere le loro emozioni verso la malattia, cosi come capire quali siano gli elementi che permettono di migliorare l'apprendimento del paziente, è indispensabile per garantire una cura di qualità (OMS, 2019).

3. Ruolo infermieristico SUPSI

Alla fine della formazione del *Bachelor* in cure infermieristiche SUPSI l'infermiere dovrà aver acquisito le competenze necessarie per affrontare il mondo sanitario, un mondo complesso e mutevole che richiede da parte degli infermieri non solo le capacità tecniche ma anche le capacità relazionali e comunicative. Nella seguente sezione ho scelto di trattare i ruoli che secondo me sono maggiormente collegati alla tematica del lavoro di tesi in quanto prevedono da parte degli infermieri queste competenze relazionali fondate sui principi etici, deontologici e professionali senza le quali non sarebbe possibile raggiungere un livello di professionalità che permetta ,innanzitutto, l'aggancio terapeutico e di conseguenza l'istaurarsi di una delazione di fiducia non solo con i pazienti ma anche con l'*entourage*. Come trattato nei precedenti capitoli, le situazioni complesse che si vengono a creare durante la relazione con questa categoria di utenti possono generare ansia e preoccupazione nei curanti. Ansia e preoccupazione che, secondo me, può essere ridotta se vengono tempestivamente acquisite le competenze necessarie per una maggiore consapevolezza della malattia mentale favorendo la capacità tecnica degli infermieri nella valutazione iniziale delle funzioni psichiche e comportamentali dei pazienti e gli strumenti relazionali che favoriscono il superamento delle barriere nella comunicazione. Per lo sviluppo dei ruoli infermieristici SUP, verrà utilizzato il documento delle competenze finali professionali sanitarie SUP 2011. In questo documento vengono dettagliate le competenze generali delle professioni sanitarie SUP e le competenze specifiche per i professionisti in Cure infermieristiche. Il documento e suddiviso per ruolo, in totale sette: ruolo di esperto in cure infermieristiche, ruolo di comunicatore, ruolo di membro di un gruppo di lavoro, ruolo di manager, ruolo di promotore della salute, ruolo di apprendente e insegnante e, infine, ruolo legato all'appartenenza professionale (SUPSI, 2011). Nella stesura dell'elaborato ho scelto di trattare i seguenti ruoli: ruolo di esperto in cure infermieristiche, ruolo di comunicatore e ruolo di promotore della salute.

3.1 Ruolo di esperto in cure infermieristiche

L'infermiere è responsabile del proprio agire professionale, delle relative decisioni tenendo conto dei reali bisogni dei pazienti e dei *caregiver*. L'infermiere è responsabile, inoltre, di garantire cure di qualità, preventive, terapeutiche e palliative a tutti gli individui e gruppi in qualsiasi fase della vita. Il ruolo di esperto in cure infermieristiche è riconducibile alla problematica esposta in quanto come professionisti siamo tenuti a offrire cure di qualità basate su evidenze scientifiche e su principi etici a tutti pazienti. Come trattato nei precedenti capitoli, il paziente psichiatrico appartiene ad una categoria vulnerabile di persone, in quanto, sovente, la sua condizione è oggetto di pregiudizi e comportamenti stigmatizzanti dalla società e dal personale curante. Essere consapevoli dei propri limiti, ed essere attenti ai propri pregiudizi è di fondamentale importanza nelle cure in quanto ci permette di capire quando le nostre azioni possano ledere in modo consapevole o inconsapevole, l'altro. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nel trattamento di queste persone in modo professionale ma soprattutto etico e umano. L'infermiere si assume la responsabilità, all'interno dei gruppi di lavoro professionali e multidisciplinari a garantire cure di elevata qualità, efficaci, efficienti e continuative (SUPSI, 2011). Alla luce di quanto detto prima, è fondamentale che l'infermiere sia attento agli atteggiamenti stigmatizzanti da parte dei colleghi onde evitare la perpetuazione dei pregiudizi nei confronti di questi pazienti.

3.2 Ruolo di comunicatore

La comunicazione con le persone affette da disturbi mentali è un punto fondamentale per il reinserimento sociale. Il dialogo con questi pazienti è estremamente complesso, il che rende necessario adattare la comunicazione per favorire la relazione di cura e l'aderenza terapeutica. Il ruolo di comunicatore permette lo sviluppo di rapporti di fiducia nel proprio contesto, trasmettendo informazioni in maniera mirata (SUPSI, 2011). L'infermiere si assume la responsabilità di adattare la comunicazione in ogni situazione, sviluppando la comprensione della situazione di cura e se necessario gestiscono i conflitti (SUPSI, 2011). Egli sono consapevoli dei pregiudizi da parte della società generale e dei curanti nei confronti di questi pazienti e come questo rappresenta una barriera nella comunicazione. Talvolta accade che, questi pazienti non parlano dei propri sintomi proprio per evitare i pregiudizi da parte degli altri, questo diventa senz'altro un problema per quanto riguarda le cure e il benessere del paziente. l'infermiere, nel suo ruolo, dovrebbe essere attento a questa problematica per prevenirla. Spesso i curanti sottovalutano le capacità decisionali e di comprensione della malattia da parte dei pazienti riducendo le possibilità di istaurarsi un rapporto di fiducia. Essere competente nella comunicazione è fondamentale giacché influenza il percorso terapeutico. Riuscire a comunicare con il paziente in modo autentico, consapevole, e umano è alla base di una comunicazione indirizzata a stabilire un rapporto terapeutico di fiducia che mira a garantire l'erogazione di cure di alta qualità di maniera personalizzata adatta alle risorse e i reali bisogni del paziente.

3.4. Ruolo di promotore della salute (*Health Advocate*)

Nel ruolo di promotore della salute, gli infermieri si basano in modo responsabile sulla proprie conoscenze di esperti e sfruttano la loro influenza nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti e della società (SUPSI, 2011). Difatti, in questo ruolo l'infermiere si impegna per le problematiche legate alla salute e alla qualità di vita e per gli interessi dei pazienti e delle loro persone di riferimento (SUPSI, 2011). Secondo (OMS, 2003) la promozione della salute avrebbe come obiettivo principale l'integrazione nel lavoro quotidiano di tutti gli aspetti legati alla malattia mentale includendo la promozione della salute, la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione. Medici, infermieri e altri membri dei team di assistenza sanitaria, dovrebbero essere più attenti alle cure primarie di questi pazienti e migliorare le proprie competenze in salute mentale (OMS, 2003). Come promotori della salute l'infermiere dovrebbe impegnarsi a favorire il processo che permette ai pazienti di aumentare il controllo della propria salute e di migliorarla. Il problema dello stigma è un fattore di rischio nella promozione della salute in quanto gli infermieri tendono ad avere atteggiamenti pessimistici nei confronti della prognosi della malattia mentale. Avere un'attitudine più positiva nei confronti di queste malattie avrebbe un effetto positivo nella riduzione dello stigma. *La Health Advocacy* sono quelle azioni e intenti che mirano a salvaguardare i diritti dei pazienti, in particolar modo promuove e preserva: l'autonomia e autodeterminazione, gli interessi e difende il principio di giustizia sociale (OMS, 2003). L'infermiere nel suo ruolo di *health advocate* dovrebbe salvaguardare il benessere del paziente tenendolo al corrente dei propri diritti e di tutte le possibilità di trattamento, inoltre, dovrebbe mirare all'*empowerment* del paziente per renderlo attivamente partecipe nella costruzione del proprio percorso terapeutico (OMS, 2003).

3.5 Considerazioni etiche

Ci sono molte questioni relative ai diritti umani nel campo della salute mentale come, per esempio, il rapporto del OMS nel quale s'incoraggia ai professionisti della salute ad adempiere le proprie responsabilità etiche nei confronti dei pazienti psichiatrici (OMS, 2001). Noi curanti siamo chiamati nella nostra professione a rispettare i diritti dell'uomo; questi comportano i diritti culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e al rispetto senza lasciarsi influenzare dei fattori che riguardano l'età, il colore, il credo religioso, la cultura, lo stato d'invalidità o di malattia il genere o l'orientamento sessuale, la nazionalità, l'ideologia politica, la razza o lo stato sociale (Consiglio Internazionale Infermieri, 2012). La salute mentale dovrebbe essere intesa come *«uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità»* (OMS, 2013). La salute mentale è determinata da una molteplicità di fattori, non è solo centrata sulla capacità di gestire pensieri, comportamenti ed emozioni, ma ha anche una componente culturale, economica, sociale e ambientale (OMS, 2013). Gli infermieri dovrebbero poter trovare un equilibrio etico ed emotivo che lasci intravedere una saggezza fatta di sapere, riguardo, cautela, attenzioni e fantasia (L. Bicego et al., 2008).

3.6. La relazione nella cura

In questo capitolo vengono presentati alcuni concetti che riguardano la relazione nella cura che ritengo un'ottima guida per l'erogazione di cure di qualità indipendentemente dalla tipologia di pazienti. La cura può essere intessa come una pratica, un agire che implica precise disposizioni mirate ad una precisa finalità (Mortari, 2006). La cura non può essere pero definita solo come una pratica mirata a portare beneficio all'altro poiché metterebbe i pazienti in una condizione di dipendenza (Mortari, 2006). Secondo (Mortari, 2006) esiste un tipo di cura educativa finalizzata a mettere l'altro in condizioni di provvedere da se ai suoi bisogni. Questo tipo di cura è orientata a incoraggiare le capacità di avere cura di se stessi per riuscire a prendersi cura poi degli altri (Mortari, 2006). Secondo l'autrice, si potrebbe individuare l'essenza della cura nell'essere una pratica relazionale dove chi ha cura dedica le proprie energie e tempo per soddisfare i bisogni materiali e immateriali dell'altro creando le condizioni che favoriscono l'altro di diventare il suo proprio poter essere sviluppando la capacità di avere cura di sé (Mortari, 2006). Esiste, sempre secondo questa autrice una differenza fra "prendersi cura" e "aver cura" (Mortari, 2006). Questi due concetti sono pero costitutivamente originari di essa e per questo motivo quando si pensa alla cura bisogna pensare a entrambe le possibilità (Mortari, 2006). Una buona pratica di cura sarebbe quella che è attenta all'altro e che lo conserva nella propria essenza, mentre una pratica di cura non autentica è quella in cui ci si relaziona con gli altri in una relazione di cura impostata sul controllo e la manipolazione (Mortari, 2006).

"*Quando vediamo la realtà dell'altro come una possibilità per noi, dobbiamo agire per eliminare l'intollerabile, per ridurre il dolore, per soddisfare una necessità, per attualizzare un sogno. Quando io stabilisco con l'altro questo tipo di relazione, quando la realtà del altro diventa una reale possibilità per me, io ho cura*" (Noddings, 1984).

Poiché tutte le persone nel corso della vita esperimentano un momento di necessità nel ricevere cura, quest'ultima, può essere definita come una necessità universale della condizione umana e un lavoro necessario a cui va riconosciuto il giusto valore (Mortari, 2006). Per portare questa pratica a pieno, viene richiesto ai curanti, un impegno delle proprie

energie fisiche, cognitive, emotive e relazionali (Mortari, 2006). Questa pratica richiede inoltre una comunicazione che favorisca un linguaggio, pensiero ed emozioni mirati all'empatia e alla comprensione dei reali bisogni dell'altro (Mortari, 2006). L'essenza della cura sarebbe una pratica relazionale in cui, i curanti, forniscono le proprie energie e tempo per soddisfare i bisogni reali dell'altro, favorendo una condizione che consenta a quest'ultimo di divenire il suo proprio poter essere e di sviluppare le proprie capacità di aver cura di se stesso (Mortari, 2006).

4. Ruolo infermieristico in psichiatria

In questa sezione vengono spiegate le caratteristiche principali del ruolo infermieristico in psichiatria, per far ciò ho utilizzato il modello proposto da M. A. Tacchini, la quale ha postulato una serie di funzioni che potrebbero servire come strumento per il raggiungimento di una adeguata assistenza infermieristica del paziente di salute mentale. Nella seconda parte di questo capitolo vengono elencate le principali considerazioni da mettere in atto nella valutazione di quelle che sono le funzioni psichiche e comportamentali del paziente psichiatrico. Ritengo che questi due elementi, cioè, le funzioni postulate da M. A. Tacchini e la competenza tecnica nella valutazione iniziale siano fondamentali per migliorare le capacità professionali e umane degli infermieri e di conseguenza la qualità dalla vita dei pazienti.

"Le pratiche e gli atteggiamenti necessarie per vivere e affrontare la vita e la salute, il disagio e le difficoltà, il disturbo e la malattia nella loro globalità, riguardano approcci multipli, sguardi diversi, sensibilità e metodologie complesse che non si rappresentano nei termini netti e tecnici delle categorizzazioni mediche volte a diagnostica e terapia" (L. Bicego et al., 2008).

Prendersi cura di una persona significa farsi carico del suo vissuto, della sua unicità, mettendola al centro e rendendola protagonista della sua vita e delle sue scelte, anche nei momenti in cui la malattia non lascia intravedere il futuro (L. Bicego et al., 2008). L'infermiere dovrebbe prendersi carico di quella determinata persona accettando il suo livello comunicativo, adattando il nostro linguaggio qualora fosse necessario (L. Bicego et al., 2008). Inoltre, dovrebbe essere capace di accettare il suo stile di vita facendo a meno di criticarla e sminuirla poiché nessuno avrebbe il diritto di giudicare il percorso esistenziale dell'altro (L. Bicego et al., 2008). Per un'adeguata assistenza gli infermieri dovrebbero riuscire a contrastare i propri limiti come individui e professionisti di fronte alla disperazione dei pazienti per non far sentire le persone abbandonate e a loro destino (L. Bicego et al., 2008). I curanti devono garantire la tutela dell'immagine del paziente inteso come rispetto della dignità altrui, in quanto, spesso accade che sono proprio gli operatori sanitari i principali promotori dello stigma (L. Bicego et al., 2008). Per una assistenza di qualità e una buona individuazione dei bisogni è fondamentale operare, soprattutto in psichiatria, attuando il modello integrato, che considera la persona nella globalità delle sue componenti biologiche, psicologiche e sociali (Tacchini, 1998). È fondamentale quindi, avere le competenze necessarie per reperire e comprendere i bisogni dei pazienti in modo da poter programmare un trattamento assistenziale di qualità in collaborazione con altre figure professionali e con la famiglia (Tacchini, 1998). A questo proposito, gli infermieri devono acquisire, sviluppare e svolgere le seguenti funzioni: osservazione; funzione di oggetto meno qualificato; funzione di intermediario; funzione di veicolo del trattamento; funzione di oggetto inanimato; funzione

di io ausiliario; funzione di accoglienza; funzione psicoeducativa nei confronti dei familiari; funzione psicoterapeutica e riabilitativa; funzione didattica e di ricerca; funzione di contenimento emotivo (Tacchini, 1998). Di seguito vengono presentate le caratteristiche principali per ogni funzione secondo (Tacchini, 1998):

- Funzione di osservazione: L'osservazione iniziale del paziente da parte degli infermieri costituisce una funzione molto importante poiché permette di raccogliere elementi significatici riguardanti la sua storia, la cura di se', l'atteggiamento, l'affettività, e le funzioni cognitive, elementi che serviranno all'integrazione di tutti i dati precedentemente raccolti da altri professionisti (Tacchini, 1998). Questo processo d'integrazione dei dati consente agli infermieri di valutare quelli che sono i bisogni reali del paziente e non si limita alle conoscenze teoriche dell'osservatore (Tacchini, 1998).
- Funzione di "oggetto meno qualificato": Può accadere che, sia per ragioni di controllo sia per livelli alterati dell'autostima i pazienti psichiatrici non accettino la figura dell'infermiere "qualificato" mentre, l'infermiere "meno qualificato" pur essendo formato riesce a instaurare una relazione di fiducia grazie al senso di controllo e sicurezza che il paziente prova nei suo confronti favorendo la relazione e gli interventi infermieristici (Tacchini, 1998).
- Funzione di intermediario: I pazienti necessitano di una figura o più figure esterne a lui e alla sua famiglia che si assumano il ruolo di mediatori fra la sua realtà e quella esterna (Tacchini, 1998). Difatti, questo ruolo può essere esercitato tra paziente-famiglia e paziente- altri operatori (Tacchini, 1998).
- Funzione di veicolo del trattamento: Talvolta accade che il paziente sia contrario all'assunzione del trattamento farmacologico, la funzione di "veicolo del trattamento" può essere esercitata rassicurando il paziente sulla corretta assunzione dei farmaci per la prevenzione dell'insorgenza di sintomi fastidiosi che possono portare a un peggioramento delle condizioni di salute (Tacchini, 1998).
- Funzione di "oggetto inanimato": Questa funzione può essere esercitata dagli infermieri attraverso l'ascolto senza giudizio e mira a evitare l'insorgenza di reazioni quali aggressività, panico e ansia (Tacchini, 1998). In questa relazione sta agli infermieri di capire i messaggi che ci arrivano da parte del paziente in modo da comprendere quali siano i reali bisogni in quel determinato momento poiché questi possono fluttuare nel trascorso del tempo (Tacchini, 1998).
- Funzione di "io ausiliario": Questa funzione viene svolta nel momento in cui il paziente necessita di aiuto nelle funzioni più elementari della vita, per esempio, in casi di regressioni di gravi malattie come la depressione, la schizofrenia di tipo catatonico o le manifestazioni psicotiche gravi dove vi è una compromissione della sopravvivenza della persona (Tacchini, 1998). Nel caso dei pazienti che si trovano indifesi dovuto a un grave scompenso, l'infermiere è chiamato a sostituirsi a lui attraverso il *maternage* per garantire l'accudimento e la ripresa del contatto con il proprio corpo e con l'esterno (Tacchini, 1998). In questa funzione inoltre viene contemplata la possibilità del contenimento farmacologico, meccanico e psicologico in quanto viene visto come una modalità di protezione (Tacchini, 1998).

- Funzione di accoglienza: Questa funzione è alla base del rapporto di fiducia, attraverso la disponibilità e l'apertura verso un ascolto attivo, l'infermiere riuscirà a rispondere in modo adeguato ai dubbi e necessità della persona, la quale trovandosi in un momento di vulnerabilità può provare emozioni quali paura e angoscia nonché sentirsi nel luogo sbagliato (Tacchini, 1998).
- Funzione psicoeducativa: Si rivolge soprattutto ai famigliari che si sentono spesso poco coinvolte nel progetto terapeutico del proprio caro, gli infermieri devono essere attenti ad accompagnare e supportare i famigliari per favorire un coinvolgimento nelle cure (Tacchini, 1998).
- Funzione "psicoterapeutica" e "riabilitativa": Questa funzione permette agli infermieri di accogliere la solitudine e l'assenza d'interesse per il futuro ricordandogli i vissuti positivi precedenti alla malattia, spesso questa rielaborazione del passato permette ai pazienti di ritrovare la speranza (Tacchini, 1998).
- Funzione didattica: L'infermiere contribuisce allo sviluppo dell'assistenza infermieristica attraverso la partecipazione e promozione di progetti di ricerca nell'area della salute mentale e ha un ruolo attivo nella trasmissione delle proprie conoscenze agli studenti e ai colleghi più giovani o meno esperti (Tacchini, 1998).

4.1 Valutazione delle funzioni psichiche e comportamentali

Molti segni e sintomi in ambito psichiatrico sono basati sul "comportamento normale" e possono essere considerati all'interno di uno spettro che va dal normale al patologico (Sadock, B. & Sadock, V., 2003). Attraverso l'osservazione si possono distinguere le diverse caratteristiche particolari come indicato da (Sadock, B. & Sadock, V., 2003) che vengono di seguito elencate:

- Segni: vengono considerati sintomi l'insieme delle osservazioni oggettive come, per esempio, l'affettività e il rallentamento emotivo.
- Sintomi: sono le esperienze soggettive descritte dal paziente come l'umore depresso o la mancanza di energie
- Sindrome: è il gruppo di segni e sintomi che costituiscono una condizione riconoscibile

L'osservazione delle funzioni mentali è un processo obiettivo e non deduttivo, cioè, quello che si vede e non quello che si pensa stia accadendo, questa osservazione corrisponde a una modalità formale e sistematica degli aspetti del pensiero, dei sentimenti e del comportamento (Sadock, B. & Sadock, V., 2003):

- ❖ Aspetto, in questo momento si valuta quei dati oggettivi che riguardano i vestiti e l'igiene personale, altri segni obiettivi come il tremore prestando particolare attenzione a quelli che possono essere comportamenti eccentrici o anomali
- ❖ Linguaggio: Si valuta la produzione e non il contenuto, per esempio la velocità, articolazione e volume.
- ❖ Espressione emotiva: nella valutazione soggettiva il professionista valuta la descrizione del paziente del suo stato emozionale mentre in quella oggettiva il professionista valuta

l'emozione comunicata attraverso le manifestazioni corporee, per esempio l'espressione facciale o la postura

- Pensiero e percezione: il pensiero può essere valutato nei diversi componenti:
  - Forma del pensiero: il modo in cui le idee sono collegate, si valuta la logica e lo scopo delle idee in assenza di esso si può pensare a un disturbo formale del pensiero
  - Contenuto del pensiero: le anomalie possono comprendere deliri e idee di riferimento in cui i vissuti naturali della vita quotidiana hanno un significato personale e unico
  - Ossessioni: pensieri intrusivi non voluti e non controllabili dal paziente
  - Preoccupazioni: pensieri ricorrenti e predominanti
  - Inserzione del pensiero: pensieri che sono impiantati da forze esterne
  - Rimozione del pensiero: pensieri che sono stati rimossi da altri
- Percezione: le anomale si possono suddividere in:
  - Allucinazioni: rappresentati da percezioni sensoriali generate nel sistema nervoso centrale che non sono indotte da stimoli esterni, possono essere delle varie modalità sensoriali.
  - Illusioni: la percezione sensoriale generata da uno stimolo esterno viene interpretata ed elaborata in modo errato
- Sensorio: qui vengono valutate diverse funzioni cognitive, il sensorio aiuta a descrivere l'integrità progressiva del sistema nervoso centrale poiché possono essere osservate diverse funzioni corrispondenti a diverse regioni mentali. Le anomalie del sensorio si possono osservare soprattutto nella demenza e nel delirium, e solevano il sospetto che i sintomi siano dovuti a una causa medica o all'effetto di sostanze. le caratteristiche da valutare nel sensorio sono:
  - Vigilanza: viene valutato il grado di veglia
  - Orientamento: nel luogo e nel tempo.
  - Concentrazione: si valuta la capacità del paziente di mantenere la attenzione
  - Memoria: viene valutata la memoria remota, recente e immediata
  - Calcoli: grado del paziente di eseguire calcoli aritmetici a mente
  - Patrimonio di conoscenze: si valuta la capacità del paziente di integrare i nuovi eventi
  - Ragionamento astratto: capacità di tra destreggiarsi tra i concetti generali e specifici
  - *Insight*: consapevolezza della propria malattia e dei sintomi collegati ad essa
  - Giudizio: si valuta la capacità della pressa di decisioni correnti attraverso un comportamento socialmente accettabile e il grado di aderenza al trattamento.

Bisogna considerare la possibilità che lo stesso paziente può presentare più di un disturbo allo stesso tempo (Fassino et al., 2007). Le difficoltà nella diagnosi, per espempio, del disturbo di personalità sono state ampiamente studiate in letteratura e mettono in evidenza

il problema della valutazione complessiva della personalità del paziente per la diagnosi e terapia di un disturbo specifico come la depressione o la schizofrenia (Fassino et al., 2007).

5. Il Suicidio come conseguenza dello stigma e la sua prevenzione

Nei precedenti capitoli sono state trattate le conseguenze negative dello stigma sulla persona che ne è oggetto. In questo capitolo mi concentrerò sul tema del suicidio collegato allo stigma e sulle misure da adottare a livello infermieristico. Il suicidio è senza ombra di dubbio, il gesto più estremo che una persona possa mettere in atto per sfuggire alla solitudine e sofferenza derivanti dalla malattia e dal comportamento abusivo o indifferente di chi la circonda. Gli infermieri non possono essere indifferenti alle conseguenze legate alle proprie azioni, consapevoli o inconsapevoli che siano, poiché questo atteggiamento è totalmente incompatibile con il codice etico e morale che si presuppone nella nostra professione. Lo scopo di questo capitolo è informare e sensibilizzare il lettore sull'argomento del suicidio legato allo stigma in quanto è un problema che riguarda da vicino il personale curante e la popolazione in generale. I pazienti con una diagnosi di malattia mentale sono esposti a una maggiore tassa di disabilità e mortalità rispetto alla popolazione media (OMS, 2013). Le persone affette da depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto alla popolazione generale di morire prematuramente a causa di problemi fisici legati alla scarsa ricerca di trattamento e all'elevato rischio di suicidio (OMS, 2013). I fattori di rischio sono molteplici e includono il consumo eccessivo di alcol, l'abuso infantile, la stigmatizzazione della ricerca di aiuto per la cura della propria malattia, e le barriere di accesso alle cure (OMS, 2020). I disturbi mentali sono probabilmente il problema di salute pubblica che presenta il legame più forte tra stigma e suicidio (Carpiniello & Pinna, 2017). Lo stigma percepito è un fattore negativo collegato al aumento del rischio di suicidio il quale spesso viene considerato dai pazienti come una via di fuga dal proprio malessere (Carpiniello & Pinna, 2017). L'isolamento sociale correlato allo stigma insieme ad altre conseguenze devirante dallo stesso come la disoccupazione e le esperienze soggettive come la disperazione, aumentano il rischio suicidario (Eagles et al., 2003). Il fatto di percepire la propria salute mentale stigmatizzata dagli altri aumenta il senso di solitudine nei pazienti, in quanto sentono di non avere nessuno a cui rivolgersi (Keller et al., 2019). L'interiorizzazione dello stigma diminuisce l'autostima e favorisce la disperazione (Keller et al., 2019). Uno studio ha indagato sui pregiudizi più frequenti verso i pazienti che hanno tentato il suicidio; dallo stesso è emerso che spesso venivano considerati come persone alla ricerca di attenzione, egoisti, incompetenti, emotivamente deboli e immorali (Carpiniello & Pinna, 2017). Secondo alcuni autori, gli atteggiamenti legati allo stigma vengono spesso percepiti dai pazienti come una minaccia che si traduce in un fattore di stress con una conseguente risposta fisiologica, psicologica e comportamentale (Campo-Arias & Herazo, 2015). Alcuni autori hanno cercato di spiegare la relazione fra stigma percepito e suicidio: attraverso una ricerca hanno riscontrato che vi è un meccanismo diretto che fa sì che lo stigma venga percepito come una perdita di status con conseguente isolamento sociale, deterioramento della rete di sostegno e riduzione delle opportunità lavorative e relazionali (Campo-Arias & Herazo, 2015). Gli stessi autori sostengono che questo meccanismo diventa una barriera nella ricerca di una forma di trattamento precoce (Campo-Arias & Herazo, 2015). Sempre stando a questo articolo, i pazienti sintomatici e le loro famiglie sovente tendono a nascondere la sofferenza causata dalla malattia e di conseguenza ritardano la ricerca di trattamento professionale aumentando la gravità delle manifestazioni

cliniche e il rischio di suicidio (Campo-Arias & Herazo, 2015). Non di rado, secondo gli autori, al momento della diagnosi formale della malattia, vi è un rifiuto da parte del paziente sia nei confronti della diagnosi che del trattamento (Campo-Arias & Herazo, 2015). La mancanza di aderenza terapeutica alle cure proposte è alla base delle ricadute, delle recidive, dell'ospedalizzazione e, nel peggiore dei casi, del suicidio (Campo-Arias & Herazo, 2015). I pazienti che hanno tentato il suicidio interiorizzano un nuovo atteggiamento stigmatizzante nei propri confronti in quanto esso viene spesso giudicato negativamente dalla società (Campo-Arias & Herazo, 2015). Di fatti, i pazienti che hanno ideazioni suicidali o che hanno tentato il suicidio riferiscono un senso di vergogna (Gholamrezaei et al., 2019). Questo nuovo stigma interiorizzato ha conseguenze negative sull'aderenza terapeutica ed è una barriera nella ricerca di aiuto professionale e aumenta ulteriormente il rischio suicidario (Campo-Arias & Herazo, 2015). Il suicidio non solo rappresenta un grande problema per la famiglia e la società, ma esercita anche una grande pressione sugli infermieri in quanto sono loro a gestire le cure iniziali di questi pazienti (Gholamrezaei et al., 2019). È stato dimostrato che la qualità dell'assistenza infermieristica dipende da vari fattori quali la conoscenza dell'argomento, la capacità nella valutazione del rischio, l'esperienza professionale e gli atteggiamenti e convinzioni personali verso questa categoria di persone (Gholamrezaei et al., 2019). Lo stigma è una barriera nella cura di coloro che sono a rischio suicidario correlato a una malattia mentale, e dato che gli infermieri hanno un ruolo importante nella cura di queste persone è indispensabile che essi vengano educati sul argomento in modo adeguato e aggiornato per favorire la riduzione degli atteggiamenti stigmatizzanti e di conseguenza ridurre il rischio di suicidio (Gholamrezaei et al., 2019). Secondo questo studio, la maggior parte degli infermieri ha solo una formazione di base in salute mentale e molti di loro manifestano atteggiamenti stigmatizzanti verso questa tipologia di persone con il conseguente peggioramento delle cure erogate (Gholamrezaei et al., 2019).

5.1 Ruolo infermieristico nella prevenzione del suicidio

Un altro aspetto molto importante che riguarda agli infermieri è la prevenzione del suicidio. Come trattato precedentemente le persone affette da malattie mentali sono maggiormente a rischio suicidali in quanto oggetto, non solo dalla sintomatologia della propria malattia, ma dello stigma nei loro confronti (Ufficio federale della sanità pubblica, 2016). In Svizzera è stato creato un piano di azione nazionale nel 2016 con l'obiettivo di ridurre in maniera duratura il numero di suicidi e di tentati suicidi (Ufficio federale della sanità pubblica, 2016). Tale piano si prefigge a ridurre di circa 25% il numero di suicidi per 100000 abitanti entro il 2030, ovvero salvare la vita a 300 persone ogni anno (Ufficio federale della sanità pubblica, 2016). La prevenzione del suicidio è una responsabilità collettiva della società ed è quindi fondamentale l'impegno congiunto di Confederazione, Cantoni, Comuni, fornitori di prestazioni medico-sanitarie, società specializzate, associazioni professionali, organizzazioni mantello e ONG (Ufficio federale della sanità pubblica, 2016). L'infermiere dovrebbe essere capace di riconoscere i fattori negativi che aumentano il rischio suicidario per attuare precocemente dei provvedimenti mirati alla protezione del paziente. Nel seguente elenco vengono descritti i fattori di rischio da valutare nella presa in carico secondo (Andrews, G. ed al, 2004):

- Sesso maschile poiché nonostante le donne sono quelle che tentano più spesso il suicidio sono maggiormente i maschi a riuscire nel proprio tentativo

- Sintomi psichici: depressione, senso di impotenza, frustrazione, alcuni disturbi come la schizofrenia e il disturbo bipolare
- Sintomi fisici: malattie croniche o sintomi acuti di una grave malattia possono fare accrescere il rischio.
- Solitudine: il rischio suicidario accresce nelle persone che vivono da sole o che non hanno figli.
- Sorprendenti miglioramenti del quadro clinico: possono essere collegati alla decisione di suicidarsi.
- Stress: la perdita di lavoro, le difficoltà finanziarie o un lutto possono aumentare il rischio.

Come operatori della salute siamo chiamati a gestire in modo efficace il tentativo di suicidio e saper riconoscere il rischio di suicidio per poter intervenire tempestivamente (Andrews, G. ed al, 2004). Tenendo conto di tutte quelle che sono le possibili conseguenze dello stigma sull'aumentato rischio suicidario gli infermieri dovrebbero avere la sensibilità di cogliere i "campanelli di allarme" che possano presentarsi durante la relazione di cura. Di seguito vengono elencati alcune delle caratteristiche che si dovrebbero valutare in modo particolarmente approfondito nella persona che presenta un rischio suicidario secondo (Andrews, G. ed al, 2004):

- Indagare sui problemi in corso: indagare eventuali cambiamenti che possono aver variato l'intenzionalità del paziente verso il suicido come per esempio la relazione con il partner e altri membri della famiglia, il consumo di alcol, maltrattamenti, abusi, problemi economici, problemi legati all'abitazione, problemi legati all'isolamento sociale, ecc.
- Elaborare insieme al paziente un elenco di quelli che sono i problemi in corso.
- Valutare la presenza di sintomi depressivi in particolare la mancanza di speranza. Il professionista può cercare di ridestare la speranza rassicurando il paziente sul percorso terapeutico intrapreso.
- Esplorare la presenza di disturbi psichiatrici
- Indagare sulle credenze filosofiche e religiose della persona per poter avere una comprensione di quelli che sono i suoi valori.
- Cercare di convincere la persona a rimandare l'intenzione suicidario. Si può per esempio creare una sorta di contratto in cui il paziente promette di non tentare il suicidio entro una determinata data previamente accordata.

6. Educazione alla salute mentale

In questa sezione ho voluto integrare alcune delle strategie mirate a sensibilizzare la popolazione generale sul tema della salute mentale nel nostro territorio e la formazione DAS Salute mentale e Psichiatria SUPSI**.** Come si vedrà nella discussione degli articoli gli autori sottolineano l'importanza di una maggiore sensibilizzazione della società e di un miglioramento della formazione del personale. A questo proposito ho pensato che includere questa informazione sia coerente con l'argomento trattato in questo lavoro di tesi.

Per educazione alla salute s'intendono le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che implicano modalità di comunicazione finalizzate a migliorare le competenze rispetto alla salute includendo il miglioramento delle conoscenze e lo sviluppo di abilità psicosociali che contribuiscono alla salute degli individui e delle comunità (OMS, 1998). L'educazione alla salute mentale rivolta alla società generale è un modo efficace per sradicare i concetti negativi che circondano la malattia mentale. Il modo di educare può iniziare nelle scuole, incorporando argomenti incentrati sulla salute mentale come una parte importante dello sviluppo dei giovani. Di seguito vengono brevemente esposte due campagne mirate alla promozione della salute sul nostro territorio che formano parte del Programma d'azione cantonale "Promozione della salute 2021-2024" (Repubblica e Cantone Ticino et al., 2020), e che prevedono, tra altre misure, anche l'educazione alla salute mentale sulla popolazione generale:

Salutepsi.ch: questa campagna poggia sulla piattaforma online dal 2018 con l'obiettivo di informare la popolazione generale sulla salute mentale. La campagna ha una durata di quattro anni ed è orientata alle diverse fasi della vita (Commissione di prevenzione e promozione della salute, 2018). Ogni anno la campagna si rivolge a specifici gruppi di persone, trattando temi diversi per poter dare risposta in maniera mirata a seconda della fascia di età (Commissione di prevenzione e promozione della salute, 2018). Gli obiettivi della campagna sono: sensibilizzare sulla salute mentale, favorire la consapevolezza e l'attivazione delle risorse personali e collettive e sensibilizzare e coinvolgere gli attori interessati (Commissione di prevenzione e promozione della salute, 2018). Il target di questa campagna è così suddiviso:

1. popolazione generale (2018-2019)
2. adolescenti e giovani adulti (2019-2020)
3. adulti (2020-2021)
4. persone anziane (2021-2022)

(Commissione di prevenzione e promozione della salute, 2018).

Retescuola21: Questa campagna coinvolge gli istituti scolastici che intendono impegnarsi a lungo termine nella promozione della salute a scuola e che vogliono rafforzare le risorse individuali e collettive e intervenire sui fattori strutturali che influiscono sulla salute, questo progetto ha come obiettivi principali la realizzazione di progetti di promozione dell'equilibrio e del benessere, consolidare la Rete, organizzando incontri e coinvolgendo nuovi membri nonché elaborare e diffondere una lista di buone pratiche (Radix, 2010). Questo progetto comprende i temi della salute psico-sociale, la prevenzione della violenza e delle dipendenze, argomenti legati alla sessualità, al movimento e all'alimentazione a tutti i livelli della vita scolastica mettendo in pratiche misure adatte a tale obiettivo (Radix, 2010).

DAS Salute mentale e Psichiatria SUPSI: Come trattato precedentemente nella stesura del lavoro di tesi, abbiamo potuto vedere che il personale sanitario in generale e gli infermieri in particolari non sono essenti ai comportamenti stigmatizzanti. Durante il lavoro di tesi è emerso che uno dei pregiudizi più diffusi è quello che limita la persona alla sua diagnosi, trascurando così altri sintomi legati alle possibili malattie concomitanti. Questo è un elemento che ritengo molto importante in quanto può avere conseguenze anche fatali sull'assistito. In Ticino abbiamo la possibilità di una formazione post bachelor della durata di due anni che permette di ottenere il diploma *of Advanced Studies* in salute mentale e psichiatria, il quale prepara i professionisti ad affrontare il ruolo di clinico specialista in questo ambito. (*SUPSI - Formazione Continua - DAS Salute mentale e psichiatria*, s.d.). I professionisti coerentemente al proprio ruolo nel ambito della specializzazion contribuiscono alla promozione e prevenzione della salute, alla pianificazione ed erogazione nonché alla valutazione di cure di qualità (*SUPSI - Formazione Continua - DAS Salute mentale e psichiatria*, s.d.). L'infermiere specializzato in salute mentale e psichiatria è in grado di rilevare situazioni che suscitano dilemmi etici, clinici, esistenziali, attivando le risorse necessarie volte a dare risposte scientificamente valide e strategie appropriate (*SUPSI - Formazione Continua - DAS Salute mentale e psichiatria*, s.d.).

7. Parte applicativa e revisione della letteratura

7.1 Elaborazione del quesito clinico

La ricerca in ambito infermieristico consiste in un indagine sistematica per rispondere a quesiti sollevati a partire da problemi pratici e mirata a produrre evidenze attendibili su questioni rilevanti per gli infermieri e gli assistiti (Polit & Beck, 2014). Durante la formulazione del quesito, l'infermiere ricercatore deve affrontare questioni sostanziali, teoriche, cliniche, metodologiche ed etiche (Polit & Beck, 2014). Il quesito di questo lavoro di tesi è: Quali sono le caratteristiche e le dimensioni del problema dello stigma da parte del personale sanitario, principalmente infermieri, verso il paziente psichiatrico?

7.2 Domanda di ricerca

La domanda di ricerca è stata impostata attraverso il modello PICO il quale permette al ricercatore di operare una ricerca della letteratura per reperire le informazioni che si ritengono necessarie (Polit & Beck, 2014). Nella seguente tabella vengono elencati le quattro componenti che conformano questo modello: Popolazione (P), in questo caso gli infermieri che lavorano con pazienti psichiatrici in differenti ambiti di cura e i pazienti psichiatrici, Interventi (I), ovvero le strategie mirate alla riduzione dello stigma verso il paziente psichiatrico in ambito sanitario; Comparatore C, che non viene applicato in questa ricerca e infine, L'*Outcome* che in questo caso si riferisce alla riduzione dello stigma verso il paziente psichiatrico e un miglioramento nella qualità di vita.

P= Popolazione	**Infermieri che lavorano con pazienti psichiatrici in differenti ambiti di cura e pazienti psichiatrici**
I= Intervento	**Strategie mirate alla riduzione dello stigma verso il paziente psichiatrico in ambito sanitario.**
C= Comparatore	**Non applicabile**
O= Outcome	**Riduzione dello stigma verso il paziente psichiatrico e un miglioramento nella qualità di vita**

TABELLA 1 MODELLO PICO

7.3 Criterio di inclusione ed esclusione

Criterio d'inclusione	Criterio di esclusione
Studi effettuati in ambito sanitario di cure generali e psichiatrico	**Revisioni della letteratura**
Studi primari	**Articoli che non trattavano il tema dello stigma**
Personale infermieristico	**Articoli in altre lingue**
Personale sanitario	**Articoli a pagamento**
Studi che analizzano lo stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici	**Articoli non *full text***
Studi datati dal 2007 al 2019	
Articoli in lingua inglese	

TABELLA 2 CRITERIO DI INCLUSIONE- ESCLUSIONE

7.4 Banche dati utilizzate e parole chiavi

Banche dati utilizzate e keyword	Le principali parole chiavi utilizzate sono state:
PubMed	*Stigma*
Wiley	*Mental health*
Springer	*Mental health professional*
	Nursing
	Nurses
	Discrimination

TABELLA 3 BANCHE DATI E PAROLE CHIAVI

Titolo dello studio	Autori	Anno	Rivista
Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries	*M. Chambersa, V. Guisea, M. Antonia, R. Botelhod, A. Scotte, V. Staniulienef, R. Zanottig*	*2009*	*International Journal of Nursing Studies*
Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students	*Y. Lien , H. Lin , C. Tsai , Y. Lien , T. Wu*	*2019*	*International Journal of Enviromental Researach and Public Health*
Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study	*W. Waugh , C. Lethem , S. Sherring , C. Henderson*	*2017*	*Journal of Mental Health*
Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy	*onini , N. Pagnucci, F. Giacometti,*	*2017*	*Archives of Psychiatric Nursing*
Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature	*C. Ross , E. Goldner*	*2009*	*Journal of Psichiatric and Mental Health Nursing*
Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: the role of the media reports and personal exposure to the threat or harm	*N. J. Reavley, A. F. Jorm, A. J. Morgan*	*2016*	*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology volume*
Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature	*L Westwood , J Baker*	*2010*	*Psichiatric and Mental Health Nursing*
The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review	*K. De Jacq, A. Andreno Norful, E. Larson*	*2016*	*Archives of Psychiatric Nursing*
Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it	*L.Nyblade, M. Stockton, K. Giger, V. Bond, M. L Ekstrand, R. Mc Lean, E. Mitchell, N. La Ron, J. Sapag, T. Siraprapasiri, J. Turan, E. Wouters*	*2019*	*BMC Medicine*
General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis	*J. A. Giandinoto, J. Stephenson, K. Edward*	*2018*	*International Journal of Mental Health Nursing*

TABELLA 4 ARTICOLI NON INCLUSI

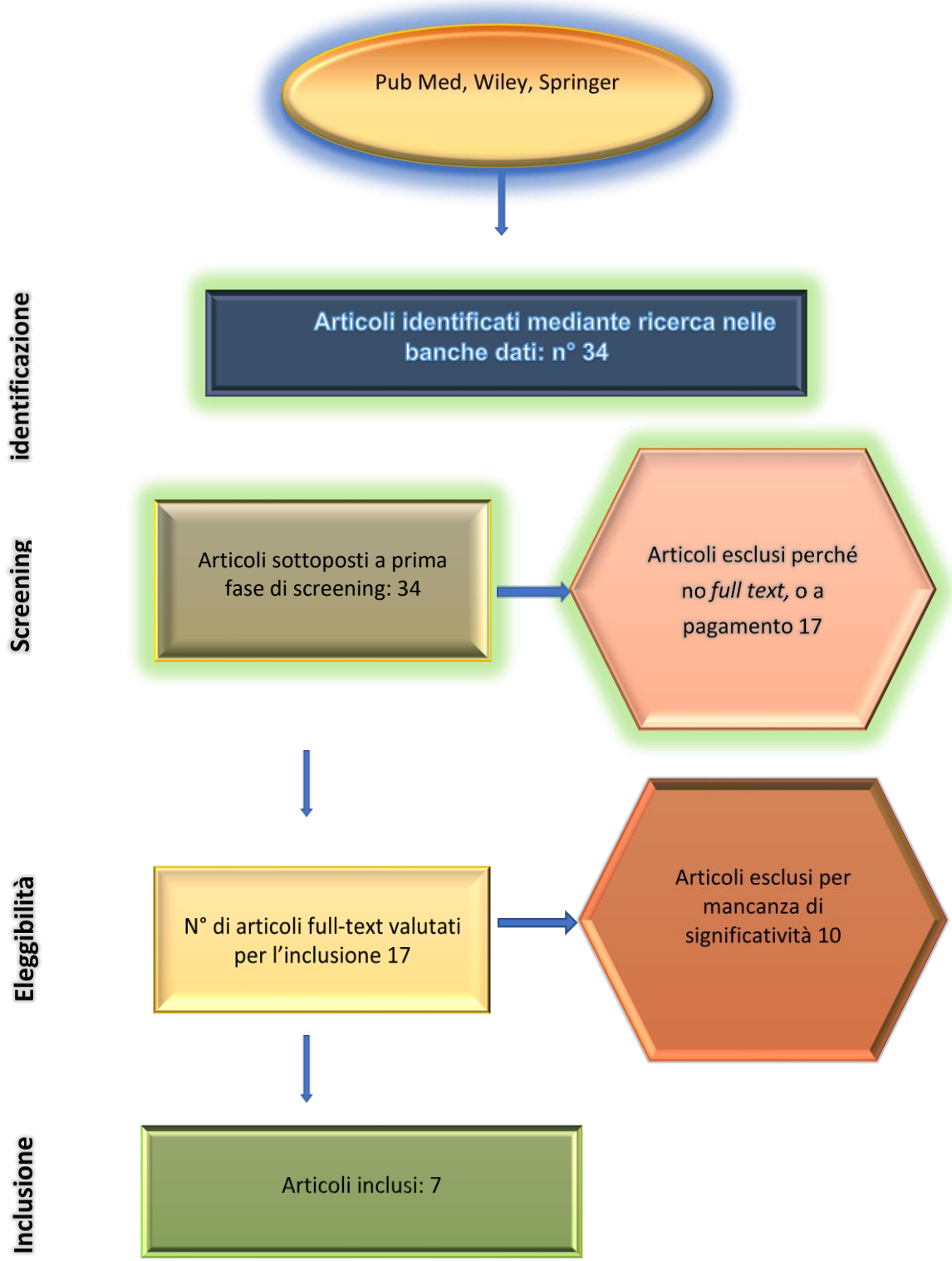
TABELLA 5 ARTICOLI INCLUSI

Titolo studio	Autori	Anno	Obiettivo	Metodo di ricerca	Campione	Risultati	Commenti
Attitudes towards people with mental illness: a corss-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care	T. Bjorkman,T. Angelman, M. Jonsson	2007	Investigare gli atteggiamenti verso le persone affette da malattie mentali tra il personale infermieristico in una clinica psichiatrica e una somatica.	Studio trasversale	Lo studio viene realizzato in due cliniche, una psichiatrica e una somatica in Svezia. Sono stati coinvolti 150 infermieri e assistenti infermieri di cui partecipano allo studio 120.	Il personale di cure generali ha una percezione più negativa verso i pazienti schizofrenici e tossicodipendenti in quanto ritenuti più imprevedibile rispetto ad altri pazienti. Gli atteggiamenti negativi del personale curante non differiscono in modo significativo da quelli della società generale.	L'età e l'esperienza professionale nonché il frequente contatto con persone con malattie mentali nel corso del tempo è legato alla riduzione degli atteggiamenti negativi e dei pregiudizi
Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?	L. Hansson, H. Jormfeldt, P.Svedberg, B. Svensson	2011	Studiare le credenze stereotipate da parte del personale curante impiegato in contesto di salute mentale e confrontarle con le opinioni dei pazienti psichiatrici.	Sudio trasversale	La maggior parte dei partecipanti erano donne (71%), infermieri o assistenti infermieri (81,9%) e lavoravano in ambulatorio (58,4%). La maggior parte degli intervistati lavorava con pazienti affetti da disturbi non psicotici (73,6%).	Gli atteggiamenti dei pazienti erano complessivamente simili a quelli del personale	Il personale che tratta i pazienti con una psicosi o che lavora in ambienti di degenza ha avuto gli atteggiamenti più negativi.
Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran	H. Ebrahimi, H. Namdar, M. Vahidi	2012	Indagare le attitudini stigmatizzanti fra gli infermieri nei reparti psichiatrici degli ospedali universitari di Tabriz, Urmia e Ardabil nel nord-ovest dell'Iran.	analisi descrittiva osservazionale	80 infermieri attraverso un questionario mirato a misurare le caratteristiche demografiche e lo stigma della malattia mentale in tre componenti: cognitiva, emotiva e comportamentale.	La maggior parte degli infermieri presenta un livello medio di stigma verso le persone con malattia mentale. Circa la metà era favorevole all'isolamento sociale.	Avere contatto con persone con una diagnosi di malattia mentale, amici o parenti, riduce i pregiudizi e la discriminazione verso i pazienti.
Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of realated factors	G.Martensson, W. Jacobsson, M. Engstrom	2014	Lo scopo è stato quello di indagare i fattori associati agli atteggiamenti del personale infermieristico di salute mentale verso le persone con malattie mentali	Studio trasversale e comparativo	256 infermieri in cure mentali in due strutture che forniscono assistenza in salute mentale in centro Svezia.	Gli atteggiamenti stigmatizzanti variano a seconda del grado di conoscenza della malattia mentale, il contatto previo con malati mentali e il posto di lavoro.	Avere una maggiore conoscenza della malattia e contatti con persone affette da disturbi mentali in precedenza incide positivamente sull'attitudine degli infermieri.
Attitudes to mental illness among mental healthe professionals in Singapore and comparison with the general population	Q. Yuan, L. Picco, S. Chang, E. Abdin, B. Yiang Chua, S. Ong, K. Lai Yow, S. Chong, M. Subramaniam	2017	Esplorare le attitudini verso la malattia mentale fra il personale sanitario in Singapore, confrontarle con quelle della popolazione generale.	Studio trasversale	379 partecipanti del personale sanitario	I professionisti hanno attitudini migliori rispetto la popolazione generale. Le attitudini peggiori sono attuate secondo lo studio dagli infermieri con livello di istruzione basso e i professionisti cinesi	Il personale che ha parenti o amici con una diagnosi di malattia mentale presenta atteggiamenti migliori verso il distanziamento sociale.
Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community- Based Study in Rural China	Z. Ma, H. Huang, G. Nie, V. Silenzio, B. Wei	2018	Ricerca comparativa sugli atteggiamenti verso la malattia mentale tra gli operatori sanitari primari di diversi modelli di servizi di salute mentale nelle comunità rurali cinesi.	Studio qualitativo	È stato condotto attraverso un questionario fornito a 361 persone impiegate nell'assistenza sanitaria primaria e di salute mentale.	la maggior parte del personale avrebbe un atteggiamento pessimistico e negativo nei confronti dei pazienti affetti da malattie mentali	Sono necessarie strategie mirate a migliorare le conoscenze professionali in salute mentale del personale sanitario in qualsiasi contesto di cura
Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study	Y. Sahile, S. Yitayih, B. Yeshanew, D. Ayelegne, A. Mihiretu	2019	questo studio mira a valutare l'atteggiamento degli infermieri dell'assistenza sanitaria di base e i suoi fattori associati verso le persone con gravi malattie mentali ad Addis Abeba.	Studio trasversale	610 intervistati con un tasso di risposta del 96,2% sono stati presi in considerazione per lo studio solo infermieri non specializzati in psichiatria.	Quasi la metà dei partecipanti ha un atteggiamento negativo verso le persone con gravi disturbi mentali	Lo stato educativo, la formazione sulla salute mentale, l'esperienza professionale e la conoscenza della malattia mentale erano significativamente associati all'atteggiamento negativo

Titolo dello studio	Autori	Anno	Rivista
Attitudes towards people with mental illness: a corss-sectional study among nursing stuff in psychiatric and somatic care	**T. Bjorkman,T. Angelman, M. Jonsson**	**2007**	***Scandinavian Journal of Caring Sciences***
Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?	**L. Hansson, H. Jormfeldt, P.Svedberg, B. Svensson**	**2011**	***International Journal of Social Psychiatry***
Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran	**H. Ebrahimi, H. Namdar, M. Vahidi**	**2012**	***Iranian journal of nursing and midwifery research***
Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of realated factors.	**G.Martensson, W. Jacobsson, M. Engstrom**	**2014**	***Psychiatric and Mental Health Nursing***
Attitudes to mental illness among mental healthe professionals in Singapore and comparison with the general population	**Q. Yuan, L. Picco, S. Chang, E. Abdin, B. Yiang Chua, S. Ong, K. Lai Yow, S. Chong, M. Subramaniam**	***2017***	***PLos One***
Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare providers: a community based study in Rural China	**Z. Ma, H. Huang, G. Nie, V. Silenzio, B. Wei**	**2018**	**BioMed Research International**
Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study	**Y. Sahile, S. Yitayih, B. Yeshanew, D. Ayelegne, A. Mihiretu**	**2019**	***International Journal of Mental Health Systems***

TABELLA 6 ARTICOLI SINTESI DEGLI STUDI INCLUSI

7.6 diagramma di flusso sullo svolgimento della ricerca



8. Sintesi degli articoli

Alla fine del processo di selezione degli articoli ho selezionato sette studi coerenti alla mia domanda di ricerca. Lo scopo di tale ricerca era indagare sui comportamenti stigmatizzanti da parte del personale curante, in particolar modo degli infermieri, verso il paziente affetto da disturbi mentali nei diversi contesti di cura. All'inizio mi ero concentrata sul personale infermieristico ma subito mi sono resa conto che erano pochi gli studi che parlavano soltanto del personale infermieristico e quindi ho deciso di allargare la ricerca al personale sanitario in generale. Nella selezione degli articoli ho incluso gli studi che analizzavano la problematica dello stigma in diversi contesti di cura in modo da permettermi un confronto dei risultati e valutare se vi erano differenze significative. Purtroppo, ho trovato difficoltà ad individuare articoli che proponessero strategie concrete al problema. Tuttavia, questa limitazione mi ha permesso di approfondire alcune strategie proposte sul nostro territorio mirate a sensibilizzare la popolazione generale sulla salute mentale, le quali sono state presentate durante la stesura del lavoro di tesi. Per facilitare la lettura degli articoli ho preparato una tabella riassuntiva che include le caratteristiche principali degli articoli inclusi nonché una tabella con gli articoli esclusi. Di seguito il lettore può trovare un'analisi approfondito per ogni articolo in cui si presentano gli obiettivi, metodologia, campionamento, risultato e infine le diverse proposte mirate alla riduzione dello stigma.

1. *Attitudes towards people with mental illness: a corss-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care*

Lo scopo di questo studio era quello di analizzare gli atteggiamenti del personale infermieristico verso le persone affette da malattie mentali in contesto specializzato e somatico (Björkman et al., 2008). Per la realizzazione dello studio gli autori hanno utilizzato in campione di 150 infermieri e assistenti impiegati in diversi reparti di un ospedale in Svezia. Ai partecipanti, 120 infermieri e assistenti, n= 69 di cure somatiche e n=51 cure specializzate, sono stati somministrati due questionari riguardanti il grado di familiarità con la malattia mentale e le opinioni personali verso alcuni tipi disturbi (Björkman et al., 2008).

Per la raccolta dati gli autori hanno utilizzato la versione svedese del questionario CAMI[3]; questo questionario indagava gli atteggiamenti del personale curante verso i seguenti disturbi: depressione grave, attacchi di panico, schizofrenia, demenza, disturbi alimentari, dipendenza da alcol e da droghe (Björkman et al., 2008). Per ogni malattia mentale ci sono otto affermazioni a cui il soggetto poteva scegliere di rispondere su una scala a cinque punti, dove per esempio, 1 = pericoloso per gli altri e 5 = non pericoloso (Björkman et al., 2008).

[3] La scala CAMI è una scala multidisciplinare che serve a valutare atteggiamenti della comunità verso i malati mentali. Le diverse versioni di 40 item, 27 item e 12 item valutano i seguenti atteggiamenti: autoritarismo, benevolenza, restrittività sociale e ideologie sulla malattia mentale da parte della comunità.

Questa ricerca ha messo in luce che, il personale specializzato in psichiatria ha dimostrato di avere un atteggiamento meno stigmatizzante rispetto ai colleghi di cure generali (Björkman et al., 2008). La maggior parte degli atteggiamenti negativi sono stati riscontrati nelle opinioni sulla tossicodipendenza, la dipendenza da alcol e la schizofrenia considerati dalla maggior parte dei partecipanti come quelli più pericolosi e imprevedibili. Inoltre questa categoria di persone sono state anche frequentemente ritenute colpevoli della loro malattia (Björkman et al., 2008). Altre condizioni come gli attacchi di panico, depressione e disturbi alimentari sono collegati ad atteggiamenti meno negativi da parte del personale (Björkman et al., 2008).

Lo studio ha dimostrato che tanto gli infermieri di cure generali come quelli specializzati in psichiatria hanno riferito di avere difficoltà ad affrontare il paziente psichiatrico (Björkman et al., 2008). Secondo questi autori gli operatori sanitari (infermieri, assistenti sociali, medici) sono quelli che presentano più frequentemente atteggiamenti stigmatizzanti verso la malattia mentale rispetto ad altri gruppi professionali (Björkman et al., 2008).

Una maggiore esperienza lavorativa e gli operatori più anziani risultano avere una atteggiamento meno stigmatizzante (Björkman et al., 2008). Gli atteggiamenti verso i disturbi mentali da parte del personale infermieristico nell'assistenza psichiatrica e somatica sono per diversi aspetti simili a quelli del società in generale (Björkman et al., 2008).

Gli autori propongono ulteriori studi di tipo qualitativo mirati ad analizzare se gli atteggiamenti negativi sulla pericolosità e l'imprevedibilità verso alcune malattie mentali sono associate a esperienze realistiche o ai pregiudizi (Björkman et al., 2008). Lo studio ha dimostrato che l'esperienza professionale, il contatto con la malattia mentale e il tipo di organizzazione sono fattori che contribuiscono alla riduzione dello stigma (Björkman et al., 2008). Gli autori sostengono la teoria del contatto diretto con persone affette da malattie mentali come fattore positivo nella riduzione dello stigma ma non vengono proposte specifiche strategie (Björkman et al., 2008).

2. *Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?*

Gli autori volevano confrontare le opinioni del personale sanitario in psichiatria con quella dei pazienti psichiatrici riguardo la malattia mentale (Hansson et al., 2011). In questo studio i ricercatori hanno utilizzato un modello di ricerca trasversale a cui hanno partecipato 140 membri dello staff sanitario di cui la maggior parte infermieri e 141 pazienti (Hansson et al., 2011). Lo studio ha incluso un campione casuale di pazienti ambulatoriali in contatto con i servizi di salute mentale nella zona meridionale della Svezia e personale impiegato nei servizi di assistenza in salute mentale (Hansson et al., 2011).

Ai partecipanti è stato somministrato un questionario che indaga le credenze negative come la svalutazione e la discriminazione (Hansson et al., 2011). Dai dati raccolti a partire dei questionari è emerso che molti dei partecipanti del personale curante credono per esempio che i datori di lavoro debbano dare priorità alle candidature di persone non affette da disturbi mentale, e che non frequenterebbero mai una persona che è stata ricoverata per una malattia mentale. Inoltre sempre stando alle risposte, la maggior parte di loro riferiva che non avrebbero mai assunto una persona affetta da malattia mentale per la cura dei propri figli (Hansson et al., 2011).

Lo studio ha concluso che non vi sono differenze significative fra i preconcetti del personale sanitario e quelli dei pazienti (Hansson et al., 2011). Gli autori affermano che gli atteggiamenti negativi del personale curante in salute mentale ha implicazioni negative sul percorso terapeutico del paziente (Hansson et al., 2011). I curanti non sono esenti dal processo di socializzazione precoce che può indurre all'interiorizzazione di atteggiamenti stigmatizzanti e comportamenti discriminatori (Hansson et al., 2011). Secondo questi ricercatori il personale specializzato in salute mentale è spesso soggetto allo "stigma associativo" ovvero, vengono considerati con uno status inferiore da parte dei colleghi professionali che lavorano in altri contesti di cura ma non vi sono, secondo loro, dati abbastanza approfonditi in letteratura che permettano di comprendere in che misura lo "stigma associativo" sia collegato agli atteggiamenti stigmatizzanti verso i pazienti (Hansson et al., 2011)

Questo studio postula inoltre l'importanza di essere consapevoli dei pregiudizi e atteggiamenti stigmatizzanti da parte del personale sanitario e delle conseguenze negative che questi atteggiamenti possono avere sullo sviluppo e implementazione di cure basate sulle evidenze scientifiche. Dai risultati è emerso che la maggior parte dei pregiudizi sono condivisi sia dai pazienti che dal personale, per questo motivo gli autori sottolineano l'importanza d'interventi mirati a ridurli e di conseguenza favorire la relazione terapeutica e il processo di cura (Hansson et al., 2011).

3. *Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran*

Questo studio trasversale condotto in Iran nel 2012 da parte di un gruppo di ricercatori voleva indagare sugli atteggiamenti stigmatizzanti del personale infermieristico negli ospedali universitari nel nordest di Iran (Ebrahimi et al., 2012).

Sono stati invitati a partecipare allo studio 102 infermieri impiegati in due ospedali universitari, dopo una selezione sono stati scartati 22 perché, 14 non avevano compilato il questionario e 8 non erano elegibili per lo studio (Ebrahimi et al., 2012).

Per la raccolta d'informazioni, gli autori hanno utilizzato un questionario suddiviso in due parti, una che indagava le caratteristiche personali e sociali degli infermieri di cui, età , sesso, formazione, stato civile, anni di esperienza nel settore psichiatrico, informazioni riguardanti il posto di lavoro, contatto con persone affette da malattie mentali al di fuori del contesto lavorativo (Ebrahimi et al., 2012). La seconda parte del questionario è stata condotta attraverso il questionario CAMI-S e il questionario *Perceived Devaluation-discimination Genereal Public* dove veniva misurato il grado di stigma attraverso tre diverse componenti: cognitiva (stereotipi), emotiva (pregiudizi) e comportamentale (discriminazione), per misurare il grado, i ricercatori hanno usato la scala Likert composta in sei punti (fortemente d'accordo, d'accordo, più o meno d'accordo, più o meno in disaccordo, in disaccordo, e fortemente in disaccordo, con il numero più basso 1 e il numero più alto 6) (Ebrahimi et al., 2012).

I risultati dello studio hanno dimostrato che la maggior parte degli infermieri (72,5%) aveva un livello medio di stigma verso le persone con malattia mentale e circa la metà di loro (48.8%) aveva una grande inclinazione verso l'isolamento sociale dei pazienti (Ebrahimi et al., 2012). Anche in questo studio, i ricercatori hanno trovato una correlazione positiva fra il

contatto diretto con persone affette da malattie mentali (parenti, amici) e la riduzione dello stigma (Ebrahimi et al., 2012). Sempre stando a questo studio, è emerso che, un grado di istruzione più elevato è correlato a minori opinioni stereotipate (Ebrahimi et al., 2012). Stando sempre a questo studio, risulta che pero, l'istruzione da sola non è efficace nel creare una visione positiva in coloro che hanno atteggiamenti negativi poiché non sono state trovate differenze statisticamente significative nelle componenti emotive e comportamentali e per questo motivo gli autori affermano che per ridurre lo stigma è necessario lavorare non soltanto sull'educazione ma anche sul contatto personale e diretto con i pazienti (Ebrahimi et al., 2012). L'articolo realizzato da (Ebrahimi et al., 2012). Gli autori raccomandano l'implementazione di programmi educativi e aggiornamenti sulla tematica e di favorire il contatto diretto con i pazienti trattati con beneficio per ridurre le opinioni stereotipate e di conseguenza lo stigma.

4. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of realated factors

Lo studio trasversale e comparativo condotto nel 2014 da un gruppo di ricercatori svedesi voleva indagare sui fattori associati agli atteggiamenti del personale infermieristico di salute mentale nei confronti dei pazienti psichiatrici (Mårtensson et al., 2014).

Sono stati chiamati a partecipare allo studio 397 infermieri psichiatrici di dieci municipi in Svezia centrale, allo studio hanno partecipato 256 in totale il 65% (Mårtensson et al., 2014).

Per la raccolta dati gli autori hanno utilizzato la versione svedese del questionario CAMI-S (Mårtensson et al., 2014).

Gli autori concludono che, il personale infermieristico ha atteggiamenti più positivi se hanno più conoscenze sulla malattia, se lavorano per la Regione e/o hanno avuto contatti diretti con persone affette da malattie mentali (Mårtensson et al., 2014).

Secondo questa indagine non ci sarebbero differenze significative fra gli atteggiamenti stigmatizzanti del personale curante e gli studenti di professioni sanitari rispetto alla popolazione generale (Mårtensson et al., 2014).

I ricercatori inoltre propongono che gli infermieri che hanno contatto con persone affette da malattie mentali nella loro vita personale sarebbero meno propensi ad atteggiamenti stigmatizzanti verso i pazienti (Mårtensson et al., 2014). Anche questi autori sostengono che gli atteggiamenti negativi da parte dei professionisti della salute costituiscono una barriera al recupero e all'integrazione sociale dei pazienti (Mårtensson et al., 2014).

Il personale curante è influenzato dalla visione negativa della malattia mentale da parte della società e hanno una visione molto più pessimistica sulla prognosi e il trattamento rispetto alla popolazione generale (Mårtensson et al., 2014).

Oltre alla teoria del contatto diretto con persone affette da disturbi mentali, gli autori hanno trovato che una riduzione della diffusione di credenze stereotipate sul posto di lavoro e una maggiore conoscenze sulla malattia mentale avrebbero un effetto positivo sulla riduzione dello stigma (Mårtensson et al., 2014).

5. *Attitudes to mental illness among mental healthe professionals in Singapore and comparison with the general population*

Lo studio trasversale condotto in Singapore nel 2017 con lo scopo di indagare circa gli atteggiamenti verso la malattia mentale fra il personale sanitario ha utilizzato un questionario online su un campione di 379 partecipanti.

I dati raccolti sono stati confrontati con uno studio nazionale condotto sulla popolazione generale realizzato da marzo 2014 ad aprile 2015 (Yuan et al., 2017).

Per la raccolta d'informazioni è stata utilizzata la scala AMI la quale è una versione abbreviata della scala CAMI-S; quest'ultima è composta da 40 items mentre che la prima è composta da 27 (Yuan et al., 2017). Entrambe le scale mirano ad indagare sul fenomeno dello stigma verso la malattia mentale.

Secondo i ricercatori (Yuan et al., 2017), i professionisti della salute mentale hanno atteggiamenti significativamente più positivi nei confronti della malattia mentale; tuttavia i loro punteggi sul "distanziamento sociale" non differivano dalla popolazione generale (Yuan et al., 2017). Anche in questo studio i risultati supportano l'idea che il contatto diretto con la malattia mentale, attraverso la famiglia o amicizie è strettamente legato alla riduzione degli atteggiamenti stigmatizzanti del personale curante (Yuan et al., 2017).

Le credenze stereotipate sui disturbi mentali possono portare alla negazione del problema, sia da parte dei malati che delle loro famiglie, con conseguenti ritardi nella ricerca di un trattamento professionale (Yuan et al., 2017).

I pregiudizi della società nei confronti della malattia mentale minacciano la qualità delle cure fornita (Yuan et al., 2017).

Gli autori sostengono l'importanza di programmi globali e nazionali mirati a ridurre lo stigma verso la malattia mentale nonché nuovi metodi educativi durante le formazioni sanitarie (Yuan et al., 2017). Sempre stando ai risultati di questo studio, gli autori raccomandano ulteriori ricerche per monitorare come i nuovi metodi educativi modificano i livelli di atteggiamenti stigmatizzanti da parte degli infermieri nei confronti della malattia mentale (Yuan et al., 2017).

6. *Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare providers: a community based study in Rural China*

Uno studio realizzato nel 2018 voleva analizzare gli atteggiamenti verso la malattia mentale tra gli operatori sanitari impiegati nei servizi di salute mentale nelle comunità rurali cinesi (Ma et al., 2018).

Per realizzare lo studio i ricercatori hanno somministrato un questionario ad un campione di 361 persone impiegate nell'assistenza sanitaria primaria e di salute mentale (Ma et al., 2018). Il questionario somministrato era diviso in due parti, la prima parte indagava i fattori sociodemografici quali età, sesso, livello d'istruzione, titolo di studio, reddito, e la disponibilità a lavorare mentre che la seconda parte includeva la "*Mental Illness Attitude Questionnaire"* sviluppato dal ospedale Hui Long Guan di Beijing questo questionario indagava sei diversi

aspetti: causa della malattia, violenza e aggressività, grado di fiducia sul trattamento, valore sociale di questi pazienti, opinione sul distanziamento sociale e infine le opinioni personali per quanto riguarda le possibili restrizioni verso queste persone.

Ogni domanda poteva essere valutata usando una scala a quattro punti dove 1 corrispondeva a fortemente in disaccordo e 4 a fortemente d'accordo (Ma et al., 2018).

I risultati di questo studio hanno dimostrato che la maggior parte dei partecipanti aveva un atteggiamento pessimistico e negativo nei confronti dei pazienti con malattie mentali (Ma et al., 2018).

Molti di loro credevano che i malati mentali non potessero contribuire alla società e che dovrebbero essere evitati dalla popolazione generale così come i loro famigliari (Ma et al., 2018).

Gli autori hanno trovato che le idee discriminatorie e gli atteggiamenti stigmatizzanti si diffondono ampiamente fra gli erogatori di assistenza sanitaria primaria e che le convinzioni pessimistiche verso questa categoria di pazienti portano a un peggioramento delle cure fornite (Ma et al., 2018).

Dai risultati dello studio condotto da (Ma et al., 2018) è emerso che siano necessarie strategie mirate a migliorare le conoscenze professionali degli operatori sanitari di cure generali ed eliminare la discriminazione e la percezione negativa verso la malattia mentale in tutti ambiti di cura, siano specializzati o meno (Ma et al., 2018). Gli autori consigliano di rafforzare l'educazione ideologica professionale del personale sanitario in modo da aumentare il rispetto verso questa categoria di persone e di conseguenza la qualità delle cure (Ma et al., 2018). In secondo luogo gli autori ritengono che la formazione professionale continua dovrebbe essere maggiormente sviluppata alla fine di migliorare il livello di conoscenza da parte del personale (Ma et al., 2018) Sempre stando a questa ricerca ci sarebbe la necessità di educare maggiormente la popolazione generale per ridurre ed eliminare la discriminazione e i pregiudizi verso i pazienti psichiatrici (Ma et al., 2018). Secondo gli autori, la riabilitazione e il reinserimento dipende dal atteggiamento positivo e corretto del personale curante (Ma et al., 2018).

7. *Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study*

Infine abbiamo lo studio trasversale condotto nel 2019 in Etiopia con lo scopo di indagare circa gli atteggiamenti degli infermieri di cure generali verso il paziente affetto da malattie mentali gravi (Sahile et al., 2019).

Per la realizzazione di questo studio i ricercatori hanno utilizzato un campione di 634 infermieri impiegati in cure primarie di cui hanno partecipato allo studio 610 persone in totale il 96,2% (Sahile et al., 2019).

Per la raccolta dati i ricercatori hanno utilizzato un questionario composto da 16 items e che ha come obiettivo la valutazione degli atteggiamenti del personale sanitario in cure primarie verso il paziente affetto da malattia mentale grave.

Anche in questo caso è stata utilizzata la scala Likert (Sahile et al., 2019). I ricercatori hanno concluso che la scarsa conoscenza della malattia è associata ad un atteggiamento negativo verso questi pazienti (Sahile et al., 2019).

lo studio proposto da (Sahile et al., 2019) sostiene che gli atteggiamenti negativi e il comportamento discriminatorio dei professionisti della salute costituiscono un grande ostacolo nell'assistenza psichiatrica e sono stati individuati come una problematica importante quando si tratta di lavorare con i pazienti affetti da malattie mentali in un contesto di cura generali.

Stando sempre a questo articolo la comprensione degli atteggiamenti stigmatizzanti da parte degli infermieri è fondamentale per migliorare la qualità delle cure permettendo di curare in modo olistico e favorendo una migliore pressa in carico del paziente psichiatrico in cure generali (Sahile et al., 2019).

Stando sempre a questi autori, educazione, la formazione in salute mentale, l'esperienza professionale e la conoscenza della malattia sono associati a una riduzione degli atteggiamenti negativi (Sahile et al., 2019). A questo proposito gli autori raccomandano l'introduzione di programmi formativi per gli infermieri di cure generali mirati a favorire la riduzione dello stigma (Sahile et al., 2019).

8.1 Analisi e discussione dei risultati

Gli articoli selezionati per il lavoro di tesi corrispondono a realtà culturali diverse giacché sono stati inclusi articoli provenienti da Cina, Etiopia, Svezia, Singapore e Iran. Tutti i sette articoli avevano il medesimo obiettivo, cioè, analizzare il problema dello stigma fra il personale sanitario nei confronti del paziente psichiatrico. Gli articoli inclusi analizzavano il problema fra personale sanitario in generale, e infermieristico impiegato in diversi contesti di cura: cure somatiche e psichiatriche.

Malgrado l'eterogeneità degli studi, tutti gli autori concordano che il fenomeno dello stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici esiste in tutti i contesti di cura e che alla base di esso ci sono dei pregiudizi perlopiù simili. Difatti, gli autori sottolineano che alla base di questi atteggiamenti ci sono pregiudizi quali la pericolosità e l'imprevedibilità e affermano che non vi sono differenze importanti fra il personale curante e la popolazione generale come negli studi effettuati da (Björkman et al., 2008), (Hansson et al., 2011), (Ebrahimi et al., 2012) e (Ma et al., 2018). Gli stereotipi più diffusi riscontrati dai ricercatori quali pericolosità e imprevedibilità potrebbero essere anche associati all'influenza dei media, i quali, secondo (Scheff, 1966) avrebbero un ruolo importante nella propagazione di pregiudizi in quanto vengono spesso associati a comportamenti criminali e violenti a volte anche in modo ingiustificato.

Molte persone che lavorano nel contesto di salute mentale hanno riferito di avere paura di lavorare con questa tipologia di pazienti in quanto spesso perdono il controllo di sé senza apparenti motivi diventando aggressivi e pericolosi (Ma et al., 2018). Secondo altri autori, competenze e formazione inadeguate sembrano essere associate alla stigmatizzazione in due modi: In primo luogo, si ritiene che porti a sentimenti di ansia o paura e a un desiderio di evitamento e distanza sociale-clinica tra gli operatori, il che può avere un impatto negativo sulle interazioni paziente-operatore e sulla qualità delle cure, in secondo luogo, può portare a un trattamento meno efficace e a un risultato peggiore dello stesso (Knaak et al., 2017).

Dalla letteratura è emerso che gli infermieri più formati e con maggiore esperienza nel settore hanno atteggiamenti negativi inferiori rispetto a quelli meno formati e meno esperienti come emerso dagli studi di (Mårtensson et al., 2014), (Yuan et al., 2017), (Sahile et al., 2019) e (Björkman et al., 2008). Altri autori hanno dimostrato che la qualità dell'assistenza infermieristica dipende da vari fattori quali la conoscenza dell'argomento, la capacità nella valutazione del rischio, l'esperienza professionale e gli atteggiamenti e convinzioni personali verso questa categoria di persone (Gholamrezaei et al., 2019). Come trattato nei precedenti capitoli, gli infermieri devono acquisire durante la formazione professionale le competenze necessarie per una corretta valutazione iniziale del paziente psichiatrico nonché le competenze legate al proprio ruolo professionale (Gholamrezaei et al., 2019). La relazione con questa tipologia di persone può richiedere una maggiore flessibilità mentale da parte degli infermieri, i quali devono assumere determinati funzioni per consentire un migliore rapporto terapeutico (Tacchini, 1998). L'assunzione della funzione di "oggetto inanimato", per esempio, prevede da parte degli infermieri l'ascolto senza giudizio (Tacchini, 1998). L'attivazione di questa funzione aiuta al curante a comprendere meglio quali sono i bisogni reali del paziente e previene l'insorgenza di reazioni negative quali aggressività, panico e ansia (Tacchini, 1998).

Lo studio di (Hansson et al., 2011) ha voluto confrontare le opinioni del personale sanitario, maggiormente composto da infermieri, con le opinioni dei pazienti verso alcuni preconcetti riguardanti la malattia mentale. Da questo confronto è emerso che le opinioni negative non differivano significativamente, confermando l'idea che i pregiudizi nei confronti della malattia mentale sono ampiamente diffusi in tutta la società. Il personale curante non è esente al processo di socializzazione precoce per il cui vengono interiorizzati alcuni pregiudizi sin dall'infanzia (Hansson et al., 2011). In questo processo di socializzazione vengono interiorizzati i pregiudizi che, con il corso di tempo si possono tradurre in comportamenti stigmatizzanti (Hansson et al., 2011). Questo processo fa sì che vengano interiorizzate immagini stereotipate sulla malattia mentale che diventano molto difficili da cambiare (Scheff, 1966). Sin dall'infanzia le persone cominciano ad attribuire caratteristiche "fuori norma" agli atteggiamenti considerati "devianti" delle persone con un disturbo mentale (Scheff, 1966). Questa situazione favorisce la divisione "noi" e "lui" in quanto non ritenuto abbastanza "normale" per essere integrato nella società, dando luogo al processo di stigmatizzazione difficilmente reversibile (Link & Phelan, 2006), (Ottati et al., 2005).

Le malattie mentali gravi quali schizofrenia e tossicodipendenza hanno avuto il punteggio peggiore per quanto riguarda i pregiudizi mentre che le malattie quali i disturbi alimentari e demenza sono state valutate dal personale in modo meno giudicante (Björkman et al., 2008). L'arrivo di un paziente con una diagnosi di disturbo mentale in un reparto di cure generale può generare ansia e preoccupazione fra il personale. Dal canto suo il paziente, una volta arrivato all'interno dell'istituzione, viene subito spogliato dagli ordinamenti socioculturali e famigliari di appartenenza che vengono sostituiti per gli ordinamenti e norme del proprio reparto (Goffman, 1961). Secondo (Goffman, 1961) le istituzioni totali in questo caso rappresentato dall'ospedale, con le sue modalità costrittive possono schiacciare la personalità del paziente che viene standardizzato e spersonalizzato. Questa situazione può generare nei pazienti psichiatrici ansia e angoscia nonché può farlo sentirsi fuori luogo (Tacchini, 1998). Gli infermieri attraverso l'attivazione della funzione di accoglienza potrebbero ridurre queste reazioni negative e favorire l'aggancio necessario per la creazione di un rapporto di fiducia (Tacchini, 1998).

La maggior parte degli studi concludono che gli atteggiamenti negativi verso questa categoria di utenti costituiscono una barriera alla ricerca di trattamento e di conseguenza un peggioramento della qualità di vita (Hansson et al., 2011), (Mårtensson et al., 2014), (Yuan et al., 2017), (Ma et al., 2018). Altri autori affermano che i pazienti psichiatrici hanno più difficoltà al momento di ricevere assistenza sanitaria di qualità per altre patologie concomitanti, sovente accade che, i sintomi fisici sono erroneamente attribuiti alla malattia mentale creando ritardi nella diagnosi e nel trattamento (Knaak et al., 2017).

I risultati dello studio di (Ma et al., 2018) dimostrano che vi è un grande pessimismo fra il personale curante in termini di prognosi e guarigione della malattia mentale, teoria che viene sostenuta anche da (Mårtensson et al., 2014), (Hansson et al., 2011) e (Björkman et al., 2008). Altri autori hanno ipotizzato che il pessimismo potrebbe essere associato al senso d'impotenza e frustrazione percepiti durante la cura in quanto sentono che il proprio operato non ha effetti positivi sul corso della malattia (Knaak & Patten, 2016). Gli atteggiamenti pessimistici nei confronti della prognosi da parte del personale può essere percepita dal paziente come una forma di stigma nei loro confronti e i conseguenza una barriera fra lui e il miglioramento (Knaak et al., 2017)

Per quanto riguarda le strategie proposte mirate a ridurre lo stigma, alcuni studi sostengono l'ipotesi del contatto personale diretto con persone affette da malattie mentali come fattore positivo nella riduzione dello stigma ma non vengono proposte specifiche strategie (Björkman et al., 2008), (Mårtensson et al., 2014), (Ebrahimi et al., 2012). Il contatto sociale non prevede soltanto la relazione causale con persone affette da malattie mentali come possono essere amici e parenti (Knaak et al., 2017). Alcuni autori sostengono che, per favorire il contatto con questa tipologia di persone, possono essere utili le testimonianze dei pazienti in fase di remissione verso il personale sulle proprie esperienze di malattia e di recupero, così come delle loro esperienze all'interno del sistema sanitario (Knaak et al., 2017). Secondo questi autori, i pazienti hanno così il ruolo di educatori poiché attraverso le loro testimonianze sulla malattia e sui vissuti collegati ad essa, contribuiscono a migliorare le conoscenze del personale sull'argomento e di conseguenza a diminuire la loro ansia nella relazione di cura, aumentare l'empatia e a migliorare gli atteggiamenti pessimistici nei confronti della prognosi (Knaak et al., 2017). Gli autori di tutti gli articoli inclusi nel lavoro di tesi hanno sottolineato l'importanza di una migliore formazione del personale sanitario e della popolazione generale sul tema della malattia mentale per favorire la riduzione dello stigma. Alcuni di loro ritengono necessario, inoltre, un cambiamento del metodo formativo e la valutazione, attraverso la ricerca, di come questi nuovi modelli possono avere effetti positivi sulla riduzione dello stigma da parte del personale curante (Yuan et al., 2017).

9. Rilevanza nella pratica clinica

Durante questi anni di formazione abbiamo imparato che curare non significa soltanto occuparci dei sintomi fisici della malattia, ma che dobbiamo essere pronti a cogliere i nostri pazienti in modo olistico. Teoricamente, curare significa pensare, riflettere, non agire in modo impulsivo. Pensare e lavorare insieme alla persona che è oggetto delle nostre cure per soddisfare i reali bisogni dell'altro è fondamentale per garantire cure di qualità. Prendersi cura di qualcuno significa rafforzare le risorse personali dei pazienti e dei familiari in modo che possano essere gli attori principali delle cure, potenziando la loro autonomia e l'inclusione.

Come abbiamo trattato precedentemente, talvolta accade che, gli infermieri non dispongono delle necessarie competenze che permettano di garantire un trattamento adeguato ai pazienti. Nella stesura di lavoro di tesi è emerso che lo stigma può avere implicazioni grave sulla salute e che i nostri pregiudizi e comportamenti possono alterare la ricerca di aiuto da parte dei pazienti. Migliorare le nostre competenze a livello di valutazione iniziale delle funzioni psichiche e comportamentali nonché la conoscenza e rispetto del proprio ruolo professionali possono aiutarci a migliorare la relazione di cura in quanto saremmo in grado di comprendere ciò che sta accadendo di fronte a noi in modo scientifico e non sulle nostre rappresentazioni personali create in base ai nostri pregiudizi.

La fiducia del personale infermieristico nei confronti del trattamento e della prognosi nei confronti di questi pazienti costituisce uno strumento che da un lato, rafforza il ruolo delle persone con problemi di salute mentale come soggetti attivi nel percorso terapeutico, ma che dall'altro lato richiede un movimento, un cambiamento e un impegno da parte degli infermieri che dovrebbero concentrare le forze nell'accogliere il paziente nella sua unicità. Gli infermieri, come abbiamo trattato precedentemente, non sono immuni allo stigma nei confronti di questa categoria di utenza ma allo stesso tempo, hanno molte opportunità per combattere lo stigma come educatori e promotori della salute nei confronti della popolazione generale e durante la pratica clinica verso i propri colleghi.

Gli infermieri dovrebbero poter dare un contributo di qualità nella lotta contro lo stigma poiché quest'ultimo è una contraddizione con quello che dovrebbe essere il nostro obiettivo professionale. L'infermiere deve essere promotore di un cambiamento nei confronti di questa problematica, questo implica un approccio intensivo nella pratica lavorativa, ma anche al di fuori di essa. Informare, educare e rendere consapevole la popolazione generale sui pregiudizi e comportamenti non giustificati verso la malattia mentale dovrebbe essere una priorità degli infermieri. Inoltre, dovrebbero avere un ruolo attivo nella normalizzazione della tematica riguardante la malattia mentale per prevenire che esse diventino argomenti tabù. È importante sottolineare l'importanza della ricerca e gli aggiornamenti del personale infermieristico poiché questi diventano uno strumento fondamentale contro la perpetuazione di pregiudizi non sempre giustificati come quelli delle aggressività e i comportamenti criminali di questi pazienti. La pratica infermieristica prevede una flessibilità che ci permetta di assistere e curare questi pazienti; una rigidità mentale nei confronti di loro ci porterebbe a non andare oltre i nostri pregiudizi. Gli infermieri dovrebbero mirare ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni nei confronti di tutti i pazienti, evitando di cadere in atteggiamenti paternalistici, autoritari e coercitivi che non fanno altro che incoraggiare lo stigma.

10. Conclusioni

10.1 Conclusioni sul lavoro di tesi

L'esposizione di questo lavoro di tesi mi ha permesso di constatare l'importanza del ruolo infermieristico nella lotta contro la stigmatizzazione dei pazienti psichiatrici. Gli atteggiamenti stigmatizzanti da parte del personale curante si possono presentare sotto forma di mancanza di rispetto, sottovalutazione della malattia, sfiducia nella prognosi o atteggiamenti paternalistici e hanno ripercussioni negative sulle cure fornite. Dalla revisione presentata è emerso che i pregiudizi più comuni fra gli infermieri come la pericolosità, l'aggressività, l'imprevedibilità, l'incapacità decisionale sono caratteristiche che sovente vengono attribuite a questa categoria di pazienti e che, a loro volta vengono assunti dalla persona stessa come vero. Le recensioni presentati dimostrano che il problema del *self stigma* rappresenta una vera e propria barriera nella ricerca di trattamento da parte dei pazienti. Il ruolo negativo interiorizzato dal paziente mina fortemente la autostima e di conseguenza la salute mentale. Dalla revisione presentata viene mostrato come gli atteggiamenti paternalistici rappresentano un atteggiamento stigmatizzante che sottovaluta le capacità decisionali e di comprensione della propria malattia da parte del paziente; questa situazione ha decisamente un peso negativo sul percorso terapeutico, in quanto non considera al paziente al centro delle cure. Dalla letteratura è emerso che gli infermieri specializzati in ambito psichiatrico hanno un livello di stigma minore rispetto ai colleghi delle cure generali, ma che entrambe le categorie sono paragonabili in termini di livelli di credenze stereotipate della popolazione generale. Dalla letteratura consultata è emerso che fattori come l'esperienza lavorativa, l'età, il contatto diretto con la malattia mentale a livello personale e il livello d'istruzione hanno un'influenza sul grado di stigma. È fondamentale sottolineare l'importanza della formazione sulla salute mentale a prescindere dell'ambito di competenza in cui si lavora poiché spesso si entra contatto con questa tipologia di utenza ed è nostro compito garantire ai pazienti le migliori cure basate sull'evidenza scientifica e non sui nostri pregiudizi. Una maggiore consapevolezza delle implicazioni negative che i nostri possibili atteggiamenti stigmatizzanti hanno sulla salute è importante per evitare di cadere in comportamenti che si dimostrano una barriera nella relazione di cura. I pazienti con gravi disturbi mentali hanno lo stesso diritto di ricevere cure di qualità delle altre persone ed è per questo che è importante aumentare la consapevolezza delle implicazioni negative dello stigma su di loro. Questo lavoro mira a sensibilizzare gli infermieri, che spesso mettono in atto atteggiamenti stigmatizzanti senza esserne consapevoli, minando così la loro stessa qualità professionale.

10.2. Conclusioni personali e limiti della ricerca

Sono state molte le difficoltà riscontrate nella realizzazione di questo lavoro di tesi. I miei problemi di salute legati al long Covid che tuttora mi causano difficoltà, gli impegni famigliari come mamma e moglie hanno rallentato la consegna del lavoro. Le difficoltà collegate alla lingua si sono dimostrate anche esse un ostacolo che mi ha per tanti aspetti messo in difficoltà al momento dell'elaborazione della scrittura. Durante la ricerca mi sono resa conto che la tematica scelta da me è poco trattata e molto complessa e mi è stato complicato trovare letteratura che mi permettesse di presentare il lavoro dal punto di vista della popolazione generale in confronto con quella del personale sanitario, particolarmente dal punto di vista infermieristico. Nonostante tutte queste difficoltà mi sono trovata bene nella realizzazione del lavoro perché ho scelto un argomento che mi appassiona e mi sta a cuore.

Per quanto riguarda il risultato credo sia stato raggiunto: ho potuto evidenziare quali sono i fattori alla base degli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei pazienti affetti da malattie mentali e come questo problema rappresenta una barriera nella cura, nonché alcune possibili strategie per la riduzione, anche se poco concrete. L'elaborazione di questo lavoro di tesi mi ha fatto riflettere sull'importanza e responsabilità che abbiamo come curanti di mettere in atto quanto appreso nel corso della nostra formazione cercando, nel nostro piccolo, di abbattere le barriere che si creano nella relazione di cura proprio per colpa dei pregiudizi e degli stereotipi. Credo che, essere consapevoli dei nostri limiti e mettere il cuore nella relazione senza dimenticare la nostra responsabilità etica e professionale è una guida a seguire per garantire cure di qualità a tutti i pazienti.

11. Ringraziamenti

Un ringraziamento al mio direttore di tesi Vincenzo D'Angelo per la sua disponibilità. In particolar modo ringrazio la mia famiglia: senza di voi non ce l'avrei mai fatta! Grazie per l'aiuto durante questi anni e grazie perché non avete mai dubitato della mia riuscita. Siete sempre stati lì nei momenti belli e brutti e mi avete dato forza quando credevo che non ce l'avrei fatta, ma soprattutto vi ringrazio per l'amore che mi avete sempre donato. Ringrazio in particolar modo mia madre, una guerriera del cuore dolce che mi ha insegnato e mi insegna ancora a diventare una persona migliore ogni giorno. Grazie alle mie care amiche Adriana e Lisbeth per il vostro aiuto durante la realizzazione di questo lavoro ma soprattutto grazie per le risate e i bei momenti trascorsi insieme che resteranno per sempre nel mio cuore. A mio marito David, grazie per le ore che hai dedicato per aiutarmi con lo studio e per la pazienza durante i momenti più difficili, in questi anni, nonostante le difficolta ci hai sempre creduto in me. Ringrazio i miei pazienti perché ognuno di loro mi ha insegnato qualcosa, a volte attraverso uno sguardo, un racconto e a volte attraverso il silenzio. Infine, vorrei ringraziare i miei figli, Emiliano e Daniel: la vostra allegria e tenerezza è il motore della mia vita.

12. Bibliografia

Andrews, G. ed al. (2004). *Disturbi Mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori.* Centro Scientifico.

Armocida.G, & Zanobio. B. (2002). *Storia della medicina*. Milano. Elsevier. https://books.google.ch/books?id=dR9iCAP5VD4C

Biondi, M., Muscettola, G., Placidi, G., Rossi, A., & Scarone, S. (2015). *Manuale di psichiatria*. Elsevier srl.

Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(2), 170–177. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

Bleuler, E. (2017). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Polimnia Digital Editions.

Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008

Bürli, C., Amstad, F., Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse État des lieux et champs d'action Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *44*(4), 243–250. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003

Caputo, N. M., & Rouner, D. (2011). Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. *Health Communication*, *26*(7), 595–604. https://doi.org/10.1080/10410236.2011.560787

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 35. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035

Castro, M., H. M. L. (2005). *ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL: UN PUNTO DE VISTA HISTORICO-SOCIAL*.

Commissione di prevenzione e promozione della salute. (2018). *SalutePsi.ch -*. https://www.santepsy.ch/it/

Consiglio Internazionale Infermieri. (2012). *Il codice deontologico degli infermieri del [ICN]*.

Corrigan, P. W. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *The American psychologist*, *59*, 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, *38*(1), 77–84. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00180-7

Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (A c. Di), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change.* (pagg. 11–44). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10887-001

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *57*(8), 464–469. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *1*(1), 16–20.

Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S. A. (2003). Suicide prevention: A study of patients' views. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(3), 261–265. https://doi.org/10.1192/bjp.182.3.261

Ebrahimi, H., Namdar, H., & Vahidi, M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *17*(7), 534–538. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730459/

Fassino, S., Daga, G. A., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore. https://books.google.ch/books?id=XwhAGQAACAAJ

G. Giarelli & E. Venneri. (2009). *Sociologia della salute e della medicina giarelli. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali.* Franco Angeli.

Gholamrezaei, A., Rezapour-Nasrabad, R., Ghalenoei, M., & Nasiri, M. (2019). *Correlation between suicide literacy and stigmatizing attitude of nurses toward patients with suicide attempts*. *14*, 5.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books. https://books.google.ch/books?id=2bZNAAAAMAAJ

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (First Touchstone edition,1986). https://www.scribd.com/book/224364318/Stigma-Notes-on-the-Management-of-Spoiled-Identity

Goodman, B. (2013). Erving Goffman and the total institution. *Nurse Education Today*, *33*(2), 81–82. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.012

Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(Suppl Suppl 446), 14–22. https://doi.org/10.1111/acps.12611

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(1), 48–54. https://doi.org/10.1177/0020764011423176

Hayward, P. & Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, *6*(4), 345–354. https://doi.org/10.1080/09638239718671

Keller, S., McNeill, V., Honea, J., & Paulson Miller, L. (2019). A Look at Culture and Stigma of Suicide: Textual Analysis of Community Theatre Performances. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 352. https://doi.org/10.3390/ijerph16030352

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, *30*(2), 111–116. https://doi.org/10.1177/0840470416679413

Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(S446), 53–62. https://doi.org/10.1111/acps.12612

L. Bicego, C. Brandolin, A. Cociani, A. Fascì, & N. Semeria. (2008). *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura*. Maggioli Editore. https://books.google.mw/books?id=QnEKLhGAQ_AC

Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Bacle, S. V., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J. J., Thornicroft, G., & ASPEN/INDIGO Study Group. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, *381*(9860), 55–62. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*(9509), 528–529. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, *52*(12), 1621–1626. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Ma, Z., Huang, H., Nie, G., Silenzio, V. M. B., & Wei, B. (2018). Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community-Based Study in Rural China. *BioMed Research International*, *2018*, 1–6. https://doi.org/10.1155/2018/8715272

Maieron, M.A. (2020). *Brevi saggi su argomenti di psichiatria e di storia della medicina*. Milano. Mimesis Edizioni. https://books.google.ch/books?id=XN3rDwAAQBAJ

Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(9), 782–788. https://doi.org/10.1111/jpm.12145

Ministero della Salute. (2020). *Salute mentale. Fatti e cifre contro lo stigma*. Pierrestampa. www.salute.gov.it

Miric, M., M. (2003). *Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma*.

Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. B. Mondadori. https://books.google.ch/books?id=Jikd3t_YqR0C

Muñoz, M., Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL*. Madrid: Editorial Complutense.

Noddings, N. (1984). *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. University of California Press. https://books.google.ch/books?id=G6HMcn1kwfwC

Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(4), 709–714. PubMed. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, *17*(1), 25–25. PubMed. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2

OMS. (1998). *Health promotion glossary* (pag. WHO/HPR/HEP/98.1). World Health Organization.

OMS. (2001). *Rapporto sulla salute mentale*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_it.pdf?ua=1

OMS. (2003). *Advocacy for mental health*. World Health Organization.

OMS. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2010). *User empowerment in mental health—A statement by the WHO Regional Office for Europe*. https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2010/user-empowerment-in-mental-health-a-statement-by-the-who-regional-office-for-europe

OMS. (2013). *Mental health action plan 2013-2020.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966

OMS. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*.

OMS. (2019). *Mental disorders*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

OMS. (2020). *Adolescent mental health*. Adolescent Mental Health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Ottati, V., Bodenhausen, G., & Newman, L. (2005). *Social Psychological Models of Mental Illness Stigma.* (pagg. 99–128). https://doi.org/10.1037/10887-004

Pal, A., Saxena, V., & Avinash, P. (2021). Stigma in Bipolar Affective Disorder: A Systematic Quantitative Literature Review of Indian Studies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *43*(3), 187–194. https://doi.org/10.1177/0253717621996618

Penn, D.L., D. L. & Martin, J. (1998). The Stigma of Severe Mental Illness: Some Potential Solutions for a Recalcitrant Problem. *PSYCHIATRIC QUARTERLY*, 13.

Picchioni, M. M., & Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ : British Medical Journal*, *335*(7610), 91–95. https://doi.org/10.1136/bmj.39227.616447.BE

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (Alvisa Palese). McGraw-Hill Education.

Pons Prata. J. & Galvany Estragues. P. (2016). *Evolucion de los cuidados enfermeros en salud mental y su relacion frente al estigma.* 30.

Quartesan, R. (2009). *Manuale di psichiatria*. Morlacchi Editore.

Radix. (2010). *Scuola, Rete Scuole 21*. Radix. https://www.radixsvizzeraitaliana.ch/pagine/Scuola/Rete-Scuole-21

Raucci, V., & Spaccapeli, G. (2013). *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*. Maggioli Editore.

Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità, & Ufficio del medico cantonale. (2020). *Programma d'azione cantonale promozione della salute 2021-2024*. 28.

Rigol Cuadra, A. R., & Apalategui, M. U. (2007). *Rigol, A., Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, 2a ed. ©2001 Últ. Reimpr. 2007*. Elsevier España.

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(6), 558–567. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, *16*, 163–188.

Sadock, B. & Sadock, V. (2003). *Psichiatria clinica. Kaplan&Sadock's Pocket handbook, 3 edizione.*

Sahile, Y., Yitayih, S., Yeshanew, B., Ayelegne, D., & Mihiretu, A. (2019). Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa,

Ethiopia: A cross sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, *13*. https://doi.org/10.1186/s13033-019-0283-x

Salaberry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios historicos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *29*, 143–148. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022&nrm=iso

Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine.

Seo, M. K., Kim, S. H., & Rhee, M. (2013). Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(3), 217–223. https://doi.org/10.1177/0020764011431543

Sibel, Ç., İlkay, K., & İlhan, G. (2021). Stigma Experiences of Psychiatric Nurses and Coping Strategies: A Qualitative Study. *International Archives of Nursing and Health Care*, *7*(1). https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510152

SNLG. (2009). *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Zadig, Milano.

stigma[1] in Vocabolario—Treccani. (s.d.). Recuperato 9 giugno 2021, da https://www.treccani.it/vocabolario/stigma1

SUPSI. (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*. https://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html

SUPSI - Formazione Continua—DAS Salute mentale e psichiatria. (s.d.). Recuperato 24 agosto 2021, da https://www.supsi.ch/fc/offerta-formativa/advanced-studies/das/siti-das/indirizzo-clinico/piano-degli-studi/programma-dei-DAS/das-salute-mentale-psichiatria.html

Szmukler, P. G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, *17*(3), 233–244. https://doi.org/10.1080/09638230802052203

Tacchini, M. A. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Elsevier. https://books.google.ch/books?id=XiB6PQAACAAJ

Ufficio federale della sanità pubblica. (2016). *La prevenzione del suicidio in Svizzera. Contesto, necessità di agire e piano d'azione*. https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-gesundheit.html

Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, M., Trost, M., & Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz: Schlussbericht*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw). https://doi.org/10.5167/uzh-103453

Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., Morita, K., Saavedra, M., Wong, C., Galea, S., & Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saude Coletiva*, *21*(1), 71–79. PubMed. https://doi.org/10.1590/s1414-462x2013000100011

Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., Yow, K. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PloS One*, *12*(11), e0187593. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593

Questa pubblicazione, ***Personale curante e stigma verso il paziente affetto da disturbi mentali: un confronto fra i diversi contesti di cura***, scritta da *Leticia De Paolis*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.