

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Sede di Cuneo



TESI

**L'INFERMIERE E LO STIGMA CHE ACCOMPAGNA
LA MALATTIA MENTALE**

Relatore: Dr. Ugo Palomba

Candidata: Rosina Serratore

ANNO ACCADEMICO 2006-2007

Ma! Pa!

...ovunque siate...

...in qualsiasi dimensione vi troviate...

...spero di avervi reso felici e orgogliosi per almeno un istante:

questo lavoro è dedicato a voi due che mi mancate da morire....

Ringrazio innanzi tutto il Dr Ugo Palomba per avermi dato l'opportunità di scrivere una tesi con Lui su un argomento che mi sta veramente a cuore... ma ancor di più per la sua disponibilità e presenza nel seguirmi.

Ringrazio tutti del Centro Diurno, in particolare la carissima Chiara Varaldo per le ore passate con me a “decifrare” codici e numeri misteriosi; Anna Paola Pili per il suo importante sostegno morale e anche il Dottor Bottasso per le sue delucidazioni indispensabili.

Ringrazio gli Studenti e gli Insegnanti coinvolti nel Progetto “*Fuori come va?*” del Liceo Psico-Pedagogico “*E. De Amicis*” di Cuneo per aver permesso la mia partecipazione nelle ultime fasi del loro percorso formativo e soprattutto per essere riusciti a trasmettermi il senso di questo lavoro.

Ringrazio Danilo Paola per avermi “trascinata” a Cuneo e Andrea Kretly per il suo ruolo determinante all'inizio di questo cammino tre anni fa.

Infine grazie ancora a: Silvana, Teresa, Angela, Marco, Nello, Sylvia, Peter, Giulia e Laurence.

INDICE

PREMESSA.....	Pag. 7
INTRODUZIONE.....	Pag. 8
PRIMO CAPITOLO: LO STIGMA.....	Pag. 10
1.1 Cosa intendiamo con il termine stigma?.....	Pag. 11
1.2 Stigma e follia: origini storiche.....	Pag. 13
1.3 La follia:da strumento divino a realtà criminalizzata.....	Pag. 13
1.4 Dai lebbrosari agli ospedali/carceri.....	Pag. 15
1.5 La follia:da realtà criminalizzata a malattia.....	Pag. 17
1.6 Dai manicomi al territorio: lo stigma odierno.....	Pag. 20

SECONDO CAPITOLO: DIMENSIONI DELLO STIGMA... Pag. 24

2.1	<i>Public e self stigma</i>	Pag. 25
2.2	Diffusione del <i>public stigma</i>	Pag. 27
2.3	Stereotipi comuni	Pag. 28
2.4	Forme del <i>public stigma</i>	Pag. 29
2.5	Strategie per cambiare il <i>public stigma</i>	Pag. 30
2.6	<i>Self stigma</i>	Pag. 31
2.7	<i>Structural stigma</i>	Pag. 32
2.8	Cosa si è fatto finora	Pag. 33
2.9	L'esperienza in Germania	Pag. 35
2.10	Lavorare nella scuola	Pag. 38
2.11	Programmi anti-stigma in Italia	Pag. 39
2.12	L'esperienza di Rovigo	Pag. 42

TERZO CAPITOLO: CUNEO: SCUOLA E STIGMA..... Pag. 45

3.1	Concetto di multifattorialità	Pag. 46
3.2	Stress – vulnerabilità	Pag. 46
3.3	L'infermiere: punto fermo dell'équipe	Pag. 47
3.4	Promozione della salute	Pag. 49
3.5	L'esperienza dell'ASL 15 di Cuneo	Pag. 51
3.6	Tre anni di sensibilizzazione	Pag. 53
3.7	Vediamo nel dettaglio: il progetto “<i>Fuori come va?</i>”	Pag. 54
3.8	Analisi del questionario	Pag. 58

QUARTO CAPITOLO: CONSIDERAZIONI FINALI..... Pag. 94

4.1 La parola agli studenti: le loro testimonianze..... Pag. 95

4.2 Educazione alla salute e adolescenti..... Pag. 104

4.3 *Peer education*..... Pag. 106

4.4 Le nostre considerazioni sul progetto “*Fuori come va?*” Pag. 107

4.5 La *dissonanza cognitiva*..... Pag. 109

4.6 I nostri suggerimenti..... Pag. 112

BIBLIOGRAFIA..... Pag. 116

ABSTRACT..... Pag. 120

ALLEGATI..... Pag. 122

Allegato n. 1	Traccia del questionario
Allegato n. 2	Elaborazione dei dati
Allegato n. 3	Legenda elaborazione tabulato
Allegato n. 4	Relazione finale del progetto
Allegato n. 5	Segnalibro
Allegato n. 6	Card
Allegato n. 7	Diario di tirocinio

Premessa

Riteniamo indispensabile una sola precisazione: in questo lavoro verranno usati indistintamente termini quali: folli, matti, disturbati mentali, malati psichici, disagiati mentali, disturbati psichici, malati mentali, ecc. ecc. Qualsiasi sia il termine che incontrerete noi staremo sottintendendo sempre e comunque persone che stanno in una condizione di non ben-essere e che noi consideriamo “*sofferenti emozionali*”.

Introduzione

La definizione di *stigma* non è semplice. E' un termine che viene usato in diversi campi ma sempre e comunque per indicare un'accezione non positiva.

In questa tesi ci occuperemo di stigma associato alla malattia mentale intendendo tutto ciò che di negativo si dice e si pensa intorno appunto alla malattia mentale e che è in grado di produrre reazioni di allontanamento verso il malato, come se il termine *stigma* equivallesse a *condanna*.

Negli ultimi decenni la stigmatizzazione e l'intolleranza verso le diversità sono diventate un fenomeno sempre più presente, in particolare proprio verso la diversità che può derivare da una malattia mentale. Da molte ricerche effettuate si è giunti alla conclusione che le persone che soffrono di un disturbo mentale devono già in partenza affrontare due problemi: la malattia in sé e lo stigma ad essa associato.

La stigmatizzazione è una dimensione della sofferenza fatta di stereotipi, pregiudizi e false credenze che quindi si aggiunge e va a gravare il peso dell'esperienza della malattia. La conseguenza di entrambi i problemi è la minore opportunità di avere una migliore qualità di vita: ritardo nel ricorso alle cure specialistiche, grave isolamento sociale, incapacità nel trovare una casa o un buon lavoro, sviluppo di comportamenti di abuso di alcool e di sostanze, di fenomeni di emarginazione e di una protratta marginalizzazione.

Lo stigma che accompagna la malattia mentale è diventato oggetto di studio solo negli ultimi anni ma fortunatamente gli studiosi che se ne interessano hanno a disposizione moltissimi dati tratti da studi decennali sullo stigma legato all'appartenenza a gruppi di minoranze.

Con questi studi si è dimostrato che tanto più sono maggiori l'informazione e la conoscenza intorno all'oggetto dello stigma e tanto minore è lo stigma che vi viene

associato.

In questa tesi, dopo il primo capitolo in cui viene fatto un excursus storico sulle origini dello stigma legato alla malattia mentale, nel secondo viene proposta una carrellata su alcuni studi sia a livello nazionale che internazionale effettuati in questi ultimi anni su giovani studenti, individuati come i promotori di una nuova cultura della salute. Lo scopo è capire attraverso la loro voce quali interventi mettere in atto per diminuire lo stigma verso la malattia mentale. Da questi studi è stato evidenziato che le principali dimensioni dello stigma sono quattro: *l'imprevedibilità, la pericolosità, l'incapacità di lavorare e l'inguaribilità*.

In particolare in Italia nel marzo 2004, il Ministero della Salute d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione ha avviato un sondaggio su 2000 studenti allo scopo d'indagare l'atteggiamento verso la malattia mentale. A questo è seguita una ricerca di scuole che avessero nei loro programmi progetti anti stigma. Tra quelle in tutta Italia che hanno risposto all'appello e in seguito ad una attenta valutazione da parte del Ministero sono state scelte nove scuole pilota tra cui il Liceo Socio Psico-Pedagogico di Cuneo. Con queste scuole è stato portato avanti un progetto triennale di sensibilizzazione di cui noi indagheremo i risultati nel terzo capitolo.

Nel quarto capitolo invece troveremo la descrizione della mia partecipazione attiva alle fasi finali del progetto triennale "*Fuori come va?*" condotto dal Centro Diurno A.S.L. 15 di Cuneo con gli studenti del Liceo Socio Psico-Pedagogico (prima terze diventate quinte), oltre alle mie considerazioni personali sul Progetto stesso ed alcuni suggerimenti su possibili alternative/integrazioni.

PRIMO CAPITOLO

LO STIGMA

1.1 Cosa intendiamo con il termine stigma?

Nell'antichità furono i Greci i primi a servirsi di questa parola per designare una serie di segni fisici inflitti a determinate persone, segni inequivocabili, marchi visibili di discredito e di vergogna per chi li portava. Questi marchi fisici associati ad aspetti riprovevoli avevano la precisa funzione di segnalare all'intera collettività che chi si aveva dinanzi era portatore di uno status morale criticabile e disprezzabile.

Sappiamo che ogni società da sempre stabilisce quali siano le caratteristiche che devono essere dimostrate da ciascun membro per poter essere considerato appartenente ad essa. Vengono così selezionati certi comportamenti e attributi che giudicati indesiderabili gettano discredito su chi li possiede.

Esiste quindi una sorta di "identità sociale". Ognuno di noi ne è portatore ed equivale al nostro immediato biglietto da visita. Risponde all'esigenza umana di dover capire senza riflettere chi si ha di fronte per stabilire la presenza o meno di un pericolo imminente. In virtù di questo ancestrale meccanismo inconscio, noi categorizziamo costantemente chi incontriamo lasciandoci spesso trascinare da nostre presupposizioni piuttosto che da fatti concreti.

Infatti, quando un individuo viene a trovarsi alla presenza di altre persone, queste, in genere, cercano di avere informazioni sul suo conto o di servirsi di quanto già sanno di lui. È probabile che il loro interesse verta sul suo status socio-economico, sulla concezione che egli ha di sé, sul suo atteggiamento nei loro confronti, sulle sue capacità, sulla sua serietà, ecc. Per quanto possa sembrare che alcune di queste informazioni siano cercate come fini a se stesse, generalmente, alla loro base, stanno motivi molto pratici.

Le notizie riguardanti un individuo aiutano a definire una situazione, permettendo agli altri di sapere in anticipo che cosa egli si aspetti da loro e che cosa essi, a loro volta, possono aspettarsi da lui: tali informazioni indicheranno come meglio agire per ottenere

una sua determinata reazione.

Intendiamo allora per stigma qualsiasi segno più o meno visibile che rimanda, implicitamente o esplicitamente, ad una diversità percepita come scarto negativo rispetto alla norma: il colore della pelle, una menomazione, l'indizio dell'appartenenza ad una minoranza, le tracce di una biografia sconveniente.

Stimare l'identità sociale di chi abbiamo di fronte quindi spesso equivale a creare dei pregiudizi o, semplicemente, a servirsi di essi.

Lo Zanichelli definisce il pregiudizio come: “idea od opinione errata, anteriore alla diretta conoscenza di determinati fatti o persone, fondata su convinzioni tradizionali e comuni ai più(...)”.

Il fatto che siano convinzioni comuni ai più rimanda all'aspetto sociale del pregiudizio che possiamo allora considerare come proiezione di stereotipi (concetto distorto di un aspetto della realtà) spesso mediate anche da sentimenti di paura e di inferiorità, che vengono riversati su gruppi di persone estranee in modo acritico da altri gruppi di persone che si pongono su un piano di superiorità.

Così, ad esempio l'immigrato senza conoscenza diretta, può essere oggetto di numerose attribuzioni di connotati negativi e deformati. Può essere visto come un probabile criminale, sicuramente un destabilizzatore dell'ordine pubblico, il fruitore indebito di una parte di assistenza sanitaria e il beneficiario di attenzioni sociali (relative a beni primari come la casa, la salute, i servizi socio-educativi) del tutto immeritatamente o a scapito degli autoctoni.

Ma anche quando la conoscenza diretta dovesse avvenire siamo sempre restii ad abbandonare il nostro pregiudizio giustificando il singolo ma non il gruppo d'appartenenza (“è albanese ma non è come tutti gli altri” ad esempio). Stigmatizzare qualcuno quindi è rendere quel qualcuno non completamente umano, non degno di noi. Vuol dire mettersi su un piano differente, un piano rialzato da cui sentenziare e

prenderci il lusso di ferire altri esseri umani gratuitamente.

1.2 Stigma e follia: origini storiche

Tutti questi atteggiamenti discriminanti avvengono “normalmente” con chi soffre di un disturbo mentale, il cosiddetto folle.

La follia (dal latino *folle(m)*, mantice ripieno d'aria, vuoto), esiste da sempre. Il peso che essa ha sulla persona è diverso in base al periodo storico e alla cultura di appartenenza.

Nelle civiltà antiche tutti i fenomeni legati alla follia venivano ricondotti alla sfera magico-religiosa. Il folle era l'espressione sulla terra della volontà divina. Anche se questo faceva di lui uno strumento svuotato di una propria identità, quanto meno gli permetteva di venire riconosciuto come entità sociale con una posizione di rilievo. Ancora oggi in alcune realtà tribali e minoranze etniche lo stato allucinatorio viene indotto di proposito perché ritenuto un mezzo di collegamento tra il terreno e il divino.

Tornando al passato fu nell'epoca greco-romana che si iniziò ad indagare i fenomeni psichici con un approccio naturalistico. Ippocrate riportò alla natura che è in noi l'origine dei nostri mali e così anche il disagio psichico perse in gran parte la caratteristica di sovrannaturale. Nonostante ciò fino all'alto Medio Evo la follia era ammessa nella società come parte naturale e costitutiva di essa.

1.3 La follia: da strumento divino a realtà criminalizzata

Nel tardo Medio Evo invece, in seguito a frequenti carestie ed epidemie, il portatore di disturbo psichico divenne un perfetto capro espiatorio: la follia diventò segno del demonio e per contrastarlo moltissime persone finirono sul rogo senza avere alcuna colpa o, come accadeva in Germania e in Olanda, i portatori di disturbi psichici venivano affidati alla “*stultifera navis*”(La nave dei folli).



I marinai di questa nave avevano il compito di portare i folli in un continuo peregrinare di mari e di fiumi con lo scopo di toglierli dalle città rendendoli prigionieri senza esserlo e al contempo salvaguardando la collettività dal pericolo da essi rappresentato. Per ironia della sorte l'acqua, elemento di libertà assoluta, diveniva estrema prigionia per tutti gli indesiderati dal mondo "civile".

Fu in questo periodo infatti che vennero gettati i semi che portarono più avanti alla vera e propria segregazione della follia perché da questo periodo in poi la follia diverrà sempre più criminalizzata.

Con la Rivoluzione Industriale ed il conseguente processo di urbanizzazione si assistette al rapido sviluppo di agglomerati di persone che, lasciate le campagne per le fabbriche, versavano in condizioni igienico-socio-economiche molto difficili. L'ordine pubblico ben presto divenne una grossa priorità sia per la borghesia (che nel frattempo si era sostituita al potere della Chiesa) sia per la monarchia. Quest'ultima decise di porvi rimedio con l'istituzione di particolari istituti destinate appunto a chiunque destabilizzasse l'ordine pubblico. Emarginati, dementi, alcolisti, straccioni, disoccupati, nullatenenti e disturbati psichici ne erano i maggiori candidati. Nel 1656 il Re di Francia aprì le porte dell'*Hôpital Général* per accogliere poveri e mendicanti allo scopo di togliere dalle strade parigine tutti coloro che venivano considerati devianti.

Ben presto questa struttura da sola non bastò per coprire le richieste di asilo e così fu

ordinato che ce ne fosse una in ogni città. Tale beneficenza doveva però essere in qualche modo ripagata: le persone ospitate dovevano lavorare per quanto potevano e nel caso non lo facessero, venivano punite e poi cacciate via.

I luoghi deputati a questa sorta di accoglienza altro non erano che i lebbrosari dismessi.

1.4 Dai lebbrosari agli ospedali/carceri

I lebbrosari erano sorti intorno alla fine del XII secolo per allontanare dalle “città dei sani” coloro che erano stati colpiti da una così orribile e deturpante malattia a cui non vi era rimedio. La lebbra si era diffusa in Europa occidentale con maggiore forza che in passato e la sua percezione da malattia presto si trasformò in simbolo: il lebbroso rappresentava l'uomo deturpato in tutto il corpo dai propri peccati.

L'orrore che suscitavano i lebbrosi sui loro concittadini era tale che fu allora deciso di costruire delle città fuori dalle città in grado di auto sostenersi ma soprattutto di non interferire in nessun modo con le città dei sani.

Essere costretti ad andarci a vivere significava per i lebbrosi affrontare senza volerlo una morte sociale, tant'è che la loro deportazione avveniva sotto forma di funerale. Lo spazio fisico tra loro e i sani garantiva a questi ultimi uno spazio neutrale. In questo modo si poteva volgere ai malati uno sguardo pietoso, a debita distanza, nell'intento di reintegrarli spiritualmente. Per i sani infatti questi malati rimanevano comunque delle creature di Dio che espiavano i loro peccati attraverso l'isolamento sociale forzato.

Quando ormai la lebbra scomparve dall'Europa nel XV secolo (ma la lebbra è ancora presente oggi nel Sud Est Asiatico, nelle Filippine, in Malesia, nel Sud della Cina e nelle Isole del Pacifico con milioni di malati), le strutture lasciate libere dai lebbrosi tornarono utili nel periodo dell'urbanizzazione diventando al contempo ospedali e

carceri per accogliere la vastità di individui respinti dalle città operose.

In realtà di ospedaliero c'era ben poco. Presto infatti si rivelarono come strutture dotate di una propria amministrazione con poteri autonomi per quanto riguardava leggi e giudizi al loro interno sugli ospitati.

I malati venivano trattati senza rispetto, deprivati delle cose più necessarie alla vita come l'acqua e il cibo, rinchiusi in stambugi infetti, sporchi e senza luce alla stregua di bestie e alla mercé di brutali carcerieri precursori dei più moderni infermieri psichiatrici novecenteschi.

Dov'era finita la carità cristiana? Fino al medioevo la povertà era un mezzo attraverso cui veniva manifestata la propria fede e compiere atti caritatevoli significava guadagnarsi il cielo.

A partire dalla Riforma di Lutero (che si ribellò al sistema altamente corrotto adottato dalla Chiesa di Roma che dietro grosse somme di denaro elargiva posti in paradiso rendendo così inutile la confessione dei peccati in punto di morte) e seguendo con l'industrializzazione nei due secoli seguenti, la povertà cadde sotto giudizio morale e diventò colpevolizzante: era povero chi non lavorava e chi non lavorava andava contro i principi di Dio il quale, con la cacciata dall'Eden, aveva imposto ad Adamo ed Eva di lavorare per espiare il peccato originale.

Lavorare dunque significava essere in grazia di Dio, non lavorare significava sfidare Dio ritrovandosi nella condizione di eresia con tutto ciò che ne conseguiva, a partire dal divieto di entrare in chiesa. Ecco che il folle giudicato secondo questa nuova etica diventava socialmente inutile in quanto refrattario al lavoro e di conseguenza escluso e condannato alla stregua di criminali, poveri, malati ed eretici. Il mondo degli internati era quindi costituito da ogni sorta di personalità, anche e soprattutto perché le misure d'internamento erano arbitrarie: bastava ben poco per urtare la sensibilità di qualche potente tanto che presto un parigino su cento finì rinchiuso in una di queste strutture.

1.5 La follia: da realtà criminalizzata a malattia

La situazione precedentemente descritta rimase immutata fino all'avvento delle idee di uguaglianza e rispetto civile che promulgava la corrente dell'Illuminismo sfociate poi nella Rivoluzione Francese (1789-1799). Riconoscere i diritti fondamentali dell'uomo indusse a riconoscere il diritto di ogni uomo alla cura. Il Razionalismo imperante riportò la follia a fatto biologico e fu sentita la necessità di separarla dal resto. Prima ospitati in un'unica struttura ora i ladri vengono messi in carcere, i malati negli ospedali ecc. Il più acceso sostenitore di questo nuovo modo di considerare la follia come malattia fu Philippe Pinel (1745-1826), medico francese passato alla storia come padre della psichiatria nonché liberatore dei folli dalle catene.



Fu nel 1792 che, diventato medico alla Salpêtrière di Parigi dopo una precedente esperienza a Bicêtre, decise di aprire le celle facendo funzionare la struttura non più come una prigione bensì come un ospedale: stava nascendo così il manicomio. Liberò un gran numero di persone condannate principalmente per motivi morali o sociali e trattene quelli che riconobbe come "malati di mente".

Egli sosteneva il principio che tali malati non potessero essere equiparati ai comuni delinquenti né agli altri tipi di malati. *“I pazzi, lungi dall'essere gente colpevole degna di essere punita – osservava Pinel – sono poveri malati, le cui condizioni disgraziate*

meritano tutta la considerazione che si deve portare all'umanità sofferente: si dovrebbe cercare coi metodi più semplici di salvare la loro ragione”.

In realtà Pinel (come egli stesso riconoscerà), deve ad un altro personaggio il merito di liberare dai ceppi e dalle catene i folli per collocarli in un nuovo spazio, ossia Jean-Baptiste Pussin, (1746 - 1811), padre spirituale dell'odierno infermiere psichiatrico. Pussin per primo adottò verso i malati mentali di Bicêtre un atteggiamento più umano liberandoli appunto dalle catene. In questo modo egli spesso riusciva ad ottenere la loro collaborazione: aveva gettato i semi per un nuovo progetto terapeutico, il “trattamento morale” che Pinel sviluppò di lì a poco.

Questo nuovo tipo di trattamento si fondava sulla convinzione che il folle non è mai completamente tale perché comunque conserva una parte di ragione ed è su quella che bisogna lavorare. Questa visione del folle che all'epoca risultò rivoluzionaria venne negata durante la Restaurazione (1814 – 1830), per poi essere ripresa più tardi da un collega di Pinel che gli succederà alla Salpêtrière: Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772 – 1840).

In linea con l'educazione illuminista del tempo Pinel affermava che le malattie mentali altro non erano che turbe della ragione prodotte dalle passioni. Per guarire le malattie mentali bisognava allora agire sulle passioni. Risale quindi a Pinel ma anche e soprattutto al suo erede Esquirol, il nuovo punto di vista sulla follia: la follia non è quasi mai totale, non è quasi mai in grado di annichilire interamente la ragione umana. Dirà al proposito il filosofo tedesco Friedrich Hegel che la follia – ed il suo fenomeno più direttamente visibile, il delirio – è parziale in quanto rimane sempre vivo nel folle un resto di ragione: proprio puntando su questo resto, cioè sulla parte sana dell'io, è possibile comprendere, curare e guarire la malattia mentale.

Nonostante le buone intenzioni iniziali però presto il trattamento morale svelò altri aspetti che nel tempo degenerarono nella segregazione manicomiale. In effetti questo

nuovo progetto terapeutico si accompagnò fin da subito ad azioni di forza scaturenti da un approccio pedagogico asimmetrico: il medico diventò l'educatore/adulto mentre il malato mentale rivestì il ruolo dell'allievo/bambino.

In un'epoca che esaltava la Ragione, la Non-Ragione che esprimevano i folli con i loro comportamenti si credeva dovuta alle loro passioni indomite. Queste passioni che quindi li agitavano venivano domate attraverso il giocoforza tra i malati (a cui non rimaneva come unica scelta che il sottomettersi) e i medici (oltre agli infermieri/custodi, anch'esse figure dominanti). Lo scopo di tale sistema che includeva il sottometterli con ferrea disciplina, altro non era che il tentativo di dare un ordine logico alle idee passionali (quindi caotiche) dei folli. Tutto ciò prendeva vita all'interno di luoghi apposta deputati: i manicomi, ritenuti dalla comunità scientifica del tempo utili allo sviluppo degli studi e della cura della follia.

Il trattamento morale, proposto e praticato prima da Pinel e successivamente da Esquirol fino a quasi i giorni nostri (durante i quali ricorre anche a villeggiature, visite a teatro, una libertà maggiore di movimenti, all'edificazione religiosa, all'attività fisica), si fondava quindi su due livelli fondamentali: da un lato i risvolti disciplinari e repressivi dell'istituzione segregante che il manicomio venne a rappresentare, dall'altro lato il dialogo, l'ascolto e l'empatia tra il medico e il suo paziente, il parlare con dolcezza e il ridare la speranza al malato.

Per avviare però tale dialogo ed il conseguente trattamento morale bisognava prima placare le passioni del malato mentale fonte degli squilibri presentati ora come furore ora come stravaganze ora come deliri ecc. Lo si faceva sia attraverso efficaci mezzi di repressione e di controllo (l'uso degli infermieri, la cella d'isolamento, un sistema di premi e di punizioni), sia attraverso particolari strumenti di contenzione e di dissuasione (docce calde o fredde, sedia rotatoria, camicia di forza, letto di contenzione, ecc.). In conclusione, viene riconosciuto a Pinel un carattere di profonda innovazione per tutto quanto da lui avviato ma al contempo va anche ricordato che alle catene da lui tolte

furono ben presto sostituite nuove modalità di coercizione.

Riconoscere il "malato di mente" come malato infatti non cambiò la percezione della società della malattia mentale come escludente da qualsiasi ordine di legittimazione sociale, né venne abbandonato l'ideale repressivo nei loro confronti che anzi diventò totalizzante. I malati mentali ereditarono quindi sotto ogni aspetto i lebbrosari con tutto il loro carico emotivo nefasto incollato alla coscienza sociale. Le strutture che fino ad un secolo prima avevano ospitato ogni sorta di personalità scomoda alla società divennero luoghi di sorveglianza solamente per i malati mentali sancendo in questo modo la nascita dei primi manicomi veri e propri, ereditieri di secoli di azioni stigmatizzanti che ancora oggi in parte vediamo perpetuarsi nella società.

1.6 Dai manicomi al territorio: lo stigma odierno

Abbiamo finora evidenziato come la follia in un contesto o in un altro da sempre viene allontanata dal mondo civile. I malati mentali furono reclusi nei manicomi in modo da non poter nuocere né dare scandalo. L'art.1 della legge n. 36 del 14 febbraio 1904 sanciva che: *“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”*.

Alla base di questa legge così come del pensiero comune vi erano i pregiudizi legati alla figura del disagio psichico quali la violenza, l'irrecuperabilità, la pericolosità, l'incomprensibilità. Evidentemente nella coscienza collettiva il malato mentale continuava ad essere senza soggettività, considerato completamente succube del suo male e di conseguenza soggetto da soggiogare.

Intorno al 1930 avvenne un cambiamento. Ai malati mentali vennero applicate delle nuove terapie di shock (insulinico, malarico, elettro convulsivo). Queste da un lato annichilivano le coscienze di chi vi veniva sottoposto, ma dall'altro diedero l'occasione di guardare a queste persone come soggetti non solo da custodire ma anche da curare (anche se, ancora una volta, sempre e solo all'interno del manicomio).

Una ulteriore spinta in questo senso fu data dall'introduzione degli psicofarmaci negli anni '50. Contemporaneamente a questi cominciarono a diffondersi anche le teorie psicanalitiche che non consideravano più la malattia mentale come solo fatto organico ma strettamente legata alla situazione esperienziale del soggetto che la manifestava. Fu così che nel 1962 in America si arrivò ad aprire i primi Centri di Igiene Mentale che però con quel termine “igiene” rammentavano ancora attributi poco “puliti” nelle menti dei malati, come se ci fosse qualcosa di sporco. Intanto in Italia bisognerà aspettare il 13 maggio 1978 per abolire la normativa del 1904 con la legge 180 grazie al direttore dell'Ospedale di Gorizia Franco Basaglia. Con la sua determinazione e le sue battaglie si è giunti ad un completo riassetto della psichiatria passando attraverso lo smantellamento dei manicomi e la restituzione alla società dei suoi “fratelli minori”. Ma la società è pronta ad accoglierli?

Come disse il patriota Massimo D'Azeglio dopo le conquiste di Garibaldi: *“Fatta l'Italia bisogna fare gli Italiani”* così ora che le leggi favoriscono il reinserimento in società dei sofferenti psichici bisogna fare in modo che questo possa avvenire realmente e sotto tutti i punti di vista. Non basta infatti togliere dall'isolamento del manicomio una persona se poi la si isola stigmatizzandola.

Ancora oggi il pregiudizio intorno alle malattie mentali è molto resistente tanto da considerare lo stigma la malattia secondaria di chi soffre di disturbi psichici. A questo proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 7 aprile 2001 in occasione della giornata della salute mentale ha lanciato lo slogan *“Stop exclusion, Dare to care”* (*Contro lo stigma, il Coraggio delle cure*) evidenziando i pregiudizi più diffusi e

chiedendo a tutti i governi di intervenire nel concreto per superarli. Quali sono tali pregiudizi? Vediamo uno per uno i maggiormente diffusi.

“I malati mentali sono pericolosi per sé e per gli altri”: sì, certamente qualcuno lo è ma guardando le statistiche si evince che solo lo 0,2% dei malati in un anno incorre in atti perseguibili penalmente. In questo senso molto della responsabilità del rinforzo di tale pregiudizio va attribuita ai media che, a fini di lucro e senza porsi il minimo scrupolo sulle conseguenze di chi soffre tali disturbi, mettono in ampio risalto (dove deliberatamente non esagerano), fatti di cronaca relativi a persone con disturbi psichici comprovati. Oppure se chi compie gesti efferati non aveva mai accusato tali disturbi, si appellano comunque al *“raptus di follia”* da essi stessi inventato, con la precisa volontà di ignorare che in realtà ognuno di noi potrebbe commettere qualsiasi gesto del genere.

“E' inutile starli ad ascoltare, tanto non dicono niente di sensato”: certamente trovandoci di fronte ad una persona in crisi delirante tutto ciò che dice ci può apparire senza logica, incomprensibile. Non sarebbe lo stesso se trovandoci di fronte la stessa persona nella stessa situazione adottassimo un atteggiamento di disponibilità e voglia di leggere tra le righe di ciò che ci dice, anzi, scopriremmo che spesso può esistere un terreno comune su cui costruire un dialogo funzionale.

“I malati mentali non possono guarire”: oggi come oggi non c'è niente di più falso (così come lo è sempre stato d'altronde), eppure risulta essere il più invalidante tra i pregiudizi in quanto genera un senso di perdita di speranza sia nella persona malata che in chi ha vicino.

“Sono un peso per la società perché non lavorano”: sì, a volte non riescono davvero a lavorare, così come non ci riusciamo noi quando ad esempio abbiamo l'influenza. Se fossero persone non in grado di lavorare come avrebbero potuto auto sostenersi nei secoli nelle loro *“città fuori dalle città”*? Oggi più che negli anni passati si grida a gran voce il loro diritto al lavoro che è condizione essenziale per il raggiungimento di una

reale autonomia.

Potremmo continuare ancora per un bel po' ma il succo del discorso è che bisogna eviscerare le motivazioni infondate a sostegno dei pregiudizi. E' importante avere gli strumenti e i metodi giusti per arrivare alla coscienza delle persone e combattere lo stigma. Molto si è fatto soprattutto in questi ultimi trenta anni ma moltissimo è rimasto da fare.

SECONDO CAPITOLO

DIMENSIONI DELLO STIGMA

“La normalità è solo una questione di consenso. Ossia, se molta gente pensa che una cosa sia giusta, quella cosa lo diventa.”

dal libro “Veronika decide di morire” di Coelho P.

2.1 Public e self stigma

Lo stigma che accompagna la malattia mentale è diventato oggetto di studio solo negli ultimi anni ma fortunatamente gli studiosi che se ne interessano hanno a disposizione moltissimi dati tratti da studi decennali sullo stigma legato all'appartenenza a gruppi di minoranze.

Dall'integrazione di vecchi e nuovi studi sullo stigma Corrigan e Watson affermano che l'impatto dello stigma per il malato mentale è doppio, si divide cioè in *public stigma* e *self stigma*.

Il *public stigma* rappresenta la reazione che la popolazione ha verso le persone con malattia mentale; il *self stigma* è il pregiudizio che le persone con malattia mentale hanno nei confronti di loro stesse.

Entrambe le tipologie di stigma possono essere scisse in tre componenti: stereotipi, pregiudizi, discriminazioni.

Nel *public stigma* lo stereotipo è una credenza negativa condivisa, una struttura cognitiva molto efficace appresa dalla maggior parte di un gruppo sociale contro un altro gruppo (ossia il gruppo di persone non malate mentali ritiene che i malati mentali siano pericolosi, deboli di carattere, incapaci).

Il pregiudizio è l'essere d'accordo con lo stereotipo con conseguente reazione negativa (se appartengo al gruppo non malati mentali e sono d'accordo con la credenza che i malati mentali siano pericolosi ecc., allora svilupperò nei loro confronti dei sentimenti quali rabbia o paura).

La discriminazione è la risposta comportamentale al pregiudizio (se ho paura del gruppo malati mentali allora ne eviterò i membri, non gli darò lavoro, non gli affitterò un alloggio, non gli darò alcun aiuto).

Per quanto riguarda il *self stigma* le definizioni non cambiano ma sono rivolte contro sé stessi.

Lo stereotipo diventa credenza negativa su sé stessi (*“tutti pensano che sono un debole, un incapace”*);

il pregiudizio è l'essere d'accordo con la credenza sviluppando una reazione emotiva negativa (*“se tutti pensano che sono un incapace allora sarà davvero così, vuol dire che non valgo nulla, non so organizzarmi niente nella mia vita”*);

la discriminazione è la risposta comportamentale al pregiudizio (*“se non valgo nulla è inutile che mi metta a cercare lavoro, nessuno me lo darà...nessuno mi affitterà mai un alloggio decente, tanto vale rassegnarmi e star lontano da tutti...”*).

C'è da dire però che il fatto che la maggior parte della gente conosca tutta una serie di stereotipi non implica la conseguenza che tutti siano d'accordo con essi. E' vero tuttavia che le persone che hanno pregiudizi sostengono questi stereotipi negativi (*“è vero, tutte le persone con malattie mentali sono violente!”*), avallandoli con quanto ad esempio i media gli propongono, generando di conseguenza reazioni emotive negative (*“mi fanno paura, non voglio averci a che fare”*).

Abbiamo visto allora che dallo stereotipo ne discende il pregiudizio e che da questo vengono prodotte risposte emotive (rabbia o paura), verso i gruppi stigmatizzati, ad esempio: *lo “zingaro”* (nella realtà non discriminante si chiama Rom) *è un ladro* (stereotipo); *tutti gli zingari lo sono* (pregiudizio); *ho paura degli zingari* (risposta emotiva al pregiudizio); ne consegue che il pregiudizio che quindi è fondamentale una risposta cognitiva ed emotiva porta alla discriminazione che è una reazione comportamentale: *terrò lontano da me gli zingari* (discriminazione).

La paura porta all'evitare: ad esempio datori di lavoro non assumono persone con malattie mentali, i locatori non gli affittano le case, la gente non li accoglie ecc. Quando è il malato stesso a sviluppare il *self stigma* l'evitare è prodotto da sé stesso (“*nessuno mi vuole, non esco di casa*”). Molte ricerche infatti indicano che l'auto stigma e la paura del rifiuto conducono molte persone con malattia mentale a non sfruttare delle valide opportunità per sé stessi in ogni aspetto della vita.

2.2 Diffusione del *public stigma*

Da ricerche effettuate sembra che lo stigma verso la malattia mentale sia diffuso maggiormente nel mondo occidentale. Diversi studi indicano che la maggior parte dei cittadini statunitensi e di molti paesi dell'Europa hanno atteggiamenti ed opinioni stigmatizzanti circa la malattia mentale. Inoltre evidenziano che le opinioni stigmatizzanti non si limitano alla parte di popolazione incolta o meno istruita ma persino molti professionisti nel campo della salute mentale condividono stereotipi riguardo la malattia mentale.

D'altro canto anche se lo stigma sembra meno evidente in paesi asiatici ed africani non è chiaro se questa conclusione rappresenti una sfera culturale che non promuove lo stigma (*chi è malato di mente non è poi così anormale*), o se sia dovuto ad una scarsità di ricerca in queste società.

Secondo lo psichiatra Horacio Fabrega la mancanza di differenziazione tra le malattie psichiatriche e quelle non psichiatriche nelle tre grandi tradizioni mediche non occidentali (africana, cinese, indiana), è un fattore importante nella minore severità dello stigma verso le malattie mentali in queste culture rispetto all'occidente.

Dalle sue ricerche ha trovato che in queste culture la stigmatizzazione esiste ma solo

rispetto alla cronicizzazione (sottinteso: sono forme croniche che non rispondono alle cure tradizionali), mentre nella nostra cultura ad esempio c'è la paura di venire stigmatizzati già al primo contatto con una struttura psichiatrica.

Solo nelle società islamiche lo stigma sembra essere del tutto inesistente.

2.3 Stereotipi comuni

Tornando agli studi effettuati da Corrigan e Watson dalle analisi dei media (stampati e film), sono stati identificati tre argomenti principali a sostegno degli atteggiamenti stigmatizzanti:

- 1) - *le persone con malattie mentali sono maniaci omicidi che bisogna temere;*
- 2) - *hanno percezione infantile del mondo da rimanerne stupiti;*
- 3) - *sono essi stessi responsabili della loro malattia perché hanno il carattere debole, mancano di volontà.*

Dai risultati di uno studio effettuato parallelamente su più di duemila cittadini inglesi e americani sono stati ottenuti questi risultati simili:

- a) - *paura ed esclusione: le persone con malattia mentale grave dovrebbero essere temute e perciò allontanate dalle comunità;*
- b) - *autoritarismo: le persone con malattia mentale grave sono irresponsabili e di conseguenza le decisioni sulla loro vita dovrebbero essere prese da altri;*
- c) - *benevolenza: le persone con malattia mentale grave sono ingenue perciò devono essere protette.*

Benché atteggiamenti stigmatizzanti non siano limitati alla malattia mentale sembra che la popolazione disapprovi significativamente di più le persone con solo invalidità

psichiatriche che non quelle che oltre all'invalidità psichiatrica hanno anche un'invalidità fisica. Allo stesso tempo, a differenza di chi è portatore di solo un'invalidità fisica, le persone che hanno solo una malattia mentale vengono percepite dalla popolazione come capaci di gestire le proprie invalidità psichiatriche e anche responsabili della stessa causa. Inoltre gli intervistati sono meno disposti a compatire le persone con malattia mentale reagendo a tale invalidità psichiatrica con rabbia e credendo che l'aiuto non è meritato, paragonando la malattia mentale grave alla dipendenza dalla droga, alla prostituzione, alla criminalità.

2.4 Forme del *public stigma*

L'impatto comportamentale (o discriminazione), che deriva dal *public stigma* può prendere quattro forme: il negare l'aiuto; l'evitare; il trattamento coercitivo; l'istituzione segregante.

Alcune ricerche hanno dimostrato che la popolazione nega aiuto ad alcuni gruppi di minoranza a causa di un corrispondente stigma. Una forma più estrema di questo comportamento che abbiamo visto è l'evitare sociale, in cui la popolazione si sforza generalmente riuscendoci a non interagire con le persone con malattia mentale.

La General Social Survey (GSS) effettuata nel 1996 dal National Opinion Research Center usando il Modulo MacArthur della Salute Mentale su un campione di 1444 adulti americani rivelò che più della metà degli intervistati non erano disposti a:

- 1) - passare una serata a socializzare con una persona con malattia mentale;
- 2) - lavorare con lei;
- 3) - sposarne una o farla sposare ad un membro della famiglia.

La discriminazione può anche apparire nell'opinione pubblica su come curare le persone con malattia mentale. Ad esempio, benché recenti studi non siano stati in grado di dimostrare l'efficacia di cure obbligatorie, più del 40% del campione GSS del 1996 concordò che le persone con schizofrenia dovrebbero essere costrette a curarsi. Inoltre la popolazione sostiene che la segregazione nelle istituzioni sia il miglior servizio proponibile alle persone con disordini psichiatrici gravi.

2.5 Strategie per cambiare il *public stigma*

Le strategie di cambiamento del *public stigma* sono state raggruppate in tre approcci:

- 1) - protesta;
- 2) - istruzione;
- 3) - contatto.

Alcuni gruppi protestano contro le rappresentazioni della malattia mentale inesatte ed ostili per combattere lo stigma che rappresentano. Questi sforzi mandano due messaggi:

- a) - ai media: ***SMETTETE di riportare rappresentazioni della malattia mentale inesatte.***
- b) - alla popolazione: ***SMETTETE di credere alle opinioni negative riguardo la malattia mentale.***

Ci sono indicazioni, ma poche ricerche empiriche, che affermano che la protesta sia funzionale. Tuttavia essa è una strategia reattiva: cerca di diminuire atteggiamenti negativi circa la malattia mentale ma non promuove atteggiamenti più positivi supportati dai fatti.

L'istruzione invece fornisce informazioni affinché la popolazione possa prendere

decisioni più consapevoli circa la malattia mentale. Quest'approccio al cambiamento dello stigma è stato accuratamente studiato dai ricercatori nel campo. Ad esempio, le ricerche hanno indicato che le persone che manifestano una miglior comprensione della malattia mentale sono meno propense a sostenere lo stigma e la discriminazione. Quindi fornire corrette informazioni circa la malattia mentale sembra ridurre gli stereotipi negativi. Fondamentale è il passaggio di informazioni corrette che risultano maggiormente efficaci se prodotte da programmi d'istruzione diversificati a seconda del target (studenti universitari, liceali, ecc.).

Lo stigma viene ulteriormente ridotto quando i membri della popolazione incontrano persone con malattia mentale in grado di sostenere un lavoro nel tempo oppure vivere come buoni vicini nella comunità. La ricerca ha indicato un rapporto inverso tra il contatto con una persona con malattia mentale e il sostenere lo stigma psichiatrico, perciò le opportunità per la popolazione di incontrare persone con malattia mentale grave può diminuire lo stigma. Il contatto interpersonale viene ulteriormente aumentato quando la popolazione riesce ad interagire regolarmente con persone con malattia mentale come pari.

2.6 Self stigma

Abbiamo visto come le persone con malattia mentale che vivono in una società che sostiene largamente le idee stigmatizzanti interiorizzano queste idee e credano di essere meno valide a causa del proprio disordine mentale (*self stigma*). L'autostima ne soffre così come la fiducia nel proprio futuro. Però le ricerche indicano anche che anziché essere schiacciate dallo stigma molte persone con malattia mentale si arrabbiano giustificatamente a causa del pregiudizio che subiscono. Questo tipo di reazione incoraggia queste persone a cambiare i propri ruoli nel sistema di salute mentale

diventando più partecipi nei propri piani di cura e spesso spingendo nella richiesta di miglioramenti nella qualità di servizi.

Questa ambivalenza (la bassa autostima di quelli che subiscono contro la rabbia giustificata di quelli che reagiscono), descrive un fondamentale paradosso nel *self stigma*.

Adottando modelli che spiegano l'esperienza di *self stigma* quindi bisogna tenere conto sia di quelle persone il cui senso del sé viene danneggiato dallo stigma sociale sia degli altri che dallo stigma e l'ingiustizia che ne deriva vengono invece stimolati ricevendone un rinforzo dell'autostima e dell'identità personale.

C'è ancora un terzo gruppo che bisogna considerare nel descrivere l'impatto dello stigma su sé stessi: il senso di sé per molte persone con malattia mentale non è né danneggiato né stimolato dallo stigma sociale ma mostra invece apparentemente un'indifferenza totale ad esso.

2.7 Structural stigma

Il *public stigma* e il *self stigma* originano un altro tipo di atteggiamento proprio dei media che però investe Istituzioni e gli stessi servizi: lo *structural stigma*.

E' una sorta di stigma associato alla Psichiatria e ai suoi collaboratori che si traduce nel concreto in minori finanziamenti destinati alla ricerca e agli interventi.

La responsabilità dei media sta nel fatto che essi usano un approccio verso la malattia mentale caratterizzato dall'enfasi accompagnata agli episodi di auto ed etero aggressività di malati di mente o presunti tali dimostrabile dalla tendenza che hanno di attribuire diagnosi psichiatriche agli autori di atti violenti mentre danno poca rilevanza ai progressi delle cure e ai dati di realtà che indicano che la percentuale di persone con

disturbi mentali che commette atti di violenza è sovrapponibile se non inferiore a quella di persone cosiddette “normali”.

2.8 Cosa si è fatto finora

Abbiamo visto che la stigmatizzazione è una dimensione della sofferenza che si aggiunge a quella prodotta di già dalla malattia e che porta all'isolamento spesso non solo i malati ma l'intera famiglia (in questo caso prende il nome di *stigma di cortesia*).

Abbiamo anche parlato di *structural stigma* come dello stigma che circonda la Psichiatria in generale, vissuta come inferiore rispetto alla Medicina ufficiale e di conseguenza meno presa in considerazione a livello di finanziamenti per la ricerca e gli interventi.

E' un dato di fatto purtroppo che questo alone stigmatizzante che attornia la Psichiatria ed i suoi operatori sia una concausa del ritardo di richiesta d'aiuto di pazienti e familiari ai primi esordi della malattia.

Si tende infatti ad ignorare i primi campanelli d'allarme della presenza di una malattia mentale perché si ritiene che il solo contatto con la struttura psichiatrica stigmatizzi a vita il soggetto malato e la sua famiglia ritardando così l'accesso alle cure e aumentando in secondo tempo gli sforzi per riappropriarsi delle abilità per un buon funzionamento sociale.

E' infatti provato che maggiore è il tempo che intercorre tra i primi sintomi e l'inizio delle cure (“tempo di malattia non trattata”), peggiore è la prognosi e minore è la probabilità di risposta ai trattamenti.

Per tale motivo l'Associazione mondiale di psichiatria (WPA) ha da alcuni anni intrapreso un programma internazionale “*Reducing stigma and discrimination because*

of schizophrenia” denominato “*Open the doors*”, volto alla riduzione dello stigma causato dalla malattia mentale. L'obiettivo di questo programma, ormai attivo in diversi paesi del mondo tra cui l'Austria, la Germania, la Spagna, la Grecia, l'Egitto, il Canada, la Gran Bretagna, l'Italia e l'India, è quello di contrapporsi e di prevenire la discriminazione delle persone che soffrono di un disturbo mentale, al fine di eliminare problemi specifici che causano sofferenza. I mezzi per raggiungere l'obiettivo sono:

- a) aumentare le conoscenze sulla natura della schizofrenia e le possibilità di trattamento;
- b) migliorare l'atteggiamento generale verso i malati e le loro famiglie;
- c) promuovere azioni che prevengano e/o eliminino la discriminazione e il pregiudizio in specifici gruppi target della popolazione (o popolazione bersaglio).

E' considerato un programma innovativo per diversi aspetti. Il primo perché è internazionale il che significa che l'esperienza di un paese viene condivisa dagli altri con un intento di crescita dal confronto reciproco.

In secondo luogo è diverso da altri programmi perché il punto di partenza viene individuato nella reale esperienza di soggetti stigmatizzati, parte cioè dal punto di vista del vissuto esperienziale dei malati e delle loro famiglie.

Infine la sua innovazione sta nel fatto che questo programma utilizza azioni specifiche e mirate a gruppi target definiti in base a caratteristiche peculiari dell'area geografica di appartenenza e al ruolo che realmente coprono nella società, importante nella ricezione del messaggio e nel cambiamento di atteggiamento. Ad esempio gli stessi malati, le loro famiglie, gli studenti, i sacerdoti, i medici di base, i datori di lavoro, i giornalisti, i vigili, le forze dell'ordine eccetera.

A queste azioni mirate a gruppi target si è arrivati grazie all'esperienza nata dal progetto pilota di Alberta in Canada. Qui la sensibilizzazione al problema dello stigma fu cercata attraverso massive campagne in televisione, radio e giornali, con messaggi diretti a tutta

la popolazione nello stesso momento.

Dai riscontri successivi emerse che questo cambiava leggermente le conoscenze ma non gli atteggiamenti. Si tentò allora di portare avanti campagne anti-stigma coinvolgendo solo alcuni gruppi target della popolazione: studenti di scuola media superiore, giornalisti, persone che soffrono di un disturbo mentale e loro familiari, aziende del territorio. Fu dimostrato così che questo tipo di interventi mirati sono molto più efficaci e durevoli sia nelle conoscenze che negli atteggiamenti nonché meno costosi di interventi indifferenziati diffusi a pioggia su tutta la popolazione.

2.9 L'esperienza in Germania

Nell'ambito dello stesso programma globale WPA “*Open the doors*”, in Germania è stato fatto uno studio allo scopo di esplorare il punto di vista del vissuto stigmatizzante di malati, familiari e operatori della salute mentale per definire le priorità negli interventi anti-stigma da attuare.

Il metodo usato è stato creare dei *focus groups* con 8-12 partecipanti alla presenza di un moderatore che introduceva gli argomenti d'interesse della ricerca. Lo scopo era quello di creare una discussione il quanto più possibile naturale proprio per dare la possibilità ai partecipanti di esprimere il loro reale punto di vista.

Le persone intervistate sono state in tutto 83: 25 malati, 31 familiari, 27 operatori.

I temi discussi sono stati tre: esperienze concrete di stigmatizzazione, opinioni sulle cause della stigmatizzazione e suggerimenti per la lotta allo stigma.

All'analisi dei risultati in totale sono stati riportati 457 casi concreti di stigmatizzazione tra cui perdita di amici, parenti e colleghi (16,7%).

Molti hanno riportato esempi di stigmatizzazione vissuta nell'ambito del trattamento psichiatrico come misure coercitive ingiustificate o mancanza di collaborazione durante il trattamento (11,3%).

Un'altra fetta ha dichiarato di aver dovuto nascondere la diagnosi per trovare lavoro (8,9%) anche se questo non sempre risulta possibile dal momento che i farmaci non di ultima generazione usati per i trattamenti spesso danno luogo ad effetti secondari molto visibili (sintomi extrapiramidali come l'acatisia, cioè uno stato di irrequietezza motoria con incapacità di stare seduti e necessità di camminare pressoché incessantemente; le crisi discinetiche acute, soprattutto nei giovani e nelle prime fasi del trattamento, che si manifestano con contratture toniche, involontarie che interessano prevalentemente la muscolatura del collo o quella dell'occhio; il cosiddetto parkinsonismo iatrogeno con acinesia, inerzia motoria, apatia, tremori parkinsoniani soprattutto agli arti superiori e l'aumento di peso).

C'è ancora una parte di intervistati che ha dovuto confrontarsi con una cultura, anche tra i medici, che colpevolizza il malato stesso o la famiglia per la malattia presentata (8,9%).

L'elenco non termina qui ma da tutte le esperienze riferite durante le interviste emergono principalmente quattro dimensioni dello stigma secondo il punto di vista di malati e familiari: *rapporti interpersonali, immagine pubblica della malattia mentale, discriminazione strutturale e accesso ai ruoli sociali.*

La dimensione “*rapporti interpersonali*” riguarda le discriminazioni vissute nell'ambito delle relazioni sociali: familiari, amici e conoscenti. Molti malati riferiscono di non avere più contatti sociali al di fuori del reparto di psichiatria asserendo che notano nei non malati una scarsa comprensione nei loro confronti sia per quanto riguarda la malattia sia per le difficoltà che essi incontrano. A questo tipo di esclusione se ne aggiunge un secondo tipo legato invece al contatto tra familiari dei malati mentali e

operatori della salute mentale ancora aggrappati ad una visione superata che vedrebbe nella famiglia la causa dei disturbi dei malati mentali. Questo tipo di visione conduce gli operatori in questione a rifiutare la collaborazione offerta/pretesa dalle famiglie dei malati mentali. Questo atteggiamento crea nei familiari un vissuto di rifiuto.

La dimensione “*discriminazione strutturale*”, indica che la stigmatizzazione è provocata anche da squilibri strutturali insiti nel sistema legislativo e nelle decisioni politiche. In questo caso la qualità dei servizi di salute mentale è percepita come la forma più grave di discriminazione strutturale. Inoltre sia i malati che i loro familiari si sentono stigmatizzati nel momento in cui avvertono che il trattamento psichiatrico è standard, lasciando poco o per nulla spazio alla storia personale.

La dimensione “*immagine pubblica della malattia mentale*” è dominata dall'opinione che le persone malate siano violente e pericolose. Questa discriminazione è vissuta in modo doloroso da malati e familiari. Un grosso peso nella diffusione di questi stereotipi è da attribuire ai media che spesso in crimini particolarmente efferati di cui non si sa nulla delle dinamiche, di loro stessa iniziativa individuano nell'assassino un malato mentale. Un altro aspetto negativo legato all'immagine pubblica è dovuto al fatto che la gente non malata spesso confonde il malato mentale con la persona che ha un ritardo mentale. Questo comporta che i malati mentali spesso vengono considerati incompetenti per ogni aspetto della loro vita.

L'ultima dimensione è quella che preclude l'*accesso a importanti ruoli sociali*, più frequentemente si tratta di accesso all'occupazione. Rivelare o meno il proprio stato di salute spesso comporta lo stesso rischio di perdere il lavoro: se viene rivelato spesso si viene licenziati, se viene omesso nel caso venga scoperto si viene licenziati per aver mentito. Anche il ruolo madre/padre viene fortemente messo in crisi e non è raro che il partner di un malato mentale si allontani da questo portando via anche gli eventuali figli contribuendo così all'emarginazione conseguente alla malattia.

In seguito a questo primo lavoro a Lipsia è stato creato un servizio d'informazione specializzato in questioni psichiatriche e da questa prima iniziativa ne sono sorti altri in diverse città della Germania. A questo servizio d'informazione partecipano malati, familiari, giornalisti ed esperti del campo con lo scopo di facilitare le informazioni, prendere contatto con i media (a volte per far rettificare delle notizie errate sui malati mentali ad esempio), dar voce a pazienti e familiari per migliorare il loro stato e la loro partecipazione alla vita comunitaria.

2.10 Lavorare nella scuola

Tra i gruppi target uno ampiamente diffuso nei programmi nella lotta allo stigma della WPA è formato dagli studenti della scuole superiori. Le ragioni sono molteplici e facilmente intuibili.

Gli studenti vengono ritenuti in grado di influenzare gli atteggiamenti delle generazioni successive, inoltre la scuola si configura come ambito prioritario per azioni finalizzate a tutelare e promuovere la salute perché è uno degli ambienti fondamentali della vita giovanile, luogo di apprendimento, esperienze e socializzazione. E' il luogo dove spesso difficoltà e fallimenti si associano a situazioni di rischio che insegnanti e operatori scolastici dalla loro posizione privilegiata potrebbero scorgere in tempo. E' soprattutto il luogo adatto dove porre le premesse per costruire una nuova cultura della salute mentale eliminando pregiudizi e false credenze sulla malattia mentale.

2.11 Programmi anti-stigma in Italia

Nell'ottica mondiale di contrastare gli effetti negativi dello stigma e della discriminazione verso chi soffre di disturbi mentali il Ministero della Salute d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione ha voluto realizzare un programma di comunicazione, rivolto alla popolazione generale, con particolare riferimento al mondo giovanile attraverso il coinvolgimento della scuola.

Gli obiettivi principali sono:

- **aumentare le conoscenze e la comprensione sulla natura delle malattie mentali e sulle diverse possibilità di trattamento soprattutto nel campo dell'integrazione culturale e sociale;**
- **promuovere iniziative volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone affette da disturbi mentali ed i loro familiari;**
- **promuovere azioni specifiche che prevengano e superino la discriminazione e il pregiudizio in specifici gruppi sociali.**

La realizzazione del programma con le scuole ha previsto diversi momenti operativi tra cui:

- una valutazione degli atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali realizzata su un campione rappresentativo di studenti;
- una rilevazione in tutte le scuole medie superiori italiane per sondare la percezione del problema tra i docenti, il grado di presenza di questi temi nei Piani dell'Offerta Formativa e nelle programmazioni di classe, l'esistenza di esperienze didattiche e formative sul tema.

L'analisi e la valutazione delle schede di rilevazione ha permesso poi di individuare le "scuole pilota" oggetto di interventi di sensibilizzazione da parte di tre équipe multidisciplinari alle quali è stato affidato il compito, con un piano di intervento

comune, di stimolare i docenti e le scuole coinvolte su attività educative e didattiche, coerenti con gli ordinari piani di studio, centrate sul tema dello stigma in salute mentale.

Le équipe sono composte da tre figure-chiave:

- un insegnante
- uno psichiatra
- un esperto di psicodidattica.

Complessivamente il Programma ha visto il coinvolgimento di:

- n. 474 scuole superiori per l'indagine sulle esperienze scolastiche sul tema della malattia mentale
- n. 2.000 studenti delle scuole italiane per la realizzazione del sondaggio sugli atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali
- n. 9 scuole "pilota" all'interno delle quali sono stati realizzati gli interventi da parte dell'équipe dei tutor tra cui troviamo l'Istituto Magistrale "De Amicis" di Cuneo della cui esperienza discuteremo dettagliatamente nel capitolo successivo.

Nel corso dello svolgimento del Programma sono stati realizzati due sondaggi a livello nazionale:

- un sondaggio sugli atteggiamenti dei giovani nei confronti delle malattie mentali realizzato attraverso la somministrazione di un questionario a n. 2.000 studenti delle scuole italiane superiori (marzo 2004);
- un'indagine, condotta attraverso un questionario rivolto alle scuole medie superiori italiane, per sondare la percezione del problema delle malattie mentali diffusa tra i docenti, il grado di presenza di questi temi nei piani dell'Offerta Formativa e nelle programmazioni di classe e l'esistenza di esperienze didattiche e formative sul tema (novembre 2004).

Dal sondaggio è emerso che sostanzialmente non c'è differenza rispetto alla residenza geografica, la rappresentazione delle tematiche risulta abbastanza omogenea. Risalta come l'associazione all'idea di malato mentale avvenga attraverso la percezione esterna della malattia (matto, pazzo, folle ecc.), ma anche attraverso la considerazione emotiva del malato mentale (solo, depresso, bisognoso d'aiuto ecc.).

Tra le malattie elencate correttamente risalta la schizofrenia con il 93% mentre tra le scorrette il 20% indica la sclerosi multipla. Ne possiamo velocemente dedurre che bisogna insistere sull'area informativa.

Nel momento in cui è stato chiesto di prendere una posizione rispetto a situazioni di convivenza sociale come condividere l'appartamento o andare in vacanza con qualcuno che soffre di disturbi mentali rispettivamente solo il 14% e il 22% degli studenti intervistati si è dichiarato disponibile.

Allo stesso tempo l'80% ci farebbe dello sport insieme, il 79% potrebbe averci un'amicizia, il 58% stare in classe nello stesso banco e il 52% andarci ad una festa (la percentuale è inversamente proporzionale al grado di coinvolgimento).

Alla domanda su quanto ci si ritiene informati il 72% dichiara della necessità di avere maggiori informazioni e che queste, per il 21% di loro, gli giungono dalla televisione. E' importante notare che il 46% dichiara di conoscere direttamente qualcuno che soffre di disturbi mentali. Le conclusioni di questo studio sono state sostanzialmente positive perché si è evidenziato un approccio di disponibilità all'informazione (72%) e sensibilizzazione al problema.

L'approccio positivo si denota anche nella stessa definizione del malato mentale che oltre ai termini classici associati alla sua immagine (folle, matto ecc.), ne vede altri (solo, bisognoso d'aiuto ecc.), che evidenziano l'atteggiamento di solidarietà verso queste persone.

L'imprevedibilità, l'inguaribilità e la violenza sono tra gli stereotipi più diffusi. Rispetto

all'informazione che viene esplicitamente richiesta è importante tenere presente che è fondamentale che questa sia corretta e mirata soprattutto considerato il fatto che la maggior parte di loro apprende sulle malattie mentali dalla televisione, a maggior ragione perché il 46% di loro dichiara di conoscere persone affette da malattia mentale verso cui presumibilmente adotta un approccio condizionato dalla scarsità di conoscenza su questa dimensione della sofferenza.

2.12 L'esperienza di Rovigo

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo in linea col Programma Nazionale dei Ministeri della Salute e della Pubblica Istruzione ha avviato dal 2000 un programma d'intervento nelle scuole basato su dati che dimostravano che i ragazzi non hanno una chiara idea di cosa sia la malattia mentale ma nonostante ciò i loro atteggiamenti stigmatizzanti si allineano a quelli del resto della popolazione. Il tempo del progetto è stato di 18 mesi suddiviso in due parti.

Nella prima parte si sono adottate strategie atte a influenzare informazioni e atteggiamenti connessi alla salute mentale su un campione di 240 studenti tra quarte e quinte classi.

Nella seconda parte si valutava il mantenimento nel tempo degli eventuali cambiamenti nelle informazioni e atteggiamenti posseduti all'inizio su un campione di 160 studenti (le quinte classi che nella fase precedente erano quarte.).

Tra le varie metodologie proposte si è scelto di costruire un percorso formativo/esperienziale attraverso delle fasi interattive che prevedevano un incontro con un personaggio del mondo dello spettacolo e della cultura vicino ai giovani in grado di attirare la loro attenzione e veicolare in modo più diretto un argomento delicato e

complesso quale la salute mentale; la proiezione di spezzoni di film in grado di evocare nei ragazzi il vissuto dei protagonisti creando così in loro un pensiero critico capace di intaccare i loro stessi pregiudizi; la discussione di storie figurate con l'obiettivo di renderli consapevoli del peso che un giudizio senza fondamento può avere su una persona; la tecnica del *Role playing* simulando situazioni di disagio in ambito scolastico in cui il calarsi nei panni della persona malata dava la possibilità di intuire il disagio stesso cercando delle situazioni alternative al problema.

Con un gruppo poi più ristretto si è fatto uno stage al Dipartimento di Salute Mentale allo scopo di offrire agli studenti la possibilità di entrare in contatto diretto con il Dipartimento e i Servizi connessi in modo da creare attraverso la loro formazione un gruppo dei pari in grado poi di passare le conoscenze ad altri di pari status (*peer education*).

Dall'analisi dei risultati ottenuti si è notato un miglioramento della conoscenza sulle malattie mentali e soprattutto sui segnali di malessere con il conseguente aumento di tollerabilità verso i malati stessi. Si è anche evidenziato un maggiore interesse verso questa realtà e tutto quanto la circonda a partire dai Servizi alle cure sottolineato dalla richiesta stessa dei ragazzi di maggiori informazioni.

Si è evidenziato la messa in discussione di alcune false credenze quali l'incurabilità o il non essere competenti nel lavorare. In sostanza i dati raccolti incoraggiarono a promuovere altri interventi mirati e sistematici sul tema della malattia mentale al fine di produrre maggiore conoscenza e informazione indispensabile per la riduzione dello stigma verso la malattia mentale che in qualsiasi momento della vita potrebbe colpire chiunque di noi.

Andando più nello specifico, dall'analisi dello studio prima dell'intervento è emerso che l'80,5 % dei ragazzi conosceva il nome di almeno una malattia mentale, tra queste risaltano la schizofrenia (63,7%) e la depressione (5,2%). Il 31,7% affermano di

conoscere qualcuno che soffre di una malattia mentale.

Il 4,9% dei maschi intervistati avrebbe problemi a stare nella stessa classe con qualcuno che soffre di una malattia mentale mentre le ragazze sarebbero il 10,8%.

Il 64,2% era a conoscenza del fatto che in Italia gli Ospedali Psichiatrici sono stati definitivamente chiusi e circa l'80% riteneva la chiusura non opportuna. L'11,9% ritiene che i malati mentali sono inguaribili e il 17,9% che non sono in grado di lavorare, il 41,2% che sono più violente delle altre persone, il 68,1% che di solito hanno bisogno di farmaci.

Dopo sei mesi d'intervento sale al 96,9% la percentuale di coloro che affermano di conoscere il nome di almeno una malattia mentale e il 36,1% di conoscere almeno una persona che ne soffre.

Il 4,3% dei ragazzi continuerebbe ad avere problemi a stare nella stessa classe con una persona malata di mente mentre le ragazze scendono al 3,7%.

Aumenta chi è a conoscenza che in Italia gli Ospedali Psichiatrici sono chiusi (74,8%) e ne riteneva opportuna la chiusura, anche se questo vale più per i ragazzi (45%) che per le ragazze (26,2%).

Per quanto riguarda l'indagine sulle false credenze, diminuiva sia la percentuale di coloro che consideravano le persone affette da malattie mentali più violente delle altre persone (25,2%), così pure l'idea che le persone che soffrono di un disturbo mentale siano incapaci di lavorare (9,2%), un minor numero credeva che di solito queste persone hanno bisogno di farmaci (49,6%) e solo l'1,5% degli studenti li riteneva inguaribili.

TERZO CAPITOLO

CUNEO: SCUOLA E STIGMA

3.1 Concetto di multifattorialità

Nell'epoca in cui viviamo, l'Era della Comunicazione, non è più ammissibile portare avanti un discorso stigmatizzante nei confronti dei malati mentali che, secondo dati OMS, sono il 10% della popolazione.

E' vero che le conoscenze sulle cause che determinano le malattie mentali non sono ancora del tutto chiare (escluse quelle riconducibili a cause organiche tipo gravi traumi cranici o neoplasie cerebrali o demenza di Alzheimer ecc).

Nonostante ciò, nella Psichiatria, soprattutto a partire dagli anni Ottanta, è andato sempre più affermandosi il concetto di multifattorialità della malattia mentale che ha aperto nuovi orizzonti all'indagine psicopatologica.

Rimane sottinteso che esiste un qualcosa di sconosciuto che porta i malati mentali a percepire la realtà che li circonda in maniera decisamente diversa dal resto della popolazione.

A questa realtà distorta ne conseguono comportamenti maladattivi nei confronti della società e del contesto in cui vivono ma coerenti con le loro percezioni, quindi non condannabili né tanto meno da stigmatizzare in quanto per loro quello che noi chiamiamo "sintomi della malattia mentale" risultano essere una sorta di adattamento funzionale alla realtà percepita, indispensabile per la loro stessa esistenza psichica.

3.2 Stress - vulnerabilità

In ambienti scientifici che studiano le cause delle malattie mentali si parla sempre più spesso di "teoria dello stress-vulnerabilità".

La vulnerabilità, per esempio nel paziente schizofrenico, viene intesa come incapacità di

filtrare gli stimoli esterni (da quelli sensitivi a quelli legati alla sfera delle emozioni), fino al punto da esserne saturi e schiavi e di non poter più vivere (come se continuamente si venisse bombardati da qualsiasi cosa: un rumore o un'emozione o uno sguardo o l'affetto di un legame ecc).

Questa teoria non spiega le cause che sfociano in malattie mentali ma dà una nuova chiave di lettura di cosa può voler significare per un malato di mente soffrire per la propria patologia.

E' un concetto che mette in chiaro che i malati mentali non hanno solo una malattia bensì la loro intera realtà è coinvolta nel loro star male. Loro stessi, la loro famiglia, il loro contesto sociale, i legami amicali, il contesto lavorativo e tutto ciò che li circonda di fisico o di astratto è coinvolto nel loro malessere.

Intorno ad un malato mentale quindi è necessario che non ci sia solo una figura di riferimento ma è indispensabile che ci sia una équipe multidisciplinare a farsene carico perché nello stesso momento in cui ci si fa carico di una persona malata di mente ci si fa carico della sua intera storia personale e non può e non deve essere diversamente.

3.3 L' infermiere: punto fermo dell'équipe

Dagli anni Cinquanta in poi, con l'introduzione dei neurolettici tra le terapie dei malati mentali, s'era creduto di aver trovato finalmente la soluzione a tutti i loro disagi.

Oggi sappiamo per certo che questo non è sufficiente perciò le nuove correnti di studiosi in materia tendono ad integrare i dati della ricerca genetica, biochimica e della neurofisiologia, con le osservazioni e le esperienze che, nell'ambito del modello relazionale dinamico, sono derivate dall'approccio psicoanalitico, fenomenologico, sistemico e sociologico.

Nel curare quindi un malato mentale bisogna adottare un approccio globale, olistico (come d'altronde lo stesso approccio è necessario per curare qualsiasi tipo di malato). C'è la necessità di una molteplicità di professionisti in grado di garantire un'azione integrata finalizzata.

Operando in modo sinergico ed ognuno per la propria specifica interpretazione del bisogno espresso dal malato, le probabilità di curarne ogni singolo aspetto della loro realtà compromessa si amplificano.

Vengono impiegate quindi tutta una serie di figure professionali indispensabili l'una all'altra per potenziare gli interventi miranti allo stesso scopo descritto all'interno di un progetto terapeutico socio-riabilitativo personalizzato. Questo consente di fornire risposte articolate e coerenti sia al malato che alla famiglia e tra tutte le figure coinvolte nel progetto certamente l'infermiere è una tra quelle che gode di una posizione privilegiata.

Il privilegio deriva in primis dalla forma mentis che l'infermiere ha nello svolgere la sua professione legata alle teorie del nursing apprese durante il corso di studi. L'altro strumento fondamentale di cui l'infermiere dispone è il saper gestire la relazione che di per sé assume valore terapeutico.

Soprattutto nel caso dei malati mentali schizofrenici gravi il ruolo dell'infermiere è fondamentale perché, dal contatto diretto e costante in termini di tempo trascorso insieme, ne discende che per loro l'infermiere diventa l'opportunità di mettere un confine tra il mondo esterno e sé stessi.

Nei malati mentali schizofrenici più gravi infatti il sé è talmente destrutturato che vengono definiti “senza pelle”, per indicare che tra la loro realtà e il mondo esterno non esiste confine (di conseguenza tutto li travolge).

Per loro riuscire ad instaurare una relazione con una persona precisa a partire dal contatto quotidiano, come può essere con l'infermiere appunto, significa recuperare un

punto di riferimento fondamentale (*“io finisco dove l'operatore che ho di fronte comincia”*), l'occasione di una nuova consapevolezza del proprio sé.

I tempi in cui l'infermiere psichiatrico era *“il custode dei matti”* quindi sono distanti anni luce. Oggi nel bagaglio specifico dell'operatore di salute c'è ben altro.

Nel *Profilo Professionale* sancito dal D.M. n. 739 del 1994 all'art. 1 si recita: *“l'infermiere è l'operatore sanitario (...) responsabile dell'assistenza generale infermieristica (...) preventiva, curativa, palliativa, e riabilitativa (...) di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”* E' fondamentale perciò che gli infermieri mettano in campo tutte le loro competenze in ogni ambito in cui prestano la loro opera.

Nello specifico della salute mentale è necessario che identifichino i loro comportamenti mentali ed operativi nel processo relazionale, il lavoro d'équipe e nella progettazione di interventi terapeutici personalizzati verso ogni singolo malato.

3.4 Promozione della salute

Il 21 novembre 1986, a Ottawa nell'Ontario in Canada, si è riunita la 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute in risposta alle aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica.

Questa Conferenza si basava sulla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata e sul documento dell'OMS sugli obiettivi della Salute per Tutti entro il 2000. I partecipanti a questa Conferenza si impegnarono:

- ❖ **a intervenire nel campo della politica pubblica per la salute e a sostenere un chiaro impegno politico a favore della salute e dell'equità in ogni settore;**

- ❖ **a contrastare le pressioni a favore dei prodotti dannosi, dell'impoverimento delle risorse, degli ambienti e delle condizioni di vita malsane, di una nutrizione inadeguata; al contrario, si impegnarono a focalizzare attenzione su questioni di salute pubblica quali l'inquinamento, i rischi occupazionali, la questione dell'abitazione e degli insediamenti;**
- ❖ **a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute; si impegnarono inoltre a supportarle e a metterle in grado di mantenere sane se stesse, i familiari e gli amici (con mezzi finanziari o con altri mezzi) e ad accettare che la comunità sia una voce fondamentale sui temi della salute, delle condizioni di vita e del benessere;**
- ❖ **a riorientare i servizi sanitari e le relative risorse verso la promozione della salute e a condividere il potere con altri settori, altre discipline e, cosa più importante, con le persone stesse;**
- ❖ **a riconoscere che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale e una sfida; ad occuparsi del problema ecologico globale rappresentato dai nostri stili di vita.**

Promozione della salute quindi indica il processo che permette alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante se possibile o di farvi fronte.

La salute è perciò vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere, è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Pertanto la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

Nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 la Carta di Ottawa viene ripresa manifestando

l'impegno nel “*favorire comportamenti e stili di vita per la salute*” e sostenendo la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio e dei comportamenti individuali che favoriscono l'insorgenza di patologie.

Il compito di intraprendere tali iniziative dirette alla popolazione spetta alle Aziende Sanitarie Locali che come *mission* hanno appunto la Prevenzione.

Nello spirito di questa *mission* l'Italia nel 1995 ha aderito alla “Rete Europea delle Scuole che Promuovono la Salute”- Health Promoting School (HPS), un progetto promosso dall'OMS in cui viene richiesta la compartecipazione e la condivisione di obiettivi, azioni e responsabilità in egual misura sia da parte del Ministero della Pubblica Istruzione che da parte del Ministero della Salute.

In particolare viene sottolineato il ruolo importante che ricopre l'Istituzione Scolastica in quanto luogo per eccellenza deputato all'educazione e alla formazione di bambini e ragazzi attraverso programmi di studi e attività metodicamente ordinate, nonché luogo principe per le relazioni sociali tra i giovani, di confronto e crescita personale fisica e intellettuale.

Abbiamo già visto infatti che è proprio nella scuola che l'OMS ha individuato il target per numerosi progetti tra cui quelli volti alla riduzione dello stigma verso i malati mentali.

3.5 L'esperienza dell'ASL 15 di Cuneo

Il Dipartimento di Salute Mentale ASL 15 di Cuneo da alcuni anni, attraverso il Centro Diurno, promuove iniziative volte sia alla riduzione dello stigma e del pregiudizio nei confronti della malattia mentale sia a favorire un coinvolgimento più attivo della cittadinanza su queste problematiche.

Il progetto avviato nel 2004 denominato “*Fuori come va?*” ha valenza innovativa. E' nato nell'ambito del programma internazionale “*Reducing stigma and discrimination because of schizophrenia*” denominato “*Open the doors*”, secondo la strategia di cambiamento dei pregiudizi legata all'istruzione.

Prevedeva la sistematizzazione metodologica di un percorso informativo ed educativo svolto in precedenza con alcune scuole.

L'obiettivo era quello di coinvolgere i destinatari del progetto (adolescenti ma anche utenti del Centro Diurno), in un percorso formativo triennale che utilizzasse il lavoro di rete al fine di ridurre la distanza emotiva ed il pregiudizio nei confronti della malattia mentale.

Inizialmente furono coinvolti cinque Istituti Superiori e fu somministrato un questionario ad un campione di 1000 studenti (“*Questionario sull’atteggiamento verso la malattia mentale*” di Kemali e coll.).

Da questa prima somministrazione di questionari si evinceva che il 52% degli studenti ritenesse i malati mentali imprevedibili; il 65% non era a conoscenza della legge 180 del 1978 ma nonostante ciò il 41% asseriva che dovesse essere ripristinata la possibilità del ricovero degli Ospedali Psichiatrici; il 50% riteneva che le cause della malattia mentale fossero biologiche/ambientali e il 67% che ci fosse un grande bisogno di maggiore conoscenza sulle malattie mentali.

Secondo la visione per cui il passaggio di informazioni corrette è maggiormente efficace se prodotto da gruppi di pari, nella fase successiva si è provveduto alla formazione di due gruppi più ristretti di studenti con i quali si è fatto un percorso triennale informativo-formativo-esperienziale.

Il loro mandato finale era quello di passare le informazioni agli studenti di altre classi dello stesso Istituto. Le classi scelte per questo progetto sono state la 3E e 3M del Liceo Psico-Pedagogico “E. De Amicis” di Cuneo.

3.6 Tre anni di sensibilizzazione

Il progetto ha avuto la durata di tre anni.

E' stato programmato secondo delle fasi specifiche che più dettagliatamente saranno descritte nel prossimo paragrafo. A grandi linee diciamo che la prima prevedeva l'approfondimento del significato dello stigma e dei pregiudizi verso chi soffre di un disturbo mentale attraverso la preliminare contrattazione e successiva somministrazione del questionario ai 1000 studenti.

In secondo tempo ci si è concentrati solo su due classi del Liceo Psico-Pedagogico "E. De Amicis" di Cuneo (dalla terza alla quinta) da cui sono stati formati ancora due gruppi più piccoli allo scopo di creare un gruppo dei pari.

Nella successiva fase si è elaborato un piano di lavoro con i due gruppi più ristretti (formati ovviamente sulla base di un loro maggiore interesse verso queste tematiche) a partire dagli elementi significativi emersi dall'indagine sui 1000 studenti.

Ciò è stato possibile attraverso la promozione di forme di collaborazione tra docenti e operatori del servizio di Salute Mentale e attraverso momenti di informazione e riflessione insieme agli studenti.

Nella terza fase sono state promosse occasioni di incontro e scambi tra le persone con disturbi mentali, gli operatori e gli studenti allo scopo di favorire l'instaurarsi di relazioni significative.

In questo modo alla totalità degli studenti è stata garantita l'opportunità di vivere diversi momenti di condivisione ed esperienze comuni attraverso incontri con gli utenti del Centro Diurno ad esempio durante le attività di musica terapia o di arte terapia o di appuntamenti sportivi.

In particolare, con il gruppo più ristretto dei pari, nella fase successiva si è provveduto alla ricerca di uno strumento di sensibilizzazione sulla malattia mentale da auto

realizzare.

Questa fase è stata poi seguita dall'ultima che prevedeva il dare visibilità dell'esperienza fatta dal gruppo dei pari agli altri studenti e alla cittadinanza attraverso proprio lo strumento realizzato.

Infine, a progetto terminato, sono stati ri-somministrati i questionari agli studenti che hanno seguito l'intero percorso triennale per valutare se c'erano stati dei cambiamenti rispetto alle dimensioni del pregiudizio, delle conoscenze sui disturbi mentali e dei contatti con persone con questo disturbo.

3.7 Vediamo nel dettaglio: il progetto “*Fuori come va?*”

Dopo la somministrazione iniziale dei 1000 questionari abbiamo visto che si è deciso di scegliere due classi del Liceo Socio Psico-Pedagogico di Cuneo.

Le classi scelte per il prosieguo del progetto sono state la terza E e la terza M.

Con gli studenti di queste classi è stato avviato un programma di sensibilizzazione attraverso canali informativi, comunicativi, formativi.

L'obiettivo principe era quello di fornire informazioni sul disagio legato alla malattia mentale, compreso lo stigma che la accompagna, di conseguenza anche quello di promuovere un cambiamento di atteggiamento verso i malati mentali.

Alla terza E e alla terza M quindi nel 2004 è stato riproposto il questionario a inizio progetto.

Dopo tre anni d'intervento nel giugno 2007 il questionario è stato riproposto alle stesse classi diventate ovviamente quinta E e quinta M.

Segue una sintetica descrizione delle fasi del progetto suddivisa per gli anni

2005- 2006- 2007.

ANNO 2005

- Somministrazione di un questionario a circa 1000 studenti delle ultime tre classi di alcuni istituti superiori di Cuneo.
- Condivisione del piano di intervento fra operatori e docenti Istituto Psico-Pedagogico (scelta delle classi e presentazione del Servizio di Salute Mentale, verifiche della disponibilità).
- Preparazione del materiale per gli incontri informativi con le due classi del terzo anno individuate e metodologia di conduzione del gruppo.
- Incontro informativo e di sensibilizzazione sulla malattia mentale tenuto da uno Psichiatra e da due Educatrici del centro Diurno del Servizio di Salute Mentale dell'ASL 15 con entrambe le classi.
- Restituzione dati del questionario alle classi IV e V dell'Istituto Psico-Pedagogico.
- Definizione ed organizzazione dei gruppi esperienziali (arte, teatro, sport).

ANNO 2006

- Laboratorio di Arteterapia: quattro incontri (due per ogni classe) tenuti da un operatrice del Centro Diurno con la partecipazione di alcuni utenti.
- Laboratorio Teatrale: quattro incontri (due per ogni classe) tenuti dalla conduttrice del laboratorio teatrale con la presenza di alcuni utenti che già seguono il gruppo.
- Incontri di pallavolo.

- Avvio collaborazione con Liceo Artistico e organizzazione momenti informativi, esperienziali e ipotesi concorso.
- Incontro informativo e laboratorio di arte con una classe del Liceo artistico (V°D).
- Contatti formali e informali; organizzazione di una festa; formazione di un gruppo di lavoro misto (studenti, operatori, volontari, pazienti), per preparare concorso, mostra, animazione, catering e sistemazione area verde del parco del Centro Diurno.
- Locandina Concorso “Nominaci”. Formazione Commissione concorso (pazienti, équipe Centro Diurno).
- Organizzazione e realizzazione Corso di Fotografia con Associazione “Cuneo Foto” nei locali del Centro Diurno.
- Elaborazione pieghevole progetto.
- Organizzazione festa (preparazione materiali, riunioni organizzative, contatti telefonici, pubblicizzazione, raccordo con gli studenti, distribuzione dei compiti).
- Festa di inaugurazione al Centro Diurno “Chiamatemi per nome”.
- Incontro gruppo dei pari, docenti ed esperto di comunicazione sociale per programmazione attività.
- Incontri con studenti di verifica del percorso e rielaborazione esperienze.
- Incontri teorici sul tema della comunicazione sociale tenuti dall’esperto, rivolti al gruppo misto (studenti, operatori, volontari, pazienti).

ANNO 2007

- Incontro con docenti per individuazione gruppo 10 studenti maggiormente motivati al lavoro.
- Incontri con gruppo dei pari per scelta e programmazione strumento di sensibilizzazione.
- Serata conviviale al Centro Diurno con auto produzione di pizza del gruppo dei pari e utenti.
- Intervista studenti rivolta alle Educatrici del Progetto.
- Condivisione bozze card e segnalibro.
- Organizzazione della modalità di divulgazione di card e segnalibro con il gruppo dei pari.
- Partecipazione fiera del Volontariato.
- Incontri di presentazione dell'esperienza triennale con le altre classi III e IV dell'Istituto organizzati dal gruppo dei pari.
- Cineforum con le due classi del progetto sul video di Cisticchi.
- Ri-somministrazione ultima dei questionari.
- Verifiche progetto.
- Pizza di conclusione progetto con gruppo dei pari.
- Elaborazione dati sulla base dei questionari restituiti.

Dall'inizio in terza, alla fine del percorso in quinta è cambiato qualcosa negli atteggiamenti di questi studenti coinvolti verso i malati mentali? L'obiettivo di questo studio è indagare su questo eventuale cambiamento.

3.8 Analisi del Questionario

Il questionario utilizzato è il “Questionario sull'atteggiamento verso la malattia mentale” messo a punto dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Umea in Svezia, tradotto e adattato alla realtà italiana da Kemali D. e coll., 1989.

E' stato poi rivisto e modificato dal personale del Centro Ascolto e Informazione del DSM dell'ASL n° 7 di Ancona per riadattarlo alla realtà psichiatrica attuale e ad una popolazione scolastica.

Lo strumento comprende 25 items a risposta chiusa (scala Likert) e due domande finali aperte, che indagano i vari aspetti della sofferenza mentale e dell'assistenza psichiatrica.

Il questionario è stato somministrato nel novembre 2005 ad un campione di 36 alunni delle terze E ed M dell'Istituto Psico-Pedagogico prima che avessero contatti con il Dipartimento di Salute Mentale e ri-somministrato nel giugno 2007 al termine del progetto alle stesse due classi ora quinta E e quinta M.

Il numero complessivo del campione di studenti del terzo anno che hanno restituito il questionario era di 36 soggetti.

Al termine del progetto il campione di studenti del quinto anno che hanno restituito il questionario contava invece 28 soggetti (22,2% di dispersione), costituito da 25 donne e 3 uomini, di età media di 19 anni.

Seguono in dettaglio nelle tabelle successive le risposte ai singoli items raggruppati in 4 dimensioni come di seguito mostrato:

Tabella 1: **Dimensioni del questionario items corrispondenti**

Dimensioni	Item
Pregiudizio	A2 – A3 – A5 – A6 – C3 – G2 - I1
Conoscenze	A1 – C1 – C2 – F1 – F2
Contatti	H1 – H2 – H3
Bisogno di formazione	M1

Tabella 2: **Qual è la professione del tuo capo-famiglia?**

Professione	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Imprenditore, dirigente, professionista	10	26,7	8	28,6
Insegnante, impiegato	11	31,6	7	25,0
Agricoltore, artigiano, commerciante	7	19,4	7	25,0
Operaio	6	16,7	4	14,3
Casalinga	0	0	0	0
Pensionato, disoccupato	2	5,6	2	7,1
Totale	36	100	28	100

Tabella 3: Qual è la scolarità di tuo padre?

Scolarità padre	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
Laurea	2	5,6	4	14,3
Diploma media superiore	12	33,3	5	17,9
Diploma professionale	5	13,9	5	17,9
Diploma media inferiore	13	36,1	11	39,2
Licenza elementare	4	11,1	3	10,7
Meno della licenza elementare	0	0	0	0
Totale	36	100	28	100

Tabella 4: Qual è la scolarità di tua madre?

Scolarità madre	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
Laurea	5	13,9	5	17,9
Diploma media superiore	16	44,4	12	42,8
Diploma professionale	3	8,3	1	3,6
Diploma media inferiore	11	30,6	7	25,0
Licenza elementare	1	2,8	2	7,1
Meno della licenza elementare	0	0	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Anche se lo studio è centrato su un campione esiguo, notiamo dalla differenza di scolarità tra padre e madre dei soggetti un indice di mutata tendenza rispetto agli anni passati che vedevano la scolarità delle donne inferiore a quella degli uomini. Questi dati invece (13,9% di laureate contro il 5,6% al terzo anno e 17,9% contro il 14,3% al quinto anno), indicano un diverso paradigma rispetto al passato peculiare però al Liceo Psico-Pedagogico in quanto sul campione dei 1000 studenti rimaneva leggermente superiore la scolarità del padre rispetto a quella della madre (12,7% di laureati contro l'11,6%).

Tabella 5 **A1: E' facile accorgersi se una persona è gravemente malata di mente.**

A1	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Sono d'accordo	9	25,0	6	21,4
Non sono d'accordo	19	52,8	19	67,9
Non so	8	22,2	3	10,7
Non risponde	0	0	0	0
Totale	36	100	28	100

Rispetto al questionario dei 1000 studenti notiamo una netta differenza: il 40,7% si dichiarava d'accordo contro il 25,0% del terzo anno di Liceo sceso al 21,4 in quinta. Chi non era d'accordo sui 1000 studenti rappresentava il 38,6% mentre aumentano in terza al 52,8% e in quinta al 67,9%. Mentre chi non sapeva sui 1000 e in terza rimane quasi invariato (rispettivamente 20,7% e 22,2%), in quinta diminuiscono vistosamente dimostrando la raggiunta presa di posizione rispetto al passato (10,7% contro il 22,2% del terzo anno).

Tabella 6 **A2: Le persone che falliscono nella loro vita spesso finiscono col diventare malate di mente.**

A2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo	5	13,9	0	0
Non sono d'accordo	28	77,8	26	92,9
Non so	3	8,3	2	7,1
Non risponde	0	0	0	0
Totale	36	100	28	100

L'item A2 è emblematico di un cambiamento importante: sui 1000 si era dichiarato d'accordo il 20,3% contro il 13,9% del terzo anno che si annulla al quinto anno prendendo posizione sul “non sono d'accordo” che sui 1000 era il 62,2%, al terzo 77,8% e in quinta diventa 92,9%.

Tabella 7 **A3: I malati di mente mi spaventano per la loro imprevedibilità. Non si può mai sapere cosa fanno.**

A3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo	6	16,7	8	28,5
Non sono d'accordo	20	55,6	14	50,0
Non so	10	27,7	6	21,5
Non risponde	0	0	0	0
Totale	36	100	28	100

Qui siamo di fronte ad una apparente inversione di tendenza che nella realtà dei grandi numeri indica che il dato è rimasto sostanzialmente invariato. Rispetto ai 1000 risulta non allineato (sono d'accordo: 52,1%; non sono d'accordo: 32,3%; non so: 15,6%). Dal punto di vista qualitativo possiamo affermare che questi dati ben rappresentano la difficoltà che gli studenti hanno incontrato nell'abbandonare una forte struttura cognitiva quale è il pregiudizio sull'imprevedibilità del malato mentale. Le possibili ipotesi per il non mutato atteggiamento sono oggetto di discussione nel quarto capitolo.

Tabella 8 **A4: Se io fossi responsabile di un'impresa assumerei una persona che è stata ricoverata in un reparto di psichiatria, se ha i titoli richiesti.**

A4	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo	16	44,4	12	42,9
Non sono d'accordo	4	11,2	5	17,9
Non so	16	44,4	10	35,6
Non risponde	0	0	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Nei questionari sui 1000 studenti questo item rientrava nella dimensione dei pregiudizi. Nell'elaborazione dei dati dei questionari del progetto *“Fuori come va?”* non abbiamo ritenuto ci dovesse rientrare perché abbiamo considerato la domanda non attinente alla realtà rappresentativa di un adolescente.

Tabella 9 **A5: Non mi creerebbe problemi avere un compagno di scuola che è o è stato malato di mente.**

A5	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo	29	80,6	21	75,0
Non sono d'accordo	0	0	3	10,7
Non so	7	19,4	3	10,7
Non risponde	0	0	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Rispetto ai 1000 (dove il 67,1% era d'accordo, il 12,1% no, il 20,8% non sapeva), notiamo una maggior disponibilità nel terzo anno (80,6%) che però diminuisce leggermente (75,0%) in quinta (adduciamo le stesse motivazioni dell'item A3 rimandando per i dettagli al capitolo quarto).

Tabella 10 **A6: Non mi creerebbe problemi avere un malato di mente vicino di casa.**

A6	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo	25	69,4	15	53,3
Non sono d'accordo	5	13,9	5	17,9
Non so	6	16,7	8	28,8
Non risponde	0	0	0	0
Totale	36	100	28	100

Nominare “casa” significa nominare uno spazio intimo. Il fatto che perduri il pregiudizio dell'imprevedibilità si può notare anche qui dall'inversione di disponibilità dal terzo anno (69,4%) al quinto (53,3%) che si allinea comunque perfettamente con la tendenza dei 1000 studenti (53,3%). Rimane quasi invariato chi non è d'accordo (13,9% in terza, 17,9% in quinta, 19,7% sui 1000), mentre aumenta visibilmente la perplessità in chi ha risposto “non so”(in terza 16,7%, in quinta 28,8%), allineandosi con i 1000 studenti (27,0%).

Tabella 11 **A7: Potrei sposare una persona che è stata malata di mente.**

A7	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Sono d'accordo	7	19,4	6	21,5
Non sono d'accordo	5	13,9	8	28,5
Non so	23	63,9	14	50,0
Non risponde	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

Questo item mostra chiaramente la difficoltà degli studenti a rappresentarsi un eventuale impegno futuro lontano dalla loro realtà di adolescenti (non so: 63,9% del terzo anno contro il 50,0% del quinto in linea con il 48,1% dei 1000 studenti).

Tabella 12 **B1: Secondo te, in che percentuali gli italiani soffrono, nel corso della loro esistenza, di una malattia mentale?**

B1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
0 – 5 %	0	0	1	3,6
6 – 10 %	7	19,4	7	25,0
11 – 20 %	18	50,0	6	21,4
> 20 %	4	11,2	13	46,4
Non so	7	19,4	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Questo item non da una risposta univoca al nostro indagare. Le percentuali sui 1000 studenti erano abbastanza equamente distribuite (6-10% : 28,4% ; 11-20% : 29,4% ; >20% : 13,9% ; non so : 22,4%). In terza classe invece possiamo notare una presente conoscenza generale in partenza (11-20% : 50,0%), che viene distribuita nel quinto anno evidentemente perché è stato colto un aspetto anziché un altro della malattia mentale (la percentuale dei depressi ad esempio è diversa da quella degli schizofrenici). La risposta generale all'item è comunque da intendere positivamente.

Tabella 13 **C1: Supponi che due persone, A e B, stiano parlando delle malattie mentali. Con quale delle due saresti più d'accordo?**

A) C'è una netta differenza tra le persone normali e i malati di mente.

B) Non c'è una differenza netta, ma piuttosto un passaggio graduale dalla normalità alla malattia mentale.

C1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo con A	1	2,8	2	7,1
Sono d'accordo con B	32	88,9	26	92,9
Non so	3	8,3	0	0
Totale	36	100	28	100

In linea con i 1000 studenti che per il 74,7% si dichiaravano non d'accordo al terzo l'88,9% rifiuta questa idea che aumenta al quinto al 92,9%.

Tabella 14 **C2: Supponi che due persone, A e B, stiano parlando delle malattie mentali. Con quale delle due saresti più d'accordo?**

A) Chiunque può diventare malato di mente se deve affrontare una grave crisi.

B) Solo chi ha una psiche fragile può diventare malato di mente.

C2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sono d'accordo con A	19	52,8	20	71,4
Sono d'accordo con B	8	22,2	5	17,9
Non so	9	25,0	3	10,7
Totale	36	100	28	100

Rispetto ai 1000 studenti che erano d'accordo con A nel 45,8%, al terzo anno erano già il 52,8. In quinta la percentuale sale ancora (71,4%) diminuendo invece chi è d'accordo con B dal 22,2% al 17,9%.

Tabella 15 **C3: Supponi che due persone, A e B, stiano parlando delle malattie mentali. Con quale delle due saresti più d'accordo?**

A) I malati di mente non sono molto pericolosi. Nessuno migliora se viene tenuto in Ospedale Psichiatrico. E' meglio per i pazienti vivere in residenze protette della comunità.

B) I malati di mente possono essere pericolosi per sé e per gli altri. Per questo è meglio che essi vivano in Ospedali Psichiatrici dove sono custoditi e non rappresentano un pericolo per la società.

C3	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
Sono d'accordo con A	27	75,0	20	71,4
Sono d'accordo con B	1	2,8	4	14,3
Non so	8	22,2	4	14,3
Totale	36	100	28	100

Il pregiudizio della pericolosità insieme a quello della imprevedibilità è risultato essere tra quelli più difficili da abbandonare per diverse ragioni (rimandiamo al quarto capitolo per maggiori spiegazioni). I 1000 studenti si erano così espressi: d'accordo con A: 41,8%; con B il 34,2% e il 24,0% non sapeva. Al terzo anno rimane quasi invariato il valore per le risposte A mentre aumenta il valore percentuale delle risposte B (dal 2,8% al 14,3%). Chi non sa è diminuito dal 22,2% al 14,3% confermando la presa di posizione dal terzo al quinto anno.

Tabella 16 D1: Una legge approvata nel 1978 stabilisce che nessun malato può essere ricoverato in Ospedale Psichiatrico. In caso di crisi, il ricovero può avvenire in un reparto all'interno dell'Ospedale Generale. Al di fuori dei periodi di crisi, l'Assistenza Psichiatrica viene erogata in strutture extra-ospedaliere. Ne eri a conoscenza?

D1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sì	22	61,1	23	82,2
No	12	33,3	3	10,7
Non so	2	5,6	2	7,1
Totale	36	100	28	100

Torniamo alla sfera delle conoscenze. Gli studenti del Liceo Psico-Pedagogico si dimostrano più informati rispetto ai 1000 studenti (61,1% rispetto al 29,5% dei sì), aumentando notevolmente al quinto anno con l'82,2% di chi sa contro il 10,7% che dichiara ancora di non sapere.

Tabella 17 **E1: Quali sono le Strutture che si prendono in carico di una persona con problemi mentali?**

- (A) Medico di base
- (B) Comune
- (C) Associazione di volontariato
- (D) A.S.L – Dipartimento di Salute Mentale
- (E) Non so

E1.1 Combinazioni risposte date	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
D	10	26,8	7	25,0
A + D	0	0	1	3,6
B + D	1	2,8	0	0
C + D	23	64,8	16	57,0
A + C + D	0	0	1	3,6
B + C + D	0	0	1	3,6
E	2	5,6	1	3,6
C + D + E	0	0	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Tabella 17-bis

E1.2 Elenco risposte	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Medico di base	0	0	2	7,1
Comune	1	2,8	1	3,6
Associazione di volontariato	23	63,9	19	67,9
A.S.L – Dipartimento di Salute Mentale	34	94,4	27	96,4
Non so	2	5,6	2	7,1
Totale risposte date	60		51	

Gli item E 1.1 e E 1.2 confermano che il livello conoscitivo degli studenti del Liceo Psico-Pedagogico è in tendenza superiore rispetto ai 1000 studenti. Questi ultimi indicavano in ordine l'ASL – DSM per il 52,5%; l'Associazione di volontariato per il 23,9%; “non so” per il 14,5%; Medico di base per il 5,4 e Comune per il 3,7%. L'ordine rimane lo stesso ma c'è una netta differenza tra i “non so” dei 1000 studenti (14,5%) contro quelli di terza (5,6%) e quinta classe (7,1%).

Tabella 18 **F1: Ritieni che le nuove modalità di Assistenza previste dalla legge siano vantaggiose o svantaggiose per i pazienti?**

F1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Vantaggiose	20	55,6	17	60,7
Svantaggiose	1	2,8	1	3,6
Non so	15	41,6	10	35,7
Totale	36	100	28	100

La differenza sui 1000 studenti è significativa. Avevano risposto “vantaggiose” il 29,0% contro il 55,6% del terzo anno che diventa 60,7% nel quinto. “Svantaggiose” sui 1000 erano il 14,4% mentre al terzo era il 2,8% e in quinta il 3,6%. chi dichiara di non sapere passa dal 56,6% dei 1000 studenti al 41,6% del terzo anno e al 35,7% del quinto.

Tabella 19 **F2: Secondo te, può essere utile un supporto domiciliare, un aiuto da parte del volontariato e una partecipazione ad attività ricreativo-sportive?**

F2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sì	34	94,4	28	100
No	0	0	0	0
Non so	2	5,6	0	0
Totale	36	100	28	100

Sia sul campione dei 1000 studenti che su quelli del terzo e quinto anno si registra l'idea condivisa che comunque sia le attività ricreativo – sportive sono utili. 91,5% dei 1000 contro il 94,4% del terzo anno che addirittura diventa 100% al quinto.

Tabella 20 **G1: Ritieni che debba essere ripristinata la possibilità del ricovero in Ospedale Psichiatrico?**

G1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sì	3	8,3	3	10,7
No	19	52,8	21	75,0
Non so	14	38,9	4	14,3
Totale	36	100	28	100

Rispetto ai 1000 studenti c'è una netta differenza sul “Sì” che dal 40,8% passa all'8,3% del terzo anno e rimane piuttosto invariato al quinto (10,7%). Sostanziale differenza anche sul “No” che sui 1000 studenti rappresentava il 31,5% mentre al terzo anno era il 52,8% e al quinto diventa il 75,0%.

I “Non so” sui 1000 erano il 27,7% mentre in terzo rappresentano il 38,9% per scendere drasticamente in quinta classe al 14,3%.

Tabella 21 **G2: Ti creerebbe problemi abitare nelle vicinanze di una Struttura Psichiatrica extra-ospedaliera?**

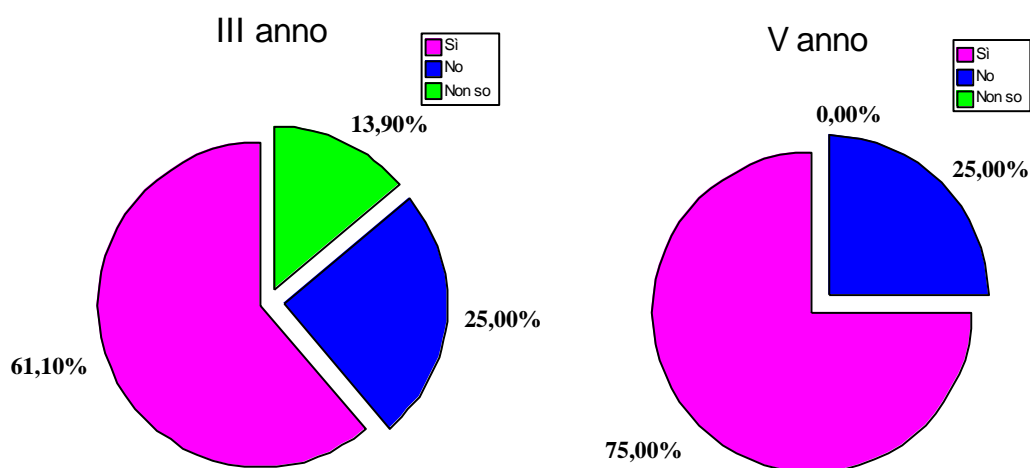
G2	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Sì	5	13,9	3	10,7
No	21	59,3	17	60,7
Non so	10	26,8	8	28,6
Totale	36	100	28	100

Su 1000 studenti il 49,9% ha detto “No” che in terza rappresentava il 59,3% sovrapponibile al 60,7% del quinto. Ha detto “Sì” il 19,8% dei 1000 studenti, il 13,9% del terzo che scende al 10,7% in quinta. Rimane invariato il dato “Non so” (30,3% dei 1000, il 26,8% del terzo anno e il 28,6 del quinto).

Tabella 22 **H1: Hai mai avuto contatti con qualcuno che è o che è stato malato di mente?**

H1	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Sì	22	61,1	21	75,0
No	9	25,0	7	25,0
Non so	5	13,9	0	0
Totale	36	100	28	100

Grafico 1 (Tabella 22): **Percentuali di contatti a confronto**



Su 1000 persone il 57,9% ha detto “Sì”, il 36,3% “No”, il 5,8 “Non so”. Al terzo anno il 61,1% dichiara “Sì” che diventa il 75% al quinto mentre il “No” è rappresentato dal 25,0% sia al terzo anno che al quinto mentre i “Non so” dal 13,9% del terzo si annullano al quinto.

Tabella 23 **H2: (Solo per chi ha risposto alla domanda H1) Questa persona era: un tuo parente, un vicino di casa, un compagno di scuola o conoscente?**

H2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Un parente	4	18,2	5	23,8
Un vicino di casa	4	18,2	2	9,5
Un compagno di scuola	0	0	0	0
Un conoscente	10	45,4	10	47,7
Altro	4	18,2	4	19,0
Totale di chi ha risposto a H1	22	100	21	100

Tabella 24 **H3: Ti è mai capitato di vedere, per strada o locale pubblico, una persona che si comportava in modo da far pensare di essere un malato di mente?**

H3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Spesso	5	13,9	4	14,3
Qualche volta	19	52,8	21	75,0
Raramente	7	19,4	2	7,1
Mai	2	5,6	0	0
Non so	3	8,3	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Tabella 25 **I1: Ti infastidisce una persona malata di mente?**

I1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sì	2	5,6	2	7,1
No	22	61,1	20	71,5
Non so	12	33,3	6	21,4
Totale	36	100	28	100

Su 1000 persone il 16,2% ha risposto “Sì” contro il 5,6% del terzo anno (sovrapponibile al 7,1% del quinto). Il “No” era il 56,5% su 1000 che diventa 61,1% al terzo anno e 71,5% al quinto indicando quindi una aumentata tollerabilità. Il “Non so” non varia di molto dai 1000 (27,3%) al terzo (33,3%) ma dal terzo al quinto è in discesa (21,4%).

Tabella 26 **L1: Ritieni che la situazione attuale dell'Assistenza Psichiatrica in Italia comporti un carico eccessivo sulle famiglie dei malati di mente?**

L1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Sì	14	38,9	13	46,4
No	5	13,9	5	17,9
Non so	17	47,2	10	35,7
Totale	36	100	28	100

In questo item è molto alta la percentuale dei “Non so” sui 1000 studenti (61,3%), che al terzo anno invece è del 47,2% che in quinta diventa 35,7% . I “Sì” dei 1000 studenti sono il 27,0% contro il 38,9% del terzo anno che sale al 46,4% del quinto denotando una maggiore comprensione del carico dei familiari dei pazienti malati.

Tabella 27 **L2: Quali sono le cause della malattia mentale?**

- (A) Solo biologiche
- (B) Sia biologiche che ambientali
- (C) Influssi occulti e forze maligne punitive
- (D) L'educazione ricevuta dai genitori e le cattive compagnie
- (E) Non so
- (F) Altro

L2 Combinazioni cause	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
A	1	2,8	0	0
B	21	58,2	21	75,0
A + B	0	0	2	7,1
C	1	2,8	0	0
B + C	2	5,6	0	0
D	0	0	0	0
B + D	1	2,8	1	3,7
E	5	13,8	2	7,1
F	1	2,8	2	7,1
B + F	2	5,6	0	0
B + D + F	2	5,6	0	0
Totale	36	100	28	100

Tabella 27-bis

L2 Elenco cause	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Solo biologiche	1	2,8	2	7,1
Sia biologiche che ambientali	28	77,8	24	85,8
Influssi occulti e forze maligne punitive	3	8,3	0	0
L'educazione ricevuta dai genitori e le cattive compagnie	3	8,3	1	3,6
Non so	5	13,9	2	7,1
Altro	5	13,9	2	7,1
Totale	45		31	

In tendenza con i 1000 studenti (42,8%) la causa ritenuta principale alle malattie mentali è rappresentata dalla risposta “biologiche/ambientali” (al terzo 77,8% che sale in quinta classe all'85,8%). Seguono sui 1000 “Educazione/cattive compagnie” con il 19,4% che invece al terzo è rappresentato solo dall'8,3% e scende al 3,6% del quinto. I “Non so” erano il 17,2% sui 1000 studenti, diventano 13,9% al terzo anno e scendono al 7,1% nel quinto.

Tabella 28 **L3: Qual è l'andamento nel tempo della malattia mentale?**

- Peggioramento inevitabile e progressivo**
- Guarigione improvvisa**
- Miglioramento attraverso l'assunzione regolare di psicofarmaci e interventi psicoterapeutici e psicosociali sulla persona con il contributo dei familiari e del contesto sociale**
- Non so**

L3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Peggioramento inevitabile e progressivo	1	2,8	0	0
Guarigione improvvisa	0	0	0	0
Miglioramento attraverso l'assunzione regolare di psicofarmaci e interventi psicoterapeutici e psicosociali sulla persona con il contributo dei familiari e del contesto sociale	26	72,2	24	85,8
Non so	9	25,0	4	14,2
Totale	36	100	28	100

Anche attraverso questo item possiamo notare una differenza di base con il gruppo dei 1000 studenti dei quali il 59,6% credeva nel miglioramento (contro il 72,2% del terzo che diventa l'85,8% nel quinto anno); il 28,5% dichiarava di non sapere (sovrapponibile al 25,0% del terzo anno che scende al 14,2 in quinta); infine ha risposto “peggioramento” il 10,6% dei 1000 (contro il 2,8% del terzo anno che si annulla in quinta).

Tabella 29 M1: Quanto grande è, a tuo parere, il bisogno attuale di maggiori conoscenze e informazioni sulle malattie mentali?

M1	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
Grande	30	83,3	23	82,1
Ridotto	5	13,9	4	14,3
Assente	0	0	1	3,6
Non so	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

Attraverso questo item è stata espressa una linea generale di pensiero: il bisogno di ricevere maggiori informazioni riguardo le malattie mentali, alla base per la lotta allo stigma. Su 1000 studenti lo aveva dichiarato il 67,0% , ancora più evidente al terzo anno con l'83,3% sovrapponibile al quinto (82,1%).

N1: Elenca le malattie mentali che conosci.

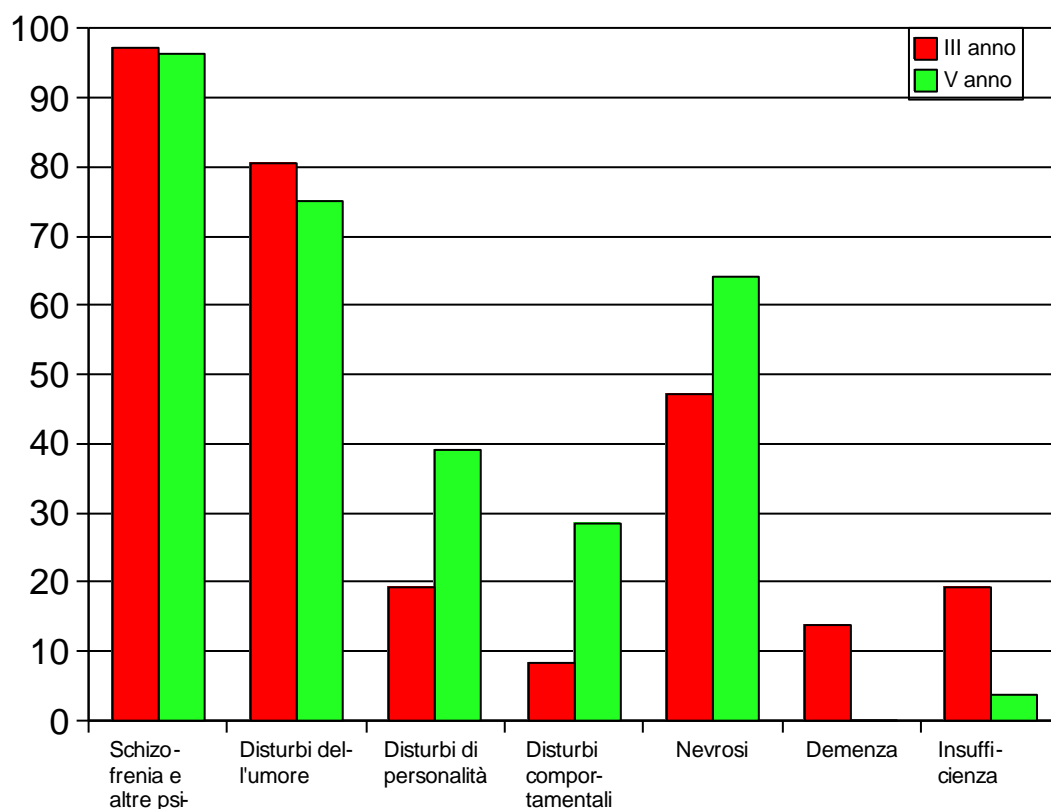
Tabella 30: **N1.1 Risposte corrette**

N1.1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
0	0	0	1	3,6
1	0	0	0	0
2	11	30,6	7	25,0
3	11	30,6	5	17,8
4	7	19,4	7	25,0
5	3	8,3	4	14,2
6	4	11,1	1	3,6
7	0	0	1	3,6
8	0	0	1	3,6
9	0	0	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Tabella 31: **N1.2 Elenco malattie corrette**

N 1.2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Schizofrenia e altre psicosi	35	97,2	27	96,4
Disturbi dell'umore	29	80,6	21	75,0
Disturbi di personalità	7	19,4	11	39,2
Disturbi comportamentali	3	8,3	8	28,5
Nevrosi	17	47,2	18	64,2
Doppie diagnosi	0	0	0	0
Demenza	5	13,9	0	0
Insufficienza mentale	7	19,4	1	3,6
Non risposta	1	2,8	0	0
Totale	104		86	

Grafico 2 (Tabella 31): **Elenco malattie mentali corrette: percentuali a confronto**



Possiamo notare che tra tutte le malattie la schizofrenia è quella più citata (così come nel campione dei 1000 studenti) insieme ai disturbi dell'umore (in primis la depressione). Notiamo anche una maggiore conoscenza di altre patologie e la scomparsa della demenza tra quelle indicate al terzo anno.

Tabella 32: **N1.3 Risposte errate**

N1.3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
0	25	69,4	15	53,5
1	8	22,2	6	21,5
2	2	5,6	7	25,0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

N2: Quali sono i Servizi per la Salute Mentale che pensi siano presenti nella città di Cuneo?

Tabella 33: **N2.1 Conoscenze corrette elencate**

N2.1	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
0	3	8,3	2	7,1
1	14	38,9	11	39,3
2	14	38,9	9	32,2
3	5	13,9	3	10,7
4	0	0	3	10,7
Totale	36	100	28	100

Tabella 34: **N2.2 Conoscenze errate elencate**

N2.2	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
1	31	86,1	25	89,3
2	4	11,1	3	10,7
3	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

Tabella 35: **N2.3 Combinazioni conoscenze corrette:**

- (A) Centro Salute Mentale (B) Reparto Psichiatria Ospedale
 (C) Centro Diurno (D) Associazioni (Mente in Pace)
 (E) A.S.L. (F) Dipartimento Salute Mentale
 (G) Comunità Rocca/Demonte (H) non risposta

N2.3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
A	11	30,5	0	0
B	0	0	0	0
A + B	9	25,0	0	0
C	0	0	11	39,2
A + C	0	0	1	3,6
B + C	1	2,8	2	7,1
D	0	0	0	0
A + B + D	1	2,8	0	0
A + C + D	1	2,8	0	0
B + C + D	0	0	1	3,6
E	2	5,6	1	3,6
A + E	6	16,6	1	3,6
C + E	0	0	5	17,8
A + C + E	0	0	1	3,6
A + B + C + E	0	0	1	3,6
B + C + D + E	0	0	1	3,6
F	0	0	0	0
A + F	1	2,8	0	0
B + C + E + G	0	0	1	3,6
H	4	11,1	2	7,1
Totale	36	100	28	100

Tabella 35-bis: **N2.4 Elenco conoscenze corrette**

N2.4	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
Centro Salute Mentale	29	80,6	4	14,3
Reparto Psichiatria Ospedale	11	30,6	6	21,4
Centro Diurno	2	5,6	24	85,8
Associazioni (Mente in Pace)	2	5,6	2	7,1
A.S.L.	8	22,2	11	39,2
Comunità Rocca e Demonte	1	2,8	0	0
Dipartimento Salute Mentale	0	0	1	3,6
Totale	53		48	

Una curiosità: il Centro di Salute Mentale al terzo anno viene citato dall'80,6% come C.I.M. (Centro d'Igiene Mentale) e anche al quinto anno continua ad essere chiamato allo stesso modo. Anche i 1000 studenti lo elencano per la maggiore con il 24,5%. Dopo il percorso triennale è evidente lo spostamento dei soggetti sulla risposta “Centro Diurno” per l'85,8% e A.S.L. che sale dal 22,2% al 39,2% (sui 1000 studenti rappresentava il 15,3%).

PREGIUDIZIO

Tabella 36: **P1** A2 risposta “sono d'accordo”
 + A3 risposta “sono d'accordo”
 + A5 risposta “non sono d'accordo”
 + A6 risposta “non sono d'accordo”

P1	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
0 pregiudizi	26	72,2	18	64,3
1 pregiudizio	6	16,7	7	25,0
2 pregiudizi	3	8,3	2	7,1
3 pregiudizi	1	2,8	1	3,6
Totale	36	100	28	100

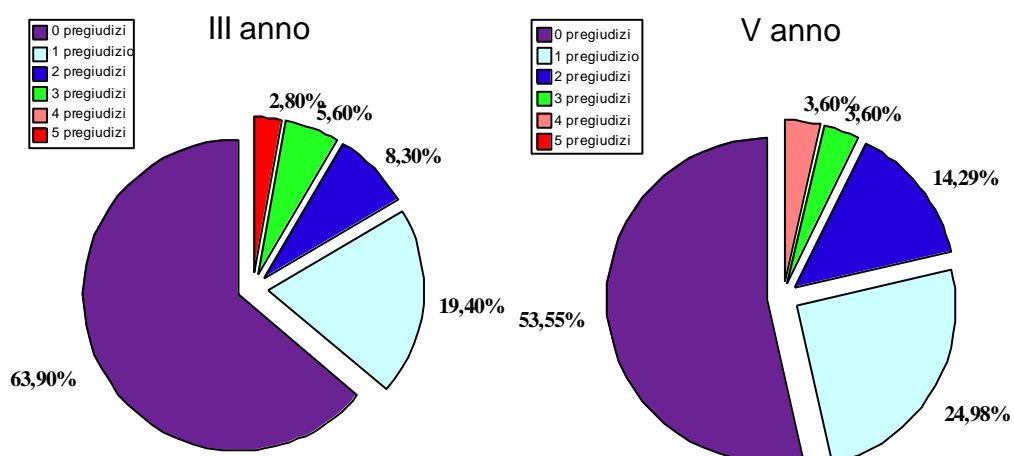
Tabella 37: **P2** C3 - risposta “sono d'accordo con B”
 + G2 - risposta “sì”
 + I1 - risposta “sì”

P2	N° risposte	%	N° risposte	%
	III anno		V anno	
0 pregiudizi	30	83,3	22	78,5
1 pregiudizio	4	11,1	4	14,4
2 pregiudizi	1	2,8	2	7,1
3 pregiudizi	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

Tabella 38: P3 P1 + P2

P3	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
0 pregiudizi	23	63,9	15	53,5
1 pregiudizio	7	19,4	7	25,0
2 pregiudizi	3	8,3	4	14,3
3 pregiudizi	2	5,6	1	3,6
4 pregiudizi	0	0	1	3,6
5 pregiudizi	1	2,8	0	0
Totale	36	100	28	100

Grafico 3 (Tabella 38): Percentuali di pregiudizi a confronto



CONOSCENZE

Tabella 39: **O1** = A1 (risposta 1 e/o 3)
C1 (risposta 1 e/o 3)
C2 (risposta 2 e/o 3)

O1	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Tutte corrette	23	63,9	17	60,7
1 non conoscenza	9	25,0	9	32,1
2 non conoscenze	3	8,3	1	3,6
3 non conoscenze	0	0	0	0
4 non conoscenze	1	2,8	1	3,6
Totale	36	100	28	100

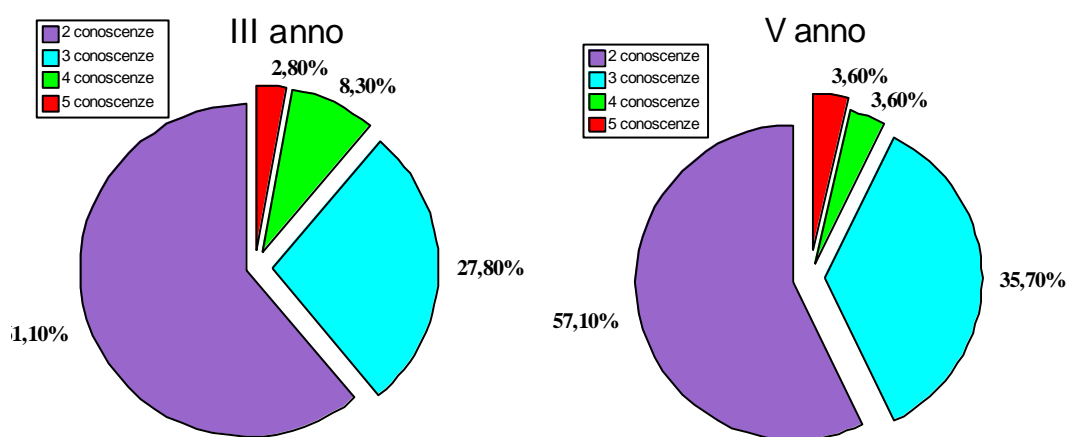
Tabella 40: **O2** = F1 (risposta 2)
F2 (risposta 2)

O2	N° risposte		N° risposte	
	III anno	%	V anno	%
Non conoscenza su F1	35	97,2	27	96,4
Non conoscenza su F2	1	2,8	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Tabella 41: **O3 = O1 + O2**

O3	N° risposte III anno	%	N° risposte V anno	%
1 non conoscenza	0	0	0	0
2 non conoscenze	22	61,1	16	57,1
3 non conoscenze	10	26,8	10	35,7
4 non conoscenze	3	8,3	1	3,6
5 non conoscenze	1	2,8	1	3,6
Totale	36	100	28	100

Grafico 4 (Tabella 41): **Percentuali di non conoscenze a confronto**



QUARTO CAPITOLO

CONSIDERAZIONI FINALI

“It takes a fool to remain sane”

dall'album “We Are The Ark”, 2000, Virgin

4.1 La parola agli studenti: le loro testimonianze

Abbiamo visto che le origini della stigmatizzazione si perdono nella storia.

Nessuno di noi in realtà può dire con esattezza il perché dello stigma.

Questo vuoto di conoscenze giustifica il considerare le diverse prospettive biologiche, sociali ed esperienziali al riguardo.

Il filosofo matematico gallese Bertrand Russell (1872 – 1970) ha detto che *“quello che le persone vogliono non è la conoscenza ma la certezza”*. Questa affermazione letta in chiave biologica riferita ai malati mentali fa pensare ad una certezza legata alla mera sopravvivenza del singolo che riflette di conseguenza la sopravvivenza dell'intera specie.

E' come se ogni essere vivente rispondesse ad una “intenzione superiore” di perpetuare quella che definiamo vita. Per rispondere a questo “comando” noi esseri viventi selezioniamo chi ha i migliori requisiti per portarla avanti.

Durante questa selezione i malati mentali vengono discriminati perché avvertiti come non in grado di offrire il miglior patrimonio genetico, non in grado di rafforzare il sistema sociale, né di generare entrate finanziarie necessarie per costruire e mantenere una famiglia (e di conseguenza perpetuare la specie).

Al di là delle possibili giustificazioni/spiegazioni all'esistenza dello stigma, personalmente il mio interesse verso questo argomento è antecedente al percorso universitario intrapreso tre anni fa e qui terminato.

Nasce da una motivazione molto intima rafforzata attraverso un'esperienza che feci come mediatrice culturale dal 1992 al 1996 presso alcune etnie Rom a Roma. Tra le responsabilità del mio ruolo avevo quella di garantire che tutti i bambini dai sei ai quattordici anni presenti nei campi (inteso come i luoghi dove vivevano...anzi, sopravvivevano), di mia competenza fossero iscritti a scuola e la frequentassero regolarmente. Gli ostacoli erano tanti e provenienti da più direzioni. Quello però che meno sopportavo e più combattevo e più mi rattristava era l'ostacolo rappresentato dalle mamme dei non-Rom che al mattino erano pronte davanti la scuola a minacciare il Direttore e noi mediatori di portare via i loro figli dalle classi se veniva permesso ai piccoli Rom di entrare.

Noi operatori ce la mettevamo tutta per risolvere i problemi che di volta in volta si presentavano e i risultati a tanti sforzi alla fine c'erano. Lavorare però con i Rom e per i Rom significava anche e soprattutto vivere uno stigma di riflesso che personalmente mi ha molto rafforzata.

Mi ha dato l'occasione di carpire entrambi i punti di vista in conflitto riuscendo spesso a trovarne uno comune che andasse bene a tutti. Di quella splendida esperienza porto moltissimo nel mio bagaglio culturale e ne sono molto fiera.

L'occasione invece di misurarmi con un'altra dimensione dello stigma (quella appunto verso i malati mentali), mi è stata offerta ad ottobre dell'anno scorso quando ho potuto sperimentarmi nel primo tirocinio del terzo anno. Era diviso in due distinti momenti: la prima parte l'ho svolta nella Struttura Complessa di Psichiatria dell'A.S.O. Santa Croce e Carle; la seconda nella Comunità di tipo B di Rocca Sparvera in provincia di Cuneo. Era un tirocinio che desideravo davvero e che ho vissuto intensamente (per condividere la mia esperienza ho deciso di allegare a questa tesi quello che è stato il mio "diario di bordo" di quei giorni, allegato 7).

Durante il tirocinio ho potuto partecipare a diverse iniziative del Centro Diurno e ho

sperimentato tutti i laboratori proposti (arteterapia, musicoterapia, pet therapy, la gestione degli inserimenti lavorativi ecc). In quello stesso periodo sono entrata a far parte di “Mente in Pace”, un'associazione nata a Cuneo nel 2003 che si propone di fare informazione e portare avanti iniziative tese a favorire lo scambio di esperienze tra utenti del Servizio di Salute Mentale, familiari, studenti e cittadini volte a superare lo stigma. Sono anche entrata a far parte dei “*Fuori per caso*”, figlia naturale di “Mente in Pace” e che ha il suo nucleo di origine in una delle attività riabilitative del Centro Diurno di qualche anno fa. Oggi rappresenta un laboratorio di ricerca espressiva e personale aperto a tutti, composto da studenti, operatori della Sanità Pubblica, volontari e utenti dei Servizi di Salute Mentale e finalizzato a costruire eventi teatrali che pongono al centro l'essere umano e il suo auto sviluppo.



Soprattutto, durante il tirocinio ma per lo più oltre (per motivi temporali), ho potuto prendere parte alle fasi conclusive della ricerca effettuata con gli studenti del Liceo Socio Psico-Pedagogico allo scadere dei tre anni di sensibilizzazione del progetto sulla Salute Mentale tra gli adolescenti “*Fuori come va?*” promosso appunto dal Centro

Diurno di cui abbiamo ampiamente discusso nel terzo capitolo.

Quando mi sono inserita in questo contesto (4 aprile 2007), ho potuto constatare di trovarmi dinanzi ad un gruppo di sette giovani persone molto affiatate. Nella prima occasione d'incontro con loro si era ormai nella fase di realizzazione dello strumento di sensibilizzazione su cui i ragazzi avevano iniziato a lavorare già da novembre 2006. Erano stati scelti una card e un segnalibro recanti un messaggio semplice ma efficace (vedi allegati 5 e 6).



Durante questo incontro è stata predominante la discussione su come trasmettere il materiale raccolto in questi anni alle future classi a cui far conoscere il progetto.

Durante il mio secondo incontro con loro (23 aprile 2007), hanno deciso come promuovere e distribuire la card da loro prodotta sia all'interno della scuola che fuori alla cittadinanza. Hanno anche deciso di svolgere un incontro con le terze e quarte classi

per promuovere il progetto “*Fuori come va?*” e presentare la loro esperienza spiegando tutte le varie fasi, dal questionario agli studi fatti in classe sulla malattia mentale, dagli incontri con gli utenti alle partecipazioni alle attività del Centro Diurno, fino ad arrivare alla produzione e alla distribuzione delle card.

Questo incontro in plenaria con le terze e quarte classi dell'Istituto che sanciva in qualche modo anche la fine del percorso progettuale è poi avvenuto l'8 maggio 2007 alla presenza di due utenti del Servizio di Salute Mentale, le due Educatrici Chiara Varaldo e Anna Paola Pili, il Dr Palomba, le classi promotrici (5 E e 5M), le terze e quarte classi dell'Istituto, diversi Insegnanti e me.



A condurre l'incontro è stato il gruppo dei pari formatosi durante le prime fasi dell'intero progetto, i cinque membri rappresentanti la 5E e la 5M. Inizialmente hanno illustrato

brevemente il percorso da loro effettuato in questi tre anni dichiarando apertamente che prima di intraprenderlo avevano un'idea molto confusa su cosa li aspettasse. Riporto la testimonianza di uno di loro: *“(...) noi abbiamo sperimentato le attività che il Centro Diurno propone agli utenti per integrarci con gli utenti stessi, per venire a contatto e cercare di risolvere...cercare di aiutarli a comunicare con la società. Facendo questo il nostro punto di vista, la nostra sensazione nei loro confronti è cambiata notevolmente, posso testimoniare che, a livello personale quest'area di progetto mi ha dato veramente tanto, perché oltre a livello scolastico mi ha aiutato anche a crescere a livello personale perché io non so voi però all'inizio, in terza, pensavo che il malato di mente fosse uno che...uno con cui non potessi parlare, con cui era difficile relazionarsi ed invece non è così, perché noi abbiamo visto come sia veramente sottile...sia veramente labile il confine che c'è tra una persona cosiddetta normale ed una persona cosiddetta malata...tant'è che noi arrivavamo all'attività del Centro e ci chiedevamo...chiedevamo ma?...andavamo dalle educatrici e chiedevamo: ma quello lì è un vostro collega o è un malato di mente? Perché hanno dei comportamenti assolutamente normali...perché sono normali, sono persone come tutti noi...”*



Dopo la presentazione del progetto e le proprie impressioni un'altra studentessa ha presentato la card come lo strumento nato dai loro incontri allo scopo di creare qualcosa di tangibile ma che fosse anche un messaggio in grado di far riflettere e sensibilizzare le coscienze di chi ne viene in possesso verso il tema della malattia mentale. Dando lettura di quanto c'è scritto sulla card ha esplicitamente chiesto che i partecipanti all'incontro dessero un parere al riguardo, qualsiasi tipo di impressione, un rimando necessario al loro impegno per capire anche la validità del loro lavoro: *“(...) è una prova oggi per noi, per capire se il lavoro è pronto per la società, se con questo lavoro riusciamo a sensibilizzare la società in modo tale da cambiare il suo punto di vista, le sue impressioni”*. E' stato così dato il via ad un primo dibattito che lascia molti spunti su cui pensare.

Sulla card dai partecipanti sono stati espressi giudizi come “*invitante*” per quanto riguarda l'aspetto, “*curiosa*”, “*semplice*”, “*simpatica*”, “*chiara*”.

Interessanti sono state le considerazioni sul testo riportato sul retro: “*quello che dice non è solo per le persone malate, riguarda tutti*”, “*esprime un disagio*”, “*invita ad attivarsi*”, “*è una richiesta d' attenzione*”, “*è una richiesta di dedicare del tempo*”, “*mi colpisce che per stare bene chiedano solo di essere considerati una persona*”, “*c'è una separazione tra normali e non*”, “*le persone normali richiedono che si uniformino*”, “*il malato è tale perché nessuno lo ascolta*”, “*la persona è malata quando non ha contatto quindi la malattia dipende dal non essere considerati*”.

Concentrandosi su una frase specifica del messaggio sul retro della card (...*stare bene anche per una manciata di tempo...*) una delle studentesse facente parte del gruppo dei pari ha detto qualcosa su cui sarebbe bene riflettere e che fa capire come dall'intero percorso dei tre anni sia comunque passato un importante messaggio che va al di là dei risultati dei questionari.

Riporto le testuali parole: “*(...) il tempo che viene richiesto non è tempo solo inteso necessariamente come opera di volontariato che comunque è una cosa bella e molto arricchente se volete farla, ma è un tempo, proprio se possiamo dire, psicologico, nel senso di un piccolo tempo da dedicare solo a pensare cosa voglia dire questo problema che c'è nella società che non è però necessariamente un problema, è semplicemente qualcosa che esiste e che dev'essere conosciuto*”.

Questo “*problema*” dei malati mentali quindi a fine percorso del progetto triennale non è percepito più come un problema di per sé ma più che altro è diventato un problema legato alla sfera delle conoscenze, una lacuna da colmare in quanto realtà che esiste e va conosciuta.

Trovo che questa riflessione sia la prova di un grande traguardo che vale la pena di continuare a perseguire al di là di quanto i numeri oggi possano dimostrare.

Dopo questa prima tornata di pareri sulla card e impressioni sull'intero percorso è stato trasmesso agli studenti il video del cantautore romano Simone Cristicchi il quale ha vinto l'edizione di San Remo 2007 con una canzone/denuncia sul sistema manicomiale italiano prima della legge 180.

Come quasi la totalità dei presenti all'incontro anche per me era la prima volta che vedevo questo video. Mi ha molto colpita. E' un mix di immagini vecchie e nuove delle realtà manicomiali, testimonianze davvero toccanti di chi è stato "recluso" nei manicomi per tutta la sua vita fino allo smantellamento degli stessi e che ancora si chiede perché, testimonianze di ex- infermieri psichiatrici (figura che storicamente si era occupata della custodia del folle e che nel giugno 1980 fu definitivamente ed inderogabilmente posta in esaurimento (Legge n. 243/80) e sostituita dalla figura dell'Infermiere Professionale), interviste a moderni operatori della Salute Mentale e a vari artisti tra cui Ascanio Celestini e la poetessa Alda Merini la quale in prima persona ha vissuto l'esperienza dell'internamento.

Il dibattito che ne è conseguito è stato stimolante.

La prima reazione degli studenti può essere ben resa da questa testimonianza: *"mi pare assurdo che bastasse la sola decisione di un qualsiasi medico e di un familiare per mandare una persona in manicomio"*.

Dalla visione di questo video infatti è emersa ancora una volta la totale mancanza di informazioni su tutto ciò che riguarda la sfera malattia mentale e, nel caso specifico, le regolamentazioni al riguardo.

Il Dr Palomba ha spiegato dettagliatamente questo punto dicendo loro che la motivazione per cui una persona veniva ricoverata in Ospedale Psichiatrico era che per mezzo di un certificato legalmente riconosciuto la *persona* veniva definita *pericolosa per sé e per gli altri*. Con la legge 180 la situazione è cambiata radicalmente nel senso che la tipologia del ricovero è prevalentemente volontaria. Oggi è la persona che sceglie

di andare in ospedale perché sta male.

Questa legge infatti tutela la persona ammalata e disciplina il ricovero obbligatorio (T.S.O. Trattamento sanitario obbligatorio), che è una condizione estrema, l'eccezione e non la regola come invece era fino a ventinove anni fa.

Anche se gli studenti erano colpiti da quanto avevano visto e udito si percepiva benissimo la lontananza di questi discorsi dalla loro realtà interiore tant'è che una di loro ad un certo punto ha affermato: “*ma erano tutti vecchi*”, quasi a sottolineare che non fosse un problema che può colpire i giovani o comunque un problema dei loro giorni. Ovviamente è stato spiegato loro che nel video avevano tutti una certa età proprio perché si parlava di chi aveva vissuto l'esperienza del manicomio.

Essendo una realtà che da ventinove anni è ufficialmente sparita, i giovani con disturbi psichici non possono averla sperimentata dato che in caso di necessità vanno in ospedale. Questo non significa però che non ci siano giovani con disturbi psichici o, come ci piace di più definirli, sofferenti emozionali.

4.2 Educazione alla salute e adolescenti

Come futura infermiera mi sta particolarmente a cuore il problema dell'educazione alla salute soprattutto quando questa viene rivolta agli adolescenti.

L'adolescenza è per definizione quel processo universale che caratterizza la fase di transizione dall'infanzia alla vita adulta. E' un periodo della vita in cui il soggetto è chiamato a superare attivamente una serie di “compiti di sviluppo” mediante l'acquisizione di adeguate competenze.

Ogni compito di sviluppo provoca nell'adolescente una disorganizzazione temporanea e sviluppa un cambiamento al quale il ragazzo deve adattarsi.

Il superamento di tali compiti di sviluppo permette la costruzione della propria identità personale e sociale, ma questo processo non risulta essere privo di difficoltà, anzi. Da molti studiosi viene ritenuta la vera fonte del disagio adolescenziale.

Come operatrice della salute sarò quindi chiamata a fare educazione alla salute.

Una definizione generale di educazione alla salute è quella proposta dallo studioso americano L.W. Green (1990) secondo cui *“l’educazione alla salute consiste in ogni combinazione di esperienze di apprendimento che mirano a predisporre, facilitare e rinforzare gli adattamenti volontari del comportamento di salute individuale e collettivo”*.

Tale definizione pone perciò attenzione all’importanza dell’intersezione di molteplici interventi, proprio perché molteplici sono le determinanti che definiscono i comportamenti di salute.

Esistono diversi tipi di modelli di educazione alla salute, una macro distinzione differenzia tra il modello informativo ed il modello centrato sulla persona.

Il primo è quello tradizionale secondo cui per cambiare i comportamenti individuali bisogna fornire le giuste conoscenze. L’andamento è lineare: l’esperto fornisce le conoscenze, il pubblico deve convincersene e cambiare il proprio comportamento ritenuto dannoso in modo del tutto passivo.

Il secondo modello centrato sulla persona è recente ed è nato proprio dalla necessità di superare i limiti della sola informazione in unico senso.

Per cambiare un comportamento dannoso bisogna fare più che dare solamente delle informazioni. Queste infatti, pur essendo indispensabili non possono prescindere dal fare riferimento a tutto il sistema di valori e credenze della stessa persona da educare (nel senso di *ex- ducere: tirare fuori*).

Da qualche anno viene ripetuto costantemente che con la persona che esprime un

bisogno al quale noi rispondiamo, bisogna adottare un approccio olistico.

Sparisce l'esperto di per sé per dare posto all'esperto che diventa “facilitatore di cambiamento” tra cui, in un discorso di prevenzione e promozione alla salute, l'infermiere accanto ad altre figure, è posto in primo piano.

“Facilitatore” in quanto aiuta i soggetti, non più passivi ma con un ruolo attivo e partecipativo, a riconoscere le proprie potenzialità.

Questa figura lavora sul rafforzamento dell'empowerment di ognuno, sull'autostima, sull'assertività, sulla fiducia in sé stessi, in modo tale da formare soggetti che siano “potenti” ed indipendenti, così che riescano a prendere decisioni positive sui propri comportamenti di salute ed in modo autonomo dalle influenze sociali.

4.3 Peer education

Tale caratteristica risulta essere fondamentale soprattutto nel lavoro con gli adolescenti, particolarmente influenzabili dalle mode e dal gruppo dei pari.

Allo stesso tempo, proprio per l'influenza che il gruppo dei pari esercita sugli adolescenti che ad esso si ispirano, il Ministero della Salute da qualche anno sta cercando sempre di più di potenziare attraverso progetti mirati, la funzione positiva che si può estrapolare da questi gruppi dei pari.

La peer education o “educazione tra pari” è una metodologia di intervento sul campo, nata verso gli anni '20 negli Stati Uniti, che attinge i suoi presupposti da vari concetti teorici propri della Psicologia di Comunità e dalla Psicologia Sociale.

Ha assunto, nel tempo e nei contesti, svariate sfaccettature ma in particolare la scuola è stata, ed è, il luogo privilegiato di tale sviluppo.

Negli ultimi anni è stato riscontrato che l'educazione tra pari risulta particolarmente idonea nel lavoro con gli adolescenti, in quanto il gruppo dei pari esercita un'influenza ed un'importanza fondamentale per lo sviluppo dell'identità, delle credenze e di conseguenza nella messa in pratica dei comportamenti.

Alla base del moderno orientamento della prevenzione sanitaria vi è il riconoscimento del fatto che i più adeguati ed efficaci promotori del benessere individuale, sono proprio le persone, adeguatamente formate, appartenenti al medesimo gruppo di riferimento.

Dunque i pari educano i pari, migliorando così l'efficacia del processo e degli esiti educativi perché in possesso dello stesso patrimonio linguistico, valoriale, rituale, a livello microculturale e microsociale. Di conseguenza, l'interazione faccia a faccia tra pari, essendo meno inibente e più immediata, è avvertita come meno giudicante, motivo per cui consegue ottimi risultati.

La metodologia dell'educazione tra pari risulta estremamente gradita ai ragazzi perché permette loro, in un contesto tradizionale qual è la scuola, di sperimentare un reale protagonismo e la compartecipazione di tutti in un lavoro di co-costruzione dei saperi.

4.4 Le nostre considerazioni sul progetto “*Fuori come va?*”

Scendendo nello specifico di quanto si è potuto osservare nella fase finale del progetto “*Fuori come va?*” possiamo esprimere alcuni pareri.

Innanzitutto teniamo conto del fatto che gli studenti del Liceo Psico-Pedagogico parte da una base di maggiore sensibilità alle tematiche sociali rispetto a studenti di altri Istituti. Questa affermazione trova conferma nei dati messi a confronto tra il questionario avviato sui 1000 studenti e quello sulle terze classi del Liceo che abbiamo visto dal dettaglio delle tabelle.

Premesso questo, l'obiettivo era in qualche modo misurare il cambiamento di atteggiamento negli studenti del Liceo Psico-Pedagogico avvenuto dopo tre anni di sensibilizzazione attraverso un questionario somministrato prima e dopo il percorso. Abbiamo già visto che i risultati sembrerebbero non incoraggiare ulteriormente progetti di questo tipo ma prima di arrivare a questa conclusione bisogna considerare tutti i fattori che la influenzano.

L'obiettivo che ci si proponeva, l'avvenuta sensibilizzazione, dai questionari non è emersa significativamente ma ciò è dovuto in parte al fatto che molti elementi possono essere colti soltanto da un'analisi qualitativa dell'esperienza in sé e non quantitativa. La vera differenza, vera nel senso di oggettivabile, riscontrabile quindi anche dai numeri, è emersa nell'ambito della dimensione conoscenza: è sentita coscientemente dagli studenti la necessità di saperne di più.

Per quanto riguarda invece il potente pregiudizio sulla pericolosità/imprevedibilità del sofferente emozionale bisogna ammettere che le percentuali parlano chiaro: non sono mutati. Come mai?

Possibile che dopo tre anni di percorso, tanta partecipazione degli studenti documentata attraverso le presenze ai laboratori, ai tornei sportivi, alla festa organizzata al Centro Diurno con e per i cittadini e tutto il resto, ci chiediamo come mai non è mutato nulla rispetto al pregiudizio “pericolosità/imprevedibilità”? Una prima risposta può essere cercata nelle diverse teorie che ci dicono quanto sia difficile cambiare una struttura mentale quale è il pregiudizio. Una su tutte è la teoria della *dissonanza cognitiva*, concetto introdotto nel 1957 da uno dei più importanti studiosi americani di psicologia sociale: Leon Festinger (1919 – 1989).

4.5 La *dissonanza cognitiva*

Questo concetto descrive la condizione di un individuo che vive una o più discordanze tra i propri elementi cognitivi (intendendo con elemento cognitivo ogni conoscenza, opinione o credenza che un individuo ha su sé stesso o sul mondo che lo circonda).

Quando un individuo possiede due idee o comportamenti che sono tra loro coerenti, allora si trova in una situazione emotiva soddisfacente (*consonanza cognitiva*); al contrario, si verrà a trovare in imbarazzo se le due rappresentazioni sono tra loro opposte. Questa incoerenza produce una *dissonanza cognitiva*, che l'individuo cerca di eliminare o ridurre a causa del disagio psicologico che essa comporta.

Secondo la teoria di Festinger quindi esiste in ogni persona, in presenza di una dissonanza, una pressione tendente a ridurla, tanto maggiore quanto più forte è avvertita la dissonanza. La riduzione può ottenersi producendo un cambiamento nell'ambiente, modificando il comportamento o modificando il proprio mondo cognitivo, ma ciò non è affatto semplice.

Non è semplice perché ognuno di noi arriva a strutturare i propri elementi cognitivi in modo estremamente graduale, praticamente senza nemmeno accorgersene per cui nemmeno il percorso opposto può essere fatto repentinamente.

Per riuscirci ci sarà bisogno certamente di una lunga riprogrammazione legata ad una qualche forma di vantaggio.

Nel caso degli studenti presi in esame dallo studio dobbiamo anche tenere conto del fatto che probabilmente non avvertono la minima necessità di attuare questo cambiamento.

Soprattutto verso un pregiudizio quale la pericolosità di un sofferente emozionale, un adolescente potrebbe chiedersi: ma perché mai dovrei fidarmi fino ad uscirci da solo o a viverci insieme? Mancando probabilmente una reale necessità soggettiva nel dover

cambiare l'atteggiamento (in fin dei conti il guadagno maggiore sembra essere dal lato del sofferente emozionale più che da chi deve abbandonare il pregiudizio), riprogrammare una struttura mentale sarà ancora più faticoso e si sa che una "fatica" inutile è meglio evitarla.

Ammettendo questo ragionamento come valido per giustificare il non mutamento delle percentuali riguardo il pregiudizio "pericolosità", dobbiamo ancora aggiungerci l'effetto che ha avuto sulle coscienze di questi giovani il dolente fatto di cronaca che il 17 maggio 2006 ha scioccato l'Italia ed in particolare proprio la provincia di Cuneo. Mi riferisco all'omicidio della giovanissima infermiera Manuela Schellino consumatosi a Dogliani, da parte di un paziente di una struttura per sofferenti emozionali dove lei lavorava da qualche mese. Ricordiamo che questo tragico fatto è avvenuto proprio a metà percorso di sensibilizzazione degli studenti.

Se il lavoro di convincimento per cambiare un pregiudizio è arduo, per rafforzarlo invece basta pochissimo.

Questa mia riflessione ha trovato conferma in seguito alla visione che ho effettuato di un lavoro cartaceo che la 5E ha consegnato alla fine del percorso alle Educatrici del Centro Diurno.

Una dettagliata descrizione di tutto quanto esperito nei tre anni, i verbali degli incontri, delle iniziative, gli studi fatti in classe sulle malattie mentali e molto altro. Tra tutto c'era una pagina scritta da loro dedicata al tragico evento, un riassunto di quanto appreso che mancava però di una descrizione di cosa loro stessi abbiano provato alla notizia, di come si fossero magari sentiti in quel momento in cui hanno saputo che a due passi da casa loro, nella loro realtà e non in qualsiasi altra parte del mondo, fosse capitata una cosa tanto sconvolgente.

A questa prima pagina descrittiva dell'evento ne seguivano circa una decina che altro non erano che le fotocopie di tutti gli articoli usciti in quei giorni sull'accaduto, un

bombardamento ottico di questa notizia che si commentava da sé.

A me ha fatto pensare molto scorrere quelle pagine.

Cercando di mettermi nei loro panni sono arrivata alla conclusione che chiaramente tutto il percorso cognitivo fatto dagli studenti fino a quel momento avrà subito un forte scossone tornando probabilmente al punto di partenza.

D'altra parte non si può negare che tutti gli operatori nel campo della Psichiatria (chi più chi meno), in quei giorni si sono sentiti più sospettosi e guardinghi.

Allo stesso modo molte persone normalmente a favore del ritorno dei sofferenti emozionali sul territorio avranno messo in crisi le loro convinzioni mentre tante altre avranno messo la legge 180 sotto tiro per l'ennesima volta.

4.6 I nostri suggerimenti



Arrivati alla fine del percorso universitario speriamo presto di poterci occupare come professionisti della salute di tematiche come potrebbe essere appunto lo stigma che accompagna la malattia mentale.

Se fossimo ad esempio chiamati a collaborare al progetto come “*Fuori come va?*” suggeriremmo qualche piccolo cambiamento.

Il discorso legato alla formazione di un gruppo dei pari certamente è un discorso vincente. Nel caso specifico punteremmo a potenziarlo negli anni, dandogli una maggiore durata.

Infatti la giornata conclusiva del progetto alla quale abbiamo partecipato vedeva gli

studenti della 5E e 5M descrivere brillantemente il loro percorso, si capiva che quei temi erano diventati parte del loro bagaglio culturale/esperienziale.

Dall'altra parte c'erano invece gli studenti più giovani, pieni di dubbi, quasi timorosi perché coscienti di sapere poco di questo pezzetto di realtà.



L'incontro è durato poco più di due ore, è stato intenso, sentito comunque da ambo le parti. Cosa ne è rimasto però?

Il gruppo dei pari subito dopo è corso via perché essendo in pieno periodo pre-esami di maturità subivano lo stress dello studio associato al poco tempo a disposizione. Passato quel momento ognuno di loro avrà preso una strada diversa all'università o nel mondo del lavoro come d'altronde è giusto che sia.

Il gruppo delle terze e delle quarte invece continuerà probabilmente a nutrire dei dubbi sui pochi ricordi che possono permanere dopo due ore di incontro.

Magari qualcuno particolarmente sensibile alle questioni sociali e al tema specifico dello stigma in quelle due ore di incontro coi pari ha trovato lo stimolo per cercare altri approfondimenti del tutto personali.

Di certo pensiamo che nessuno sia riuscito a raccogliere l'eredità del lavoro di tre anni svolto dalle due quinte classi.

Anche se il gruppo dei pari quindi è stato creato crediamo che non sia stato abbastanza sfruttato nel tempo per come è nel suo potenziale.

In questo modo la scuola e chi fa i progetti si ritrovano a dover ricominciare eventualmente il cammino nuovamente daccapo.

Secondo noi la funzionalità potente che un gruppo dei pari può avere soprattutto nella scuola va sfruttata al massimo. Come?

Noi proponiamo ad esempio che il progetto coinvolga studenti ancora più giovani, anticipando con altri strumenti il discorso della malattia mentale e lo stigma già nelle scuole medie.

Sarebbe sufficiente uno strumento come potrebbe essere un libricino che simpaticamente illustri delle situazioni facilmente comprensibili (così come si fa per educare i ragazzi al comportamento corretto sulle strade o alla giusta alimentazione da seguire): piccole pillole di conoscenza su argomenti nuovi perché mai trattati se non dai media (e sappiamo spesso non nel modo corretto).

Buttando le basi già nei giovanissimi delle scuole medie si possono costruire le fondamenta nelle scuole superiori.

Qui però suggeriamo di formare dei gruppi dei pari già nelle prime classi. In questo modo avrebbero a disposizione tre anni comunque di sensibilizzazione/formazione, e

poi ancora due anni per passare il testimone della loro esperienza a quelli più giovani senza interrompere quindi il ciclo come invece questa volta è stato.

Chiaramente ci vorrebbe un grosso impegno e disponibilità da parte delle Istituzioni, la Scuola in primis e soprattutto da parte del Dipartimento di Salute Mentale che questi progetti deve crearli, proporli e attuarli e si sa, i lavori fatti a progetti non sempre danno garanzia di continuità per uno o l'altro degli attori coinvolti.

Il nostro augurio è che invece certi meccanismi si mettano non solo in moto ma che una volta in moto continuino a funzionare perché lo stigma oltre ad essere uno svantaggio per chi soffre rappresenta una sorta di insensibilità in chi lo sostiene, un'anestesia dei sentimenti verso l'altro, il diverso.

Questa anestesia, questa pochezza di spirito impedisce la relazione con l'altro e, citando le parole del Prof. Pontremoli (docente di Storia della danza e del mimo presso il DAMS di Torino): *“non posso dire io se non riconosco il tu, senza paragone io non esiste (...) la certezza dell'io si verifica unicamente nel tu”*. Riconoscere l'altro, in quanto esiste ed è diverso da noi, restituisce a noi la dignità di essere/i vivente/i in mezzo agli altri. Semplicemente.



Bibliografia

Angermeyer M.C., Schulze B. *Lo stigma dal punto di vista di chi soffre di schizofrenia e delle loro famiglie. I risultati di un gruppo di studio in Germania, Lotta allo Stigma.* Bologna: Editrice Compositori, 2000; 29 - 46

Articoli tratti dagli *Atti del Convegno Nazionale sulle strategie contro lo stigma della malattia mentale. L'Aquila 19 e 20/02/1999.* L'Aquila: Gruppo Tipografico Editore, 2000

ASL 7, Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Ascolto e di Informazione, Salute Mentale 2002: *Le barriere non sono state abbattute tutte?* Ancona 2000 (lavoro non pubblicato)

Barelli P., Spagnoli E., *Nursing di Salute Mentale.* Roma: Carocci Editore S.p.A., 2006

Bucchi M., Neresini F., *Sociologia della Salute.* Roma: Carocci Editore, 2001

Cantarelli M., Neri W., Ottone M., Vetere C., *Quaderni dell'Infermiere. Psichiatria.* Milano: Masson Italia Editori, 1982 volume 17

Casacchia M., Pioli R., Rossi G., *Schizofrenia e Cittadinanza.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2001

Coelho P., *Veronika decide di morire*. Milano: Bompiani Editore, 1999

Cristicchi S., *Centro d'Igiene Mentale* Milano: Mondadori Editore, 2007

Dell'Acqua P., *Fuori come va?*, Roma: Editori Riuniti, 2003

Foucault M. *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR Saggi, 200

Jervis G., *Manuale Critico di Psichiatria*, Milano: Feltrinelli Editore, 1997

Kemali D., Maj M., Veltro F., Creper L., Lobracc S., *Sondaggio sulle opinioni degli Italiani nei riguardi dei malati di mente e della situazione dell'assistenza psichiatrica*. Rivista di Freniatria, 1989; 5: 1301-1351

Lòpez – Ibor J.J. Jr. *World Psychiatry: an opportunity for psychiatrists of the world*. *World Psychiatric*. Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2002; 1: 1 – 61

Phelan Jo C., Bromet Evelyn J., Link Bruce G., *Psychiatric Illness and Family Stigma* Schizophrenia Bulletin, DHHS Publication, 1998 vol. 24, 1: 115 – 125

Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano:

Etas 2000

Sartorius N., *Uno degli ultimi ostacoli ad una migliore cura della salute mentale: lo stigma della malattia mentale, Lotta allo Stigma*. Bologna: Editrice Compositori, 2000; 17-27

Servidori A., *I problemi e il ruolo della scuola nei progetti di prevenzione del disagio giovanile. Lotta allo Stigma* Bologna: Editrice Compositori, 2000; 77-84

Tacchini M.A., *Professione Infermiere nei Servizi Psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Milano: Masson S.p.A., 1998

Toniolo E., Grossi A., *Oltre lo Stigma. Strategie di prevenzione in Psichiatria*. Milano: Centro Scientifico Editore, 2006

Vender S. *La Stigmatizzazione. Dal pregiudizio alla cura della malattia mentale* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005; 11: 147 – 269

Siti internet consultati:

www.ministerodellasalute.it

www.campagnastigma.it

www.targatocn.it

www.menteinpace.it

www.infermierionline.it

www.ministerodellapubblicaistruzione.it

www.schizofrenia.com

Foto:

Archivio Fotografico Centro Diurno A.S.L 15 Cuneo.

Abstract

Titolo tesi

L'Infermiere e lo stigma che accompagna la malattia mentale

Alla base del lavoro di questa tesi c'è la consapevolezza che solitamente intorno a categorie di persone svantaggiate grava il peso dello stigma.

Nella tesi viene preso in esame in particolare lo stigma che accompagna la malattia mentale e si intende con il termine *stigma* tutto ciò che di negativo ruota intorno alla malattia ed è capace di produrre effetti nefasti sulla realtà del malato fino ad abbassargli notevolmente la qualità della vita.

Nel primo capitolo viene fatto un excursus storico sulle origini dello stigma legato alla malattia mentale.

Nel secondo capitolo viene chiarita la distinzione tra le varie dimensioni dello stigma: *public stigma, self stigma, structural stigma*; successivamente vengono descritti degli studi nazionali ed internazionali di Programmi anti-stigma effettuati su familiari di sofferenti psichici e su popolazioni studentesche con l'obiettivo di indagare l'atteggiamento generale verso la malattia mentale.

Il terzo capitolo descrive qual è il ruolo dell'Infermiere nell'ambito della Salute Mentale nell'ottica della Promozione alla Salute.

Nello stesso si trovano inoltre in dettaglio i risultati empirici ricavati dal Progetto di sensibilizzazione alle tematiche del disagio mentale “*Fuori come va?*” svolto dal Centro Diurno A.S.L.15 di Cuneo verso gli studenti del Liceo Psico–Pedagogico “E. De Amicis”.

Nel quarto e ultimo capitolo si discute intorno all'importanza nei Progetti rivolti agli Studenti del potenziamento dei gruppi dei pari. Inoltre in questo capitolo si trovano le testimonianze dei giovani Studenti che hanno fatto il percorso di sensibilizzazione triennale “*Fuori come va?*” e le considerazioni/suggerimenti della candidata sul Progetto stesso.

Allegati

Allegato n. 1	Traccia del questionario
Allegato n. 2	Elaborazione dei dati
Allegato n. 3	Legenda elaborazione tabulato
Allegato n. 4	Relazione finale del progetto
Allegato n. 5	Segnalibro
Allegato n. 6	Card
Allegato n. 7	Diario di tirocinio