



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Tesi di Laurea**

**FRONTEGGIARE LO STIGMA IN AMBITO PSICHIATRICO.**

**STRUMENTI E STRATEGIE PER L'INFERMIERE.**

**Relatore: Dott. Geatti Sandro**

**Laureanda: Carlet Martina**

**Matricola : 1047592**

**Anno accademico 2014 - 2015**



## **Ringraziamenti**

*Nel terminare questo percorso di laurea desidero ringraziare tutte le persone che mi hanno sostenuta e mi hanno permesso di raggiungere questo traguardo.*

*Ringrazio in maniera particolare il Dottor Geatti, che si è reso disponibile come relatore ed è stato una figura presente e puntuale durante il percorso di stesura della tesi.*

*Ringrazio tutti gli infermieri che mi hanno affiancato e guidato durante i tirocini, ma soprattutto ringrazio tutte le persone di cui ho potuto prendermi cura in così particolari periodi della loro vita.*



# INDICE

<b>INDICE</b>	<b>Pagine</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1.....</b>	<b>3</b>
<b>Lo stigma in ambito psichiatrico.....</b>	<b>3</b>
1.1 Gli interventi antistigma.....	6
1.2 Rilevanza per la professione.....	10
<b>CAPITOLO 2.....</b>	<b>13</b>
<b>La ricerca .....</b>	<b>13</b>
2.1 Gli obiettivi.....	13
2.2 Materiali e metodi.....	13
2.3 I Risultati .....	14
2.4 Discussione.....	14
2.5 Limiti della ricerca.....	17
<b>CAPITOLO 3.....</b>	<b>19</b>
<b>I risultati.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPITOLO 4.....</b>	<b>31</b>
<b>Proposte operative.....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	
<b>ALLEGATI.....</b>	



## ABSTRACT

Nelle persone affette da patologia psichiatrica, la diminuzione della qualità di vita e l'incapacità di raggiungere molti obiettivi personali, non sono solo il mero risultato della sintomatologia, del *distress* e della disabilità causati dalla patologia. Lo stigma è un importante fattore che ostacola il percorso di *recovery* della persona, infatti le esperienze di discriminazione e gli stereotipi, con cui la persona bollata come "malato di mente" deve confrontarsi, molto spesso portano ad una diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia, impedendole di raggiungere importanti obiettivi come un impiego stabile e la vita autonoma nella propria casa. L'obiettivo di questa tesi è descrivere gli interventi attuabili per fronteggiare questo problema, descrivendo in prima istanza i tipi di stigma e come gli stessi impattano negativamente sulla vita delle persone affette da patologia psichiatrica. Tra le strategie descritte particolare attenzione è stata data agli interventi che permettono l'*empowerment* della persona e facilitano il percorso di *recovery*. A questo scopo è stata effettuata una revisione di letteratura, la ricerca sui *database Pubmed* e *Cinahl*, ha portato alla selezione di 47 articoli in full text. I risultati riscontrati nella maggior parte degli studi identificano: la protesta, come lo strumento più efficace nella lotta allo stigma perpetrato attraverso i media; il contatto, come la migliore strategia volta alla riduzione dello stigma nella popolazione generale; la focalizzazione sull'*empowerment* e il processo di *recovery* della persona, sono gli strumenti migliori utilizzabili dai professionisti della salute per minimizzare le conseguenze negative del *self-stigma* e per sviluppare nuove capacità nel soggetto che gli permettano il raggiungimento di obiettivi di vita. Per le caratteristiche e le modalità con cui l'*empowerment* può essere perseguito, questo intervento si configura essere a basso costo e facilmente implementabile nella pratica infermieristica, ottenendo come risultati: il miglioramento della qualità di vita e del benessere della persona e l'aumento della funzionalità sociale, di vita autonoma e lavorativa.





## INTRODUZIONE

La percentuale di persone su scala mondiale a cui è diagnosticata una patologia psichiatrica si attesta al 25%. Le patologie più comuni sono: depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e disturbi d'ansia; tali patologie sono la causa del 12% di tutte le disabilità (Dalky, 2012). Lo scarso utilizzo dei Servizi di Salute Mentale e la breve permanenza in carico a questi servizi, con una precoce sospensione dei trattamenti prescritti, sono problematiche attribuibili in maniera particolare allo stigma. Lo stigma si presenta essere un serio problema e un ostacolo che impedisce all'individuo di raggiungere importanti obiettivi di vita. Lo stesso causa la diminuzione dell'autostima, porta il soggetto all'isolamento, riduce le opportunità di lavoro e rende le persone reticenti al ricevere trattamenti per le patologie mentali (Pinto-Folz, et al., 2009). L'infermiere in collaborazione con l'equipe curante è importante valutare e trattare lo stigma, viste le sue importanti ripercussioni sul processo di *recovery* della persona. E' dunque importante che l'infermiere conosca l'importanza del fenomeno e gli interventi attuabili per fronteggiarlo. In particolare il fine ultimo degli interventi antistigma indirizzati alla popolazione o alla persona affetta da patologia mentale, è creare un ambiente facilitante nel quale il soggetto può proseguire il proprio percorso di *recovery* e al contempo sviluppare nello stesso capacità intellettuali e pratiche che lo rendano autonomo e capace di affrontare le sfide quotidiane, aumentando quindi la qualità di vita. L'obiettivo di questa tesi è quello di identificare i tipi di stigma, le conseguenze degli stessi e gli interventi attuabili, valutando quindi i benefici che questi ultimi comportano nella vita della persona.



## CAPITOLO 1

### Lo stigma in ambito psichiatrico

In questo capitolo si procederà all'inquadramento del problema attraverso la definizione e descrizione dei vari tipi di stigma e delle conseguenze dello stesso sulla vita delle persone affette da patologie psichiatriche, dei possibili interventi per fronteggiarlo e della sua rilevanza all'interno della professione infermieristica.

Lo stigma, in psichiatria, viene definito come l'insieme di atteggiamenti, credenze, pensieri e comportamenti negativi che influenzano l'individuo o in più in generale l'opinione pubblica e inducono paura, rifiuto e pregiudizi discriminatori verso le persone affette da patologia mentale (Foltz & Logsdon, 2009).

Lo stigma si presenta a tre livelli: istituzionale, sociale ed interiorizzato (Cook, Purdie-Vaughns, Meyer & Bush, 2013)

Lo stigma istituzionale comprende le leggi, le politiche e le procedure di enti privati o pubblici che si trovano in posizione di potere rispetto al soggetto affetto da patologia psichiatrica e lo privano di diritti ed opportunità (Livingston & Boyd, 2010).

Lo stigma sociale o pubblico consiste nella condivisione di stereotipi e comportamenti negativi da parte di buona parte della popolazione verso un dato gruppo di persone (Livingston & Boyd, 2010).

Lo stigma interiorizzato o self-stigma si ritrova a livello individuale, consiste nell'interiorizzazione da parte del soggetto malato degli stereotipi negativi riguardo le patologie psichiatriche condivisi dalla maggioranza della popolazione. L'individuo, facendo quotidiana esperienza della stigmatizzazione, assume nel proprio sistema di valori personali tali accezioni negative che lo inducono a ritenersi un soggetto di minor valore; quest'ultimo tipo di stigma è quindi un processo soggettivo fortemente condizionato dal contesto socio-culturale in cui l'individuo è inserito (Livingston & Boyd, 2010).

Lo stigma pubblico si compone di tre aspetti: cognitivo, emozionale e comportamentale che si

traducono in stereotipi, pregiudizi e discriminazioni. Gli stereotipi sono un insieme di credenze e opinioni rigidamente precostituite e generalizzate su persone o gruppi sociali e quindi, per loro stessa natura, non condivisibili da tutti. I pregiudizi sono la conseguenza dell'assunzione degli stereotipi entro il proprio sistema di valori: ne conseguono reazioni emozionali negative che si traducono in comportamenti discriminatori. Lo schema stereotipo, pregiudizio e discriminazione si ripete anche nel self-stigma. Il soggetto quindi, consapevole degli atteggiamenti negativi verso le persone affette da patologia psichiatrica, può assumere nel suo sistema di valori tali credenze negative e di conseguenza attuare comportamenti in risposta a tali pregiudizi (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Lo stigma istituzionale e lo stigma pubblico determinano importanti conseguenze, infatti avallano la segregazione di questi soggetti e precludono l'opportunità alla persona bollata come "malato di mente" di raggiungere essenziali obiettivi di vita quali una occupazione stabile e il vivere in maniera indipendente in una casa sicura e confortevole (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Corrigan & Shapiro, 2010).

E' ampiamente dimostrato che il *self-stigma* diminuisce l'*empowerment*, l'autostima, l'autoefficacia e la speranza della persona. La diretta conseguenza dello sviluppo inadeguato di questi fattori è l'insorgere nel malato dell'effetto "Why Try?"; per cui il soggetto, non ritenendosi all'altezza del compito che dovrebbe sostenere, si chiede "perché provare?" rendendo in questo modo più improbabili le opportunità di un impiego stabile, lo sviluppo di relazioni sociali funzionali e la creazione di una rete di supporto sociale che permettono all'individuo di raggiungere i propri obiettivi di vita (Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan & Rao, 2013). Le persone affette da patologia mentale ed esposte allo stigma possono assumere tre atteggiamenti: interiorizzare lo stigma, non riportare alcuna sofferenza o manifestare indignazione per l'ingiusta discriminazione (Corrigan & Rao, 2012): il primo atteggiamento comporta l'evitamento da parte della persona malata di situazioni sociali in cui può perpetrarsi la stigmatizzazione, il terzo invece offre lo spunto per indirizzare gli interventi volti alla riduzione del *self-stigma*, ovvero promuovere l'*empowerment* della persona (Corrigan & Rao, 2012).

Il fenomeno dello stigma ha importanti ripercussioni anche sulla salute del soggetto. I professionisti della salute sono soggetti agli stessi livelli di stigma della popolazione generale e le persone con patologia psichiatrica non ricevono lo stesso livello di prestazioni assistenziali erogate ai cosiddetti soggetti "sani" (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Gli

psichiatri, pur consapevoli dell'importanza della valutazione della salute fisica della persona, solo in rari casi si assumono la responsabilità dell'accertamento della malattia delegandolo a terzi; per questo motivo, molto spesso malattie fisiche che non vengono diagnosticate precocemente e l'inadeguato livello di cure erogato, contribuiscono al conseguente aumento della mortalità per comuni malattie fisiche come patologie cardiovascolari, cancro e malattie respiratorie (Lawrence & Kisley, 2010). A ciò si aggiunge che le persone affette da patologia mentale riducono gli accessi alle cure primarie perché spesso i professionisti di questo settore le colpevolizzano per i loro atteggiamenti e comportamenti imputandoli a caratteristiche individuali e non riconoscendoli come una manifestazione della patologia (Lawrence & Kisley, 2010). Le ineguaglianze in ambito sanitario sono dovute alla combinazione di più fattori: problemi nell'organizzazione, come la separazione tra servizi di salute mentale e servizi sanitari, problemi connessi ai professionisti della salute come lo stigma associato alle patologie mentali, le conseguenze delle patologie mentali e gli effetti avversi della terapia farmacologica (Lawrence & Kisley, 2010). Inoltre, come ampiamente documentato in letteratura, la persona che presenta sintomi di patologia psichiatrica tende a non accedere ai servizi di salute mentale in quanto tale comportamento è soggetto a stigma con i pregiudizi e le discriminazioni che ne conseguono; questo mancato precoce contatto con i servizi dedicati riduce le possibilità di *recovery* e il conseguente aumento delle conseguenze della patologia (Ginnakopoulos, Assimopoulos, Petanidou, Tzavara, Kolaitis & Tsiantis, 2012). Un altro stereotipo comune è che il malato mentale sia necessariamente pericoloso; tale idea è sovra enfatizzata e non tiene conto degli importanti fattori di rischio, estranei alla patologia, cui sono esposti gli autori di un reato; essi infatti spesso fanno uso di sostanze stupefacenti, vivono in condizioni socioeconomiche svantaggiose e non sono sostenuti da un tessuto sociale che, invece di promuoverne l'inclusione, li emargina attraverso lo stigma (Markowitz, 2010). Rispetto alle persone sane, i soggetti che manifestano segni e sintomi di patologie psichiatriche sono più facilmente esposti all'arresto e scontano periodi di detenzione più lunghi; a seguito della aumentata criminalizzazione nei loro confronti le forze di polizia mantengono atteggiamenti negativi e assumono comportamenti discriminatori che si traducono in arresti facili e uso della forza in quanto incapaci di cogliere i bisogni di salute della persona contattando i servizi di salute mentale (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005).

## 1.1 Gli interventi antistigma

Passiamo ora alla descrizione degli interventi integrati volti alla riduzione dello stigma nei tre livelli in cui esso si manifesta: pubblico, individuale, con particolare riguardo all'*empowerment* della persona, e istituzionale. La lotta allo stigma pubblico si avvale di tre strategie: la protesta, l'educazione ed il contatto (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). La protesta ha il fine di evidenziare le ingiustizie di ogni tipo di stigmatizzazione, ammonendo coloro che condividono pregiudizi e assumono comportamenti discriminatori verso i soggetti affetti da malattia psichiatrica (Corrigan & Shapiro, 2010). I target più sensibili di questi interventi sono i mass media. Per esempio, attraverso il programma di protesta "*StigmaBusters*", i sostenitori hanno il compito di vigilare sui messaggi e sulle immagini trasmesse attraverso i media e di segnalare quelle di contenuto ritenuto irrispettoso e stigmatizzante; se la segnalazione viene confermata, immediatamente vengono contattati i responsabili del programma radiotelevisivo e ne viene richiesta la rimozione (Corrigan & Gelb, 2006). "*StigmaBuster*" inoltre fa pressioni sulla politica cercando di far approvare leggi e agevolazioni fiscali come, ad esempio, l'abbassamento delle tasse per i datori di lavoro che assumono persone affette da patologia psichiatrica aumentando così le opportunità del loro reinserimento sociale e lavorativo (Corrigan & Gelb, 2006). L'educazione mira a scalzare i falsi stereotipi nei confronti della malattia mentale rimpiazzandoli con informazioni corrette e dati reali. La strategia educativa si serve di diversi strumenti per diffondere tali informazioni: annunci televisivi o radiofonici, libri, opuscoli, video, pagine web e *podcasts*; i pregi di tale intervento sono il basso costo unito alla larga diffusione delle informazioni (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). "*Elimination Barriers Initiatives*", è un programma educativo triennale sviluppato dal Centro per i Servizi di Salute Mentale negli Stati Uniti; si propone di informare la popolazione sulla patologia psichiatrica attraverso volantini e portfolio radiofonici o televisivi e, come si evince dal suo nome, è finalizzato a combattere lo stigma e la discriminazione riducendo le barriere al trattamento e favorendo il supporto sociale che promuove il processo di *recovery* (Corrigan & Gelb, 2006). Il contatto diretto o via video tra soggetto sano e soggetto affetto da patologia psichiatrica permette al soggetto sano di cambiare atteggiamenti e comportamenti discriminatori in quanto è un'esperienza che mina stereotipi quali pericolosità, incompetenza e inaffidabilità, facendo comprendere che la maggior parte delle persone con patologie psichiatriche non

presenta tali caratteristiche (Corrigan & Shapiro, 2010 ; Seroalo, Du Plessis, Koen & Koen, 2014). “*In Our Own Voice*” è un programma antistigma in cui il contatto è realizzato servendosi di un video di novanta minuti strutturato in sei parti in sequenza intitolate rispettivamente “introduzione”, “i giorni bui”, “l’accettazione”, “il trattamento”, “i meccanismi di *coping*” e “i successi, le speranze e i sogni”, all’interno delle quali una persona con patologia mentale espone la propria esperienza di vita (Corrigan & Gelb, 2006). I principali target d’intervento sono: datori di lavoro, professionisti della salute, forze dell’ordine, proprietari di case in affitto e media; tutte figure in posizione di potere rispetto alla persona affetta da patologia mentale che, qualora condividessero gli stereotipi verso questi soggetti, potrebbero ostacolarne la vita privandoli di importanti opportunità (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Gli adolescenti sono un’altra importante porzione di popolazione a cui vengono indirizzati gli interventi antistigma; infatti essi formeranno la società adulta nel prossimo futuro e anche tra gli adolescenti c’è la tendenza a non accedere ai Servizi di Salute Mentale per paura dello stigma ad essi associato (Ginnakopoulos, Assimopoulos, Petanidou, Tzavara, Kolaitis & Tsiantis, 2012). Dopo aver brevemente descritto le strategie adottate nella lotta contro lo stigma pubblico prendiamo ora in considerazione quelle impiegate per la riduzione del *self-stigma* cioè quelle che hanno per oggetto l’*empowerment* della persona misurabile con l’aumento dell’autostima e dell’autoefficacia (Corrigan & Rao, 2012). L’*empowerment* è il processo attraverso il quale l’individuo sviluppa un’autonoma capacità decisionale e di azione secondo il proprio volere, condizione che lo rende protagonista della propria vita e del proprio percorso terapeutico riabilitativo (Marchinko & Clarke, 2011). L’individuo, da soggetto malato e passivo, diventa attivo e capace di assumersi responsabilità (Provencher, 2007). Tale obiettivo è perseguito attraverso un’azione integrata dell’equipe curante; infatti durante la psicoterapia e la terapia cognitivo-comportamentale, siano esse individuali o di gruppo, la persona può riflettere sull’esperienza di malattia, minimizzare gli atteggiamenti stigmatizzanti e sviluppare la speranza e il perseguimento dei propri obiettivi di vita. All’interno dell’equipe curante, l’infermiere è la figura professionale che trascorre maggior tempo a contatto con il paziente; per questo motivo egli riveste un ruolo privilegiato nel processo di *empowerment* ed ha il compito di proseguire gli interventi iniziati durante la psicoterapia (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Foltz & Logsdon, 2009). La forte relazione che si instaura fra i due soggetti è

un importante presupposto dell'*empowerment* e favorisce la ripresa dalla malattia. L'infermiere, mettendo in atto l'ascolto attivo, individua i bisogni di salute ed educativi del soggetto e, attraverso il discorso non mondano, fornisce le informazioni utili a colmare la lacuna conoscitiva (Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2007); inoltre, in seguito al prolungato contatto con il paziente, l'infermiere è in grado di fargli sviluppare nuove capacità e competenze per il raggiungimento di obiettivi di vita e di educarlo a svolgere attività quotidiane che permettono una vita indipendente quali la cura di sé e l'igiene della casa; e ancora, per promuovere l'autocura suggerisce strategie per facilitare l'aderenza alla terapia, fa conoscere i benefici della stessa alla persona e la educa al riconoscimento e gestione precoce dei segni e sintomi preludio di una crisi (Park & Sung, 2012; Provencher, 2007). Due esempi di strumenti a disposizione dell'infermiere per favorire il processo di *recovery* ed *empowerment* della persona sono: il "*Patients Empowerment Program for Schizophrenia*" e il "*Wellness Planner*" (Park & Mi Sung, 2012; Marchinko & Clarke, 2011). Il primo strumento, utilizzabile durante il ricovero in struttura della persona, consiste in un programma strutturato in due sessioni settimanali di sessanta minuti ciascuna per sei settimane. Durante questi incontri l'infermiere educa e si confronta con i partecipanti su temi quali il processo di *recovery*, le abilità di comunicazione, l'autocura, l'aderenza alla terapia, la gestione delle crisi e la preparazione per il rientro al lavoro; l'infermiere inoltre chiede alla persona di descrivere situazioni problematiche in cui spesso si ritrova oppure di raccontare, nel caso di soggetto reo con patologia psichiatrica, il suo punto di vista sull'azione criminosa commessa (Park & Sung, 2012).

Il "*Wellness Planner*" consiste in un'agenda all'interno della quale vengono annotati: le indicazioni su come riconoscere e gestire una nuova crisi, l'elenco dei farmaci e gli orari in cui assumerli, i contatti telefonici utili come quelli dei servizi di salute mentale, le date e gli orari degli appuntamenti; nella stessa agenda il malato evidenzia gli obiettivi da raggiungere e descrive quelli ottenuti (Marchinko & Clarke, 2011).

Ad un altro gruppo di strategie miranti alla riduzione del *self-stigma* e all'*empowerment* della persona appartengono: il *coming out*, il supporto tra pari, il coinvolgimento della persona nella definizione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo. (Corrigan & Rao, 2012). Il *coming out* consiste nell'aprirsi riguardo al proprio stato di salute mentale con le persone con cui si è in contatto, superando l'imbarazzo e rimuovendo il peso del dover mantenere il segreto in merito ad un aspetto così importante del proprio essere (Corrigan & Rao, 2012);



esso si manifesta attraverso fasi dal contenuto dichiarativo crescente.

Evitamento sociale : è la fase in cui il soggetto evita le situazioni sociali in cui gli altri potrebbero venire a conoscenza della patologia.

Segretezza: il soggetto frequenta sia soggetti sani che portatori di patologia psichiatrica senza riferire ad alcuno di essi il proprio stato di salute.

*Coming out* selettivo: il soggetto rivela il proprio stato di salute solo a poche persone, che sembrano poterlo comprendere ed accettare.

*Coming out* indiscriminato: il soggetto non nasconde ad alcuno il suo stato di salute.

*Broadcast*: il soggetto parla del proprio stato di salute e racconta la propria esperienza di vita allo scopo di sensibilizzare ed educare in materia di patologie psichiatriche (Corrigan & Rao, 2012 ; Corrigan, Kosyluk & Rash, 2013).

Il supporto tra pari consiste nel supporto emotivo e pratico mutualmente offerto da gruppi di utenti dei servizi di salute mentale ad altri soggetti che condividono un disturbo psichico al fine di ottenere un cambiamento ed una crescita personale e sociale; si tratta di un sistema di aiuto reciproco che contribuisce all'*empowerment* della persona attraverso la condivisione delle esperienze e delle strategie adottate per superare i problemi, sostenendo i soggetti durante l'esperienza di *coming out* e facendo conoscere loro i diritti e le risorse a disposizione (Corrigan & Rao, 2012; Provencher, 2007).

Il coinvolgimento della persona nella definizione del percorso terapeutico riabilitativo consiste nel definire insieme al soggetto gli obiettivi da perseguire, in modo tale che questi possano essere personalizzati e rilevanti per lo stesso; si incoraggia e si affianca la persona nel processo decisionale relativo a eventi sociali importanti quali, ad esempio, l'esame delle possibilità di occupazione alternative o la scelta della casa dove vivere (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005).

Riassumendo, gli interventi volti alla riduzione del *self-stigma* attraverso l'*empowerment* della persona sono: la psicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale, il discorso empowerizzante composto da ascolto attivo e discorso non mondano, l'educazione e lo sviluppo delle capacità di vita autonoma e autocura, il *coming-out*, il supporto tra pari e infine il coinvolgimento della persona nel proprio percorso terapeutico-riabilitativo. Queste strategie sono tuttavia inefficaci nei confronti dello stigma strutturale che, essendo il suo impatto non intenzionale e connaturato alle istituzioni, deve essere combattuto con strumenti di altra natura (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005). Uno di questi è la promozione di

cambiamenti sociali che inducano il governo ad approvare leggi finalizzate a garantire l'equità tra soggetti con patologia psichiatrica e soggetti sani; in questo modo possono essere rimosse le storiche disparità che derivano da società che in passato promuovevano il pregiudizio e la discriminazione (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005).

## **1.2 Rilevanza per la professione**

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia” (OMS, 2006, p.1); questa definizione permette di comprendere come l'assistenza infermieristica abbia lo scopo di aiutare tutti gli individui a migliorare il loro stato di salute attraverso l'identificazione dei bisogni che non sono solo di natura fisica ma anche psichica, relazionale e sociale.

Il profilo professionale dell'infermiere all'art.1 sancisce che “l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria” (Ministero della Salute, 2005). Questa affermazione definisce il campo d'azione dell'infermiere i cui interventi hanno il fine di promuovere il benessere della persona e dell'intera popolazione a prescindere dalla condizione, età ed estrazione sociale. L'assistenza infermieristica inoltre non si limita all'aspetto tecnico ma si esprime soprattutto in ambito psichiatrico attraverso la relazione e l'educazione della persona, due strumenti che permettono all'infermiere di individuarne i bisogni e di agire in un'ottica di *empowerment* e del conseguente processo di *recovery*. L'educazione sanitaria permette all'infermiere di sensibilizzare la popolazione sulle patologie psichiatriche, sul loro decorso e sulle possibilità di *recovery*; con una corretta informazione si possono così rimuovere pregiudizi e comportamenti discriminatori e si favorisce la nascita di un ambiente facilitante in cui la persona può essere riabilitata.

Il profilo professionale sancisce che l'infermiere “agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali” (Ministero della Salute, 2005); lo stesso principio viene confermato dal Codice Deontologico, che all'art. 14 recita “L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito” (IPASVI, 2009, p.6). Entrambe le affermazioni sottolineano l'importanza della collaborazione con le varie figure professionali come psicologo, psichiatra, assistente sociale ed educatori. In ambito

psichiatrico, la condivisione del progetto terapeutico riabilitativo tra i membri dell'equipe fa sì che i vari professionisti coinvolti possano lavorare in maniera sinergica mettendo a disposizione della persona le diverse competenze per perseguire gli obiettivi stabiliti di comune accordo. Un obiettivo fondamentale è la riduzione del *self-stigma* che, come ampiamente dimostrato, diminuisce le possibilità di *recovery* della persona e può quindi compromettere in maniera importante la riuscita del progetto terapeutico riabilitativo. Le patologie psichiatriche coinvolgono ogni aspetto della vita dell'individuo compromettendo non solo le capacità di vita autonoma ma anche la funzionalità sociale. E' compito dell'infermiere educare la persona per favorire il reinserimento nella comunità e nella famiglia che possono assicurare un importante sostegno durante il percorso di riabilitazione come ribadito dall'art. 21 del Codice Deontologico in cui si legge "L'infermiere rispettando le volontà espresse dall'individuo, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone a lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza[...]"(IPASVI, 2009). Per l'infermiere approfondire il tema dello stigma e le strategie per fronteggiarlo significa realizzare operativamente alcuni dei principi e delle norme che determinano l'agire professionale e in particolare :

- prendersi cura della persona affetta da patologia psichiatrica attraverso un approccio globale e integrato che considera il benessere della persona come recupero non solo della salute fisica ma in particolar modo delle capacità relazionali, sociali e di vita autonoma.
- attuare nella pratica quotidiana l'assistenza infermieristica con "interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico scientifica, relazionale ed educativa" (IPASVI, 2009, p.3).
- analizzare con un approccio critico propositivo l'evidenza scientifica disponibile sull'argomento per attuare interventi che si ispirino a prove di efficacia.



## CAPITOLO 2

### La ricerca

#### 2.1 Gli obiettivi

In questo capitolo verrà esposta la metodologia di ricerca attraverso la quale sono state reperite le evidenze inerenti agli interventi a riduzione dello stigma istituzionale, pubblico e interiorizzato. Il tema trattato è stato indagato attraverso la ricerca di letteratura su *database* medici.

#### 2.2 Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata su *database* medici, attraverso i motori di ricerca di “*Pubmed*” e di “*CINAHL*”, collegandosi tramite il servizio “*auth-proxy*” della Biblioteca Pinali dell’Università degli Studi di Padova. A seguire si riportano le parole chiave utilizzate per la ricerca:

- Mental disorders
- Mental illness
- Stigma
- Self-stigma
- Empowerment
- Empowerment program
- Nursing
- Nursing outcomes
- Recovery
- Peer support

Le stringhe di ricerca state formulate utilizzando sia termini Mesh che parole libere. In tutto sono stati selezionati 47 articoli inerenti al tema trattato. La ricerca si è concentrata in particolare sulle strategie di *empowerment* della persona, riportate in diverse revisioni della letteratura. Il report della ricerca effettuata sui *database* medici è riassunto nella tabella in Allegato 1.

### **2.3 I Risultati**

Attraverso la ricerca descritta nel paragrafo precedente sono stati reperite le seguenti evidenze scientifiche:

- 28 revisioni di letteratura
- 1 metanalisi
- 2 studi sperimentali con revisione di letteratura
- 12 studi sperimentali
- 1 studio pilota
- 1 studio retrospettivo
- 3 studi osservazionali

### **2.4 Discussione**

Le evidenze sono concordi nell'affermare che la diminuzione dello stigma verso le patologie mentali è un obiettivo fondamentale da perseguire, viste le pesanti ricadute che esso comporta sul percorso di *recovery* della persona. Per quanto riguarda la lotta allo stigma pubblico, le revisioni di letteratura unite agli studi analizzati, identificano la protesta come lo strumento più efficace nella riduzione dello stigma perpetrato attraverso i media, anche se al contempo produce un effetto *reboud* per cui i pregiudizi nel singolo non cambiano ma addirittura peggiorano. Il contatto è invece il migliore intervento antistigma; per questo le campagne educative dovrebbero prevedere il coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale. Il contatto video, è tra gli interventi, quello con il migliore rapporto costo-efficacia; infatti attraverso il web è possibile raggiungere a basso costo una più vasta popolazione (Corrigan, et al., 2005; Clement, et al., 2012). Il contenuto del video è un importante fattore da valutare; è infatti emerso essere più efficace il video in cui in cui la persona racconta della propria esperienza di vita e dei propri successi ottenuti nonostante la malattia, piuttosto che il video a contenuto educativo, centrato sulla patologia, problematiche correlate e ricadute (Corrigan et al., 2007). I risultati ottenuti nella popolazione generale attraverso questi interventi sono: la diminuzione degli atteggiamenti e comportamenti discriminatori, la riduzione della colpevolizzazione del soggetto affetto da patologia mentale, la riduzione della distanza sociale e l'aumento del supporto sociale, tutti questi elementi concorrono alla creazione di un ambiente facilitante in cui più agevolmente può svilupparsi il processo di *recovery*. La diminuzione dei livelli di stigma pubblico,

permette inoltre una minore esposizione del soggetto a questo fenomeno, è possibile quindi che la persona riporti minore *self-stigma* (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Corrigan & Wassel, 2007; Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rush, 2012; Corrigan & Fong, 2014; Dalky, 2012; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Rush, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Per quanto riguarda le strategie attuabili negli adolescenti, ci sono evidenze discordanti in merito agli interventi più efficaci, sebbene sia dimostrato che sia il contatto che l'educazione hanno come *outcomes*: miglioramento degli atteggiamenti, diminuzione dei comportamenti discriminatori, maggiore disponibilità all'aiuto e all'avere ragazzi affetti da patologie mentali come compagni di classe. Yamaguchi et al. (2011), affermano che il contatto diretto sia più efficace rispetto all'educazione senza coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale. Corrigan, et al. (2012), attraverso una metanalisi non confermano questo risultato, infatti emerge che l'educazione negli adolescenti ha maggiori *outcomes* rispetto al contatto, poiché gli stereotipi verso le patologie mentali non sono consolidati quanto negli adulti. Nella riduzione dello stigma tra i professionisti della salute, l'invio tramite web delle informazioni su questo tema è dimostrato essere lo strumento migliore che comporta un aumento della consapevolezza dello stigma, delle sue conseguenze e delle conoscenze in merito agli interventi attuabili per fronteggiarlo (Seroalo et al., 2014; Reha Bayar, et al., 2009). Le evidenze di letteratura identificano come fondamentale il percorso di *recovery* per la persona affetta da patologia mentale. La *recovery* può essere perseguita solo attraverso un approccio integrato d'equipe, che mira all'*empowerment* della persona. L'*empowerment* infatti permette al soggetto di raggiungere la massima autonomia di vita in base alle risorse disponibili, il tutto nonostante la malattia e nonostante le ripercussioni negative che lo stigma ha sulla vita del soggetto. La persona che ha sviluppato l'*empowerment* quindi possiede le capacità sia intellettuali che pratiche per far fronte e minimizzare gli effetti negativi della malattia e dello stigma, proseguendo nel proprio percorso di *recovery*. Gli interventi di: *coming out*, supporto tra pari, psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, relazione terapeutica tra professionista della salute e persona affetta da patologia psichiatrica e il coinvolgimento della persona nella definizione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo hanno come risultati: diminuzione del *self-stigma*, aumento dell'autoefficacia e dell'autostima, aumento della speranza, sviluppo delle capacità di vita autonoma e di autocura e miglioramento del benessere della persona (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005;

Corrigan & Wassel, 2007; Corrigan & Fong, 2013; Cook, Purdie-Vaughns, Meyer & Bush, 2013; Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee & Corrigan, 2012; Dalky, 2012; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe & Lysaker; 2014; Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005; Watson & Larson, 2006). Il *coming out* risulta un'efficace strategia finalizzata all'*empowerment* della persona, infatti permette: la diminuzione dello stress associato allo stigma e al dover mantenere il segreto, l'aumento del supporto sociale, lo sviluppo di relazioni sociali positive, l'aumento dell'autostima e l'aumento del benessere psicofisico. Per ottimizzare gli *outcomes* positivi è necessario valutare la strategia migliore di *coming out* attuabile in base al contesto sociale di appartenenza e supportare la persona in tale percorso (Bos et al., 2009; Corrigan et al., 2013; Corrigan et al., 2012). Ci sono numerose evidenze che riconoscono il supporto tra pari come una valida strategia di *empowerment* e di riduzione del *self-stigma*. Il supporto tra pari permette di aumentare l'autostima, l'autoefficacia, l'indipendenza, attraverso lo sviluppo di capacità di *coping* (Corrigan et al., 2012; Verhaeghe et al., 2005). L'utilizzo dell'intervento di *PhotoVoice* all'interno dei programmi dei gruppi di supporto tra pari è risultato efficace nel diminuire la distanza sociale e il *self-stigma*, aumentando invece l'autostima, l'autoefficacia, la fiducia nel processo di *recovery*, l'attivismo nella comunità e la disponibilità ad educare la popolazione riguardo lo stigma e le sue conseguenze (Russianova et al., 2014). La relazione terapeutica che si instaura tra persona affetta da patologia psichiatrica e professionista della salute è fondamentale per il successo del percorso di *recovery* e di *empowerment* del soggetto. Attraverso la relazione instauratasi e coinvolgendo la persona nella definizione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo, l'infermiere ha la possibilità di valutare i bisogni di salute della persona e quindi sviluppare nuove capacità sociali e di autocura, capacità decisionale e di pianificazione di obiettivi raggiungibili; l'infermiere inoltre supporta la persona rendendola consapevole di sui punti di forza e infondendo speranza per il futuro e per il percorso di *recovery*. Lo sviluppo di queste capacità rende la persona capace di raggiungere nonostante l'impedimento creato allo stigma, obiettivi di vita significativi, come l'ottenimento di un impiego e la vita autonoma nella propria casa (O'Brien, Woods & Palmer, 2001; Provencher, 2007; Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2007). L'infermiere ha a disposizione diversi strumenti per il raggiungimento di questi obiettivi, come il *Wellness Planner* e i programmi di *empowerment* e di lotta allo stigma di cui è stata dimostrata l'efficacia (Lucksted et al., 2011; Marchinko et al. 2011; Park et al., 2012; Maccinnes et al., 2008).



La psicoterapia e la terapia cognitivo comportamentale permettono di diminuire la severità della sintomatologia e lo stigma pubblico percepito, aumentando l'autostima, l'aderenza ai trattamenti, la qualità di vita e la salute psicologica del soggetto (Fung et al., 2011; Sibitz et al., 2013). La terapia cognitivo-comportamentale inoltre può essere condotta anche da infermieri debitamente formati infatti l'efficacia di tali interventi nell'*empowerment* della persona sono stati dimostrati da Turkington, et al. (2006). Gli infermieri, vista la posizione ricoperta, possono prendere parte alla lotta allo stigma a tutti i livelli attraverso un approccio globale (Folz, et al., 2009).

### **2.5 Limiti della ricerca**

Gli studi riguardo l'efficacia degli interventi antistigma sono vari, tuttavia la maggior parte degli stessi si concentra nell'analisi dell'efficacia che tali interventi presentano in soggetti affetti da schizofrenia, considerando solo marginalmente altre patologie come il disturbo bipolare (Seroalo, et al., 2014). Si sottolinea che vi sono autori che ricorrono in più articoli, condizione che unita a quanto affermato in precedenza può rendere i risultati ottenuti riguardo i programmi antistigma non del tutto obiettivi. Vi è un' ampia eterogeneità tra i partecipanti, gli interventi e gli *outcomes* dei vari studi (Metha, et al., 2015); non ci sono inoltre programmi educativi e di contatto che sono stati replicati in contesti diversi, cosicché mancano le evidenze per definire efficace e generalizzabile uno specifico programma antistigma (Dalky, 2012).

Molti studi che indagano l'efficacia del contatto video non specificano il contenuto dello stesso, il confronto dei risultati con altri studi simili risulta quindi difficile. La partecipazione a diversi studi presi in esame è stata su base volontaria, questo può aver determinato un possibile *bias* nella scelta del campione, infatti è possibile che i partecipanti fossero interessati al tema indagato e che i risultati possano essere stati alterati (Marchinko, et al., 2011; Reha Bayar, et al., 2009). Ci sono poche evidenze sull'efficacia di specifici interventi infermieristici antistigma, infatti la maggior parte della letteratura infermieristica correlata allo stigma è qualitativa e non sperimentale. Questo tipo di letteratura è molto utile nella descrizione del problema e delle sua peculiarità, al contempo però non fornisce solide evidenze riguardo l'efficacia degli interventi infermieristici nella riduzione dello stigma (Folz, et al., 2009).



## CAPITOLO 3

### I risultati

In questo capitolo verranno esposti i risultati descritti negli articoli acquisiti attraverso la metodologia di ricerca sintetizzata nel capitolo 2 (in Allegato 2, tabella con le caratteristiche principali degli articoli). L'identificazione dei tipi di interventi antistigma e la loro efficacia è descritta in diverse revisioni di letteratura (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Corrigan & Wassel, 2007; Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan & Fong, 2014; Dalky, 2012; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Rush, Angermeyer & Corrigan, 2005) e da una meta-analisi (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rush, 2012). I risultati sono descritti in termini di modifica di: atteggiamenti e stereotipi, risposte emotive come paura o rabbia e comportamenti discriminatori e di evitamento. Tutti gli interventi risultano più efficaci se indirizzati a specifici target di popolazione.

Le evidenze sono concordi nell'affermare che:

- la protesta è una strategia efficace nella riduzione dello stigma perpetrato dai media ma non è adatta alla riduzione del pregiudizio nelle persone. Infatti con effetto *rebound*, chiedendo alle persone di sopprimere i pregiudizi, questi rimangono invariati o peggiorano.
- l'educazione presenta importanti *outcomes* nella riduzione dello stigma pubblico ( $p < 0,001$ ), infatti migliora gli atteggiamenti e i comportamenti discriminatori, diminuisce inoltre la colpevolizzazione del soggetto affetto da patologia mentale. L'educazione se centrata sull'origine biologica della patologia induce i partecipanti a ritenere che le patologie mentali siano meno responsive ai trattamenti e che i soggetti affetti da tali patologie, vista la disabilità non possano raggiungere la capacità di vita

autonoma attraverso un percorso di *recovery*. L'educazione è più efficace se vi è il coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale.

- il contatto è la strategia che presenta i migliori risultati nella modifica degli atteggiamenti e dei comportamenti ( $p < 0,001$ ). Il contatto diretto ha maggiore efficacia rispetto al contatto via video. Per quanto riguarda il contenuto del video il racconto della propria esperienza di vita risulta più efficace se è incentrato più sul processo di *recovery* e i successi ottenuti piuttosto che sulla patologia e le ospedalizzazioni. Shannon et al. (2003), con una revisione di letteratura riguardo l'efficacia del contatto interpersonale confermano questi risultati specificando che la possibilità di interloquire direttamente con la persona su un piano paritario, il lavorare insieme per fini comuni in un'ottica di collaborazione e non di competizione aumentano l'efficacia dell'intervento portando come risultati: minori reazioni negative e minore pericolosità percepita che conducono a maggiore accettazione e minore distanza sociale. Corrigan et al. (2006) attraverso una revisione di letteratura hanno riportato i risultati di tre campagne contro lo stigma pubblico: *StigmaBuster* è efficace nella riduzione delle immagini stigmatizzanti trasmesse attraverso i media, esempio ne è la cancellazione di alcune puntate del programma televisivo "Wonderland" trasmesso dall'ABC, nel quale persone affette da patologie mentali venivano dipinte in maniera pittoresca e non veritiera. *StigmaBuster* inoltre è efficace anche nella lotta allo stigma strutturale. *L'Elimination Barriers Initiatives* comporta un'importante riduzione dello stigma, con modifiche negli atteggiamenti verso le patologie mentali e aumentando il supporto sociale e riducendo le barriere al trattamento. I partecipanti tre quarti dei partecipanti al programma *In Our Own Voice*, hanno dichiarato di aver ricevuto molte e buone informazioni riguardo le patologie mentali e il 70% ha dichiarato che l'intervento era eccellente per approfondimento e scopo, alla valutazione post-test c'è stato inoltre un importante decremento degli atteggiamenti negativi. Tra i tre interventi il programma *In Our Own Voice* è il più efficace. Le prove empiriche a sostegno di tali risultati e che indagano specifici aspetti degli interventi antistigma sono varie. Clement et al. (2012) per valutare l'efficacia del contatto diretto rispetto al contatto via video, hanno condotto uno studio randomizzato controllato che coinvolgeva 216 studenti del corso di laurea in infermieristica. I partecipanti sono stati assegnati a tre gruppi: il primo a cui è stato mostrato un video in

cui una persona affetta da patologia mentale descriveva la propria esperienza di vita, il secondo ha assistito dal vivo allo stesso racconto e il terzo gruppo ha assistito alla lettura di un brano riguardo lo stigma e le patologie mentali. Sono stati valutati: gli atteggiamenti stigmatizzanti, la volontà di avere futuri contatti con persone affette da patologie mentali, le conoscenze, le reazioni emozionali. Il contatto tramite video ha riportato i migliori *outcomes* in conoscenza 4,50. Gli *outcomes* in volontà di contatto in futuro sono: 17,90 per il contatto video, 18,01 per il contatto diretto e 17,71 per la lettura. Gli stessi risultati sono mantenuti anche a 4 mesi di distanza. I partecipanti hanno espresso i loro giudizi riguardo l'interesse suscitato dall'intervento e l'utilità dello stesso. Il 70% dei partecipanti al contatto live e il 50% dei soggetti del gruppo video ha giudicato interessante l'intervento. Il 67% dei partecipanti al contatto live e il 42% dei partecipanti al contatto video hanno valutato utile l'intervento. Corrigan et al.(2007) hanno condotto uno studio per valutare il video più efficace tra il primo a contenuto educativo e il secondo a contenuto di contatto, in cui la persona raccontava l'esperienza di vita. I 244 partecipanti sono stati assegnati in maniera randomizzata ai due gruppi, educazione e contatto. Il contenuto educativo ha portato miglioramenti nell'item responsabilità ovvero diminuzione nella responsabilità imputata all'individuo per la malattia e diminuzione dei sentimenti di pietà o rabbia, che inducono o meno ad aiutare questi soggetti (pre-test 7,56; post-test 5,11;  $p<0.05$ ). L'educazione fa diminuire la consapevolezza dell'importanza dell'*empowerment* della persona con patologia psichiatrica (pre-test 11,20; post-test 9,15;  $p<0,001$ ), mentre il contatto aumenta questa consapevolezza (pre-test 10,83; post-test 13,01;  $p<0.05$ ). Il contatto inoltre porta miglioramenti negli item: pietà (pre-test 19,52; post-test 17,96;  $p<0,05$ ), evitamento (pre-test 14,04; post-test 10,87;  $p<0,05$ ) e segregazione (pre-test 9,01; post-test 6,90;  $p<0.001$ ). Michaels et al. (2012), hanno condotto due studi randomizzati controllati nei quali è stata valutata l'efficacia dell'intervento combinato di educazione e contatto, attraverso l'*Anti-Stigma Project workshop*. L'intervento consisteva nella visione di video inerenti al tema, discussione interattiva, esercizi di gruppo, condivisione di esperienze in cui vi è stata stigmatizzazione. Il primo studio è stato condotto su un campione di 127 utenti dei servizi di salute mentale ed il secondo su 131 professionisti della salute. Il progetto ha avuto significativi risultati in termini di: maggiore consapevolezza dello stigma,

miglioramento degli atteggiamenti, diminuzione dello stigma e dei pregiudizi. Nel gruppo degli utenti dei servizi di salute mentale c'è stato un miglioramento nella consapevolezza delle possibilità di *recovery* valutata tramite *Recovery Assessment Scale* [ $F(1, 86) = 8.22$ ;  $p < 0.01$ ], lo stesso non è avvenuto per i professionisti della salute alla valutazione avvenuta tramite *Recovery Scale* [ $F(1, 97) = 3.62$ ;  $p = 0.09$ ]. Attraverso una revisione di letteratura Yamaguchi et al.(2011), hanno valutato gli interventi più efficaci tra gli adolescenti. L'educazione attraverso tre tipi di interventi, educazione, contatto diretto e contatto video, ha comportato un aumento nelle conoscenze riguardo malattie mentali (18 studi); miglioramento negli atteggiamenti verso persone con patologia mentale (34 studi); miglioramenti negli atteggiamenti dei giovani verso tali patologie (27 studi); diminuzione nella distanza sociale (16 studi su 20 ne dimostrano l'efficacia). E' dimostrato che gli effetti positivi in comportamenti, atteggiamenti e distanza sociale diminuiscono nel tempo. Gli autori hanno concluso che il contatto diretto anche tra gli adolescenti è il più efficace tra gli interventi. Spagnolo et al.(2008) hanno condotto uno studio tra 426 studenti delle scuole superiori per valutare l'efficacia della combinazione di tre interventi: educazione riguardo le malattie mentali e il loro decorso con lezione frontale, educazione con coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale e il racconto da parte delle persone affette da patologia psichiatrica della loro esperienza di vita. I partecipanti allo studio facenti parte del gruppo intervento hanno riportato i seguenti risultati: sentimenti di pietà (pre-test 5.63; post-test 3.37;  $p = 0,00$ ), pericolosità dei soggetti con patologia mentale (pre-test 2.99; post-test 1.73;  $p = 0.00$ ), paura (pre-test 2,74; post-test 1.75,  $p = 0.00$ ). Inoltre in minor numero credono che un bambino con patologia mentale debba far parte di una classe a sé (pre-test 3.97; post-test 3.03;  $p = 0,00$ ); maggiore disponibilità all'aiuto (pre-test 5.51; post-test 6,24;  $p = 0,00$ ). Nessun ragazzo al pre e post test ha attribuito colpe per la malattia alla persona malata (pre-test 1.42, post-test 1.24;  $p = 1.45$ ).

Un altro studio condotto da Giannakopoulos et al. (2012) su 161 studenti delle scuole superiori in Grecia, ha valutato l'efficacia dell'intervento educativo attraverso un *workshop* che non prevedeva il coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale. Anche con l'intervento educativo si riscontra un netto miglioramento degli atteggiamenti verso le persone affette da patologia mentale. Inoltre dalla valutazione

risulta che i ragazzi del gruppo intervento erano più favorevoli ad avere un soggetto con patologia mentale come vicino ( $p < 0,05$ ) o compagno di classe ( $p = 0,00$ ), e più disposti a conversare con tale soggetto ( $p < 0,02$ ).

Seroalo et al.(2014), hanno riassunto in raccomandazioni per la pratica infermieristica gli interventi antistigma attuabili e diretti a specifici target di popolazione, basati sulle evidenze disponibili. Gli interventi diretti alla popolazione generale utilizzabili sono: la protesta, l'educazione ed il contatto; l'educazione e il coinvolgimento degli utenti dei servizi di salute mentale e delle famiglie in programmi di sensibilizzazione della popolazione. Nella lotta allo stigma tra gli studenti universitari è possibile utilizzare il contatto video o diretto o l'uso di film documentario e la promozione di campagne antistigma che promuovano l'accesso ai servizi di salute mentale per gli studenti che ne hanno bisogno e al contempo sensibilizzino i compagni nell'offrire loro supporto. Gli strumenti impiegabili contro lo stigma tra adolescenti e bambini sono: l'uso di marionette per i bambini, la proiezione di filmati riguardo esperienze di vita di persone affette da patologie mentali, creare opportunità di contatto diretto con utenti dei servizi di salute mentale, in modo che i giovani possano confrontarsi e imparare attraverso l'iterazione diretta. Interventi efficaci nella riduzione dello stigma tra i professionisti della salute sono: l'uso di supporti informatici per l'educazione, uso del *role-play*, il contatto diretto o via video con persone affette da patologie psichiatriche. Di particolare efficacia tra tutti è l'educazione via Web, con l'invio di materiali inerenti al tema dello stigma, relative conseguenze e azioni attuabili. Tale intervento è stato attuato in uno studio condotto da Reha Bayar, et al. (2009), 205 professionisti della salute hanno accettato di partecipare allo studio e sono stato divisi in gruppo intervento e gruppo controllo. Il materiale descritto in precedenza è stato inviato via mail ai facenti parte del gruppo intervento mentre il gruppo controllo non ha ricevuto alcun tipo di intervento. Alla valutazione si rileva il gruppo sperimentale presentava punteggi migliori [mediana=55; range 39-63;  $p = 0,0001$ ] che corrispondono a minori atteggiamenti stigmatizzanti, rispetto al gruppo controllo [mediana=50; range=15-63;  $p = 0,0001$ ].

Per concludere, Mehta et al.(2015) con una revisione di letteratura hanno valutato quali sono gli interventi antistigma che portano risultati a medio-lungo termine. Ci sono solo modeste evidenze che supportano il perdurare dell'efficacia degli interventi

oltre le quattro settimane. Inoltre non ci sono evidenze che supportano la tesi che il contatto è l'intervento antistigma più efficace nel medio-lungo periodo. Le evidenze scientifiche contenute nelle revisioni di letteratura (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005; Corrigan & Wassel, 2007; Corrigan & Fong, 2013; Cook, Purdie-Vaughns, Meyer & Bush, 2013; Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee & Corrigan, 2012; Dalky, 2012; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe & Lysaker; (2014); Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005; Watson & Larson, 2006), sono concordi nell'affermare che:

-*self-stigma*, processo di *recovery*, *empowerment* e qualità di vita della persona sono correlati;

-interventi efficaci di *empowerment* e che facilitano il processo di *recovery* della persona sono: la psicoeducazione, la terapia cognitivo-comportamentale, il *coming out*, il supporto tra pari, il coinvolgimento della persona nella definizione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo e la relazione terapeutica tra professionisti della salute e persona affetta da patologia psichiatrica.

-I risultati di tali interventi sono: diminuzione del *self-stigma*, aumento dell'autoefficacia e dell'autostima, aumento della speranza, sviluppo delle capacità di vita autonoma e di autocura e miglioramento del benessere della persona. Due studi confermano ulteriormente i risultati delle revisioni di letteratura citate. Sibitz et al. (2010), confermano attraverso uno studio condotto su 157 utenti dei servizi di salute mentale la correlazione tra *self-stigma*, *empowerment* e qualità di vita della persona individuando i tipi di interventi antistigma più efficaci. I risultati riportano: forte correlazione negativa tra *empowerment* e stigma ( $r = -0.76$ ); l'interazione sociale è positivamente correlata con l'*empowerment* ( $r = 0.42$ ;  $p < 0.001$ ) mentre è negativamente correlata allo stigma ( $r = -0.41$ ;  $p < 0.001$ ); l'*empowerment* è positivamente correlato alla qualità di vita ( $r = 0.39$ ;  $p < 0.001$ ) e gli interventi che aumentano l'autostima, l'autoefficacia e l'*empowerment* della persona riducono lo stigma. Verhaeghe et al. (2011), hanno condotto uno studio per valutare l'interazione tra stigma, capacità di affidarsi ai servizi di salute mentale e soddisfazione per i trattamenti ricevuti. Dai risultati emerge che: i soggetti con sintomatologia più severa sono meno inclini ad affidarsi ai professionisti sanitari (coefficiente =  $-0.131$ ,  $p = 0.002$ ); i soggetti con maggiore aspettativa di ricevere atteggiamento



discriminatorio (coefficiente = -0.146;  $p < 0.01$ ) e quelli con maggiore *self-stigma* (coefficiente = -0.0172,  $p < 0.001$ ) presentano minore tendenza ad affidarsi; i soggetti con maggiore *self-stigma* presentano minore soddisfazione per i trattamenti ricevuti (coefficiente = -0.215;  $p < 0.001$ ).

Pachankins (2007) e Corrigan et al. (2013), con due distinte revisioni di letteratura affermano che il fare *coming out*, permette alla persona di: aumentare l'*empowerment*, diminuire lo stress associato allo stigma, migliorare il benessere psicofisico, aumentare il supporto sociale e avere una maggiore autoaccettazione. Prove empiriche a conferma di questi dati sono varie. Rusche et al. (2014) hanno condotto uno studio su 100 utenti dei servizi di salute mentale, i quali sono stati divisi in un gruppo sperimentale, sottoposto all'intervento di supporto al *coming out*, i soggetti quindi non necessariamente hanno fatto *coming-out*, ma hanno condiviso in un gruppo di pari la loro decisione. Il gruppo controllo ha seguito i trattamenti standard. L'intervento non ha avuto efficacia in termini di aumento di autoefficacia ed *empowerment*. Vi è un significativo calo nello stress correlato allo stigma e alla segretezza. L'intervento ha accresciuto i benefici percepiti dall'aver fatto *coming out*, benefici che rimangono stabili nel tempo. Corrigan et al. (2010), hanno condotto uno studio su 85 soggetti affetti da patologia psichiatrica, con il fine di comparare l'efficacia del *coming out* rispetto alle altre strategie antistigma, 64 partecipanti hanno deciso di fare *coming out* durante lo studio, mentre 21 soggetti hanno deciso di non fare *coming out*. Dai risultati emerge che: lo stigma percepito è correlato negativamente alla qualità di vita ( $\beta = -0.34$ ;  $p < 0.01$ ); ci sono positivi effetti del *coming out* sulla qualità di vita, ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.05$ ); l'*empowerment* è positivamente correlato al *coming out*, ( $\beta = 0.29$ ;  $p < 0.05$ ); l'*empowerment* è fortemente correlato alla qualità di vita: ( $\beta = 0.53$ ;  $p < 0.001$ ). Bos et al. (2009), in uno studio condotto su 500 soggetti affetti da patologia psichiatrica, hanno indagato la relazione tra *coming out*, stigma percepito, supporto sociale e autostima. Dai risultati emerge che lo stigma percepito è correlato negativamente con: *coming out* ( $r = -0.40$ ;  $p < 0.001$ ), supporto sociale percepito ( $r = -0.32$ ;  $p < 0.001$ ) ed autostima ( $r = -0.33$ ;  $p < 0.001$ ); il supporto sociale percepito è positivamente correlato a *coming out* ( $r = 0.24$ ;  $p < 0.001$ ) e autostima ( $r = 0.42$ ;  $p < 0.001$ ); l'autostima è positivamente

correlata al *coming out* ( $r = 0.22$ ;  $p = 0.00$ ). Le revisioni di letteratura (Provencher, 2007; Podogrodzka-Neill & Tyszkowska, 2014; Caldwell, 2010), descrivono il processo di *recovery*, definiscono le conseguenze negative che il *self-stigma* comporta sulla vita della persona, elencando gli *outcomes* degli interventi infermieristici che hanno come obiettivo la riduzione delle conseguenze del *self-stigma* attraverso l'*empowerment* e favorendo la *recovery* della persona. Gli *outcomes* ottenuti sono: aumento dell'autostima e delle capacità che permettono alla persona di ricoprire diversi ruoli nella vita di società; diminuzione delle ricadute e dei nuovi ricoveri con lo sviluppo delle capacità di gestione della malattia e di riconoscimento precoce dei segni e sintomi di una crisi; sviluppo delle capacità per il raggiungimento di obiettivi di vita come: *decision-making*, vita indipendente; sviluppo nella persona della capacità di ricerca di strategie per la risoluzione del problema che devono affrontare, facendo leva sui propri punti di forza con aumento della speranza, della conoscenza delle proprie capacità e delle risorse attivabili; aumento del senso di *empowerment* e fiducia nel processo di *recovery*. Le revisioni di letteratura (O'Brien, Woods & Palmer, 2001; Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2007), affermano l'efficacia del discorso *empowerizzante* e della relazione terapeutica instauratasi tra infermiere e persona assistita, infatti questi strumenti permettono all'infermiere di: individuare i bisogni della persona assistita; fornire alla persona conoscenze, sviluppare abilità, atteggiamenti, valori e comportamenti funzionali alla vita indipendente e in società; indirizzare gli interventi al benessere dell'individuo e renderlo capace di dare un senso alla propria esperienza di malattia; educare la persona al miglioramento e alla modifica di stili di vita scorretti e favorire l'aderenza alla terapia; sottolineare le qualità della persona e i suoi punti di forza, aumentando l'autostima e non i sentimenti di svalutazione dati dallo stigma; far sentire la persona meno diversa dagli altri, riportando minori livelli di ansia per il proprio essere; riduzione dello stigma. L'efficacia degli interventi di *empowerment* è supportata anche da numerose prove empiriche. Park et al. (2012), hanno condotto uno studio su 60 soggetti affetti da schizofrenia in regime di ricovero suddivisi in gruppi, sperimentale e gruppo controllo. Il gruppo sperimentale ha seguito l'*Empowerment Program*. Il programma di *empowerment* ha comportato: la riduzione dell'impotenza nel gruppo sperimentale ( $F = 185.218$ ;  $p < 0.001$ ) e il miglioramento

nella percezione del percorso di *recovery*, dati riferiti al paziente ( $F=159.402$ ;  $p<0.001$ ), dati riferiti agli infermieri ( $F=34.154$ ;  $p<0.001$ ). Marchinko et al. (2011), hanno condotto uno studio su 42 individui affetti da schizofrenia, ai soggetti è stato fornito il *Wellness Planner*. I risultati hanno mostrato: maggiore risposta al trattamento (punteggio pre-test 34.80, post test 35.77,  $p<0.006$ ); maggiore *empowerment* (punteggio totale pre-test 2.21; punteggio totale post-test 2.88;  $p=0.000$ ); maggiore autostima-autoefficacia (punteggio pre-test 2.11, post test 2.89,  $p=0.000$ ); migliore attivismo nella comunità (punteggio pre-test 1.75, post test 3.27,  $p=0.000$ ); migliore qualità di vita (punteggio totale pre-test 3.33, punteggio totale post-test 3.59;  $p<0.04$ ); miglioramento in salute fisica (punteggio pre-test 2.13; post test 12.28;  $p<0.002$ ), salute psicologica (punteggio pre-test 12.23, post test 13.60;  $p=0.000$ ). Tutti i partecipanti allo studio hanno espresso pareri positivi riguardo il *Wellness Planner*, il 52% lo ha mostrato al proprio medico e l'83% ha sottolineato come molto importante ed utile la parte dello strumento riservata agli obiettivi da raggiungere. Il 67% ha utilizzato le indicazioni per la gestione dei sintomi; 88% ha riferito di non ritenere in alcun modo lo strumento stigmatizzante. Lucksted et al.(2011), hanno condotto uno studio per valutare l'efficacia del programma "*Ending Self-Stigma*" nel quale 33 utenti dei servizi di salute mentale hanno partecipato a 1 incontro di gruppo di 90 minuti per 9 settimane. Durante questi incontri ci sono stati interventi di lettura, discussione, condivisione di esperienze, educazione finalizzata allo sviluppo di abilità pratiche e di *problem-solving*. Dai risultati emerge che vi è minore: interiorizzazione degli stereotipi (punteggio pre-test: 2.07, post-test 1.87); esperienze di discriminazione (punteggio pre-test 2.63, punteggio post-test 2.42). Risulta invece aumentata: resistenza allo stigma (punteggio pre-test 2.76, punteggio post-test 2.91); *empowerment* (punteggio pre-test 8.86, punteggio post-test 11.41); benessere (punteggio pre-test 9.35, punteggio post-test 10.53) e l'*advocacy* (punteggio pre-test 9.18, punteggio post-test 10.85). Maccinnes et al. (2008), hanno condotto uno studio su 20 utenti dei servizi di salute mentale, gli stessi hanno partecipato a sei incontri di gruppo, in cui sono state discusse tematiche quali: la malattia, il decorso e i trattamenti della stessa, le esperienze personali di malattia, lo stigma e le sue conseguenze, esperienze di stigmatizzazione vissute, strategie per modificare le credenze riguardo lo stigma e l'importanza del coinvolgimento della persona nel

processo di cura. Gli item con modifiche rilevanti sono: discriminazione-svalutazione (punteggio pre-test 4.33, punteggio post-test 3.60); autoaccettazione (punteggio pre-test 11.05, punteggio post-test 8.97); autostima (punteggio pre-test 20.07; punteggio post-test 21.24); benessere (punteggio pre-test 2.40; punteggio post-test 1.99). Sibitz et al. (2013), hanno condotto uno studio su 80 soggetti con diagnosi di schizofrenia, l'intervento consisteva in attività di gruppo, coordinate da diversi professionisti della salute dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 15.30. Durante l'incontro è stata effettuata psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale, educazione allo sviluppo di capacità sociali e di vita quotidiana. Inoltre sono state erogate sessioni individuali con interventi psicofarmacologici e psicosociali calibrati sui bisogni del soggetto. I risultati hanno mostrato: severità della sintomatologia (punteggio totale pre-test 69.752, punteggio post-test 63.763); stigma pubblico percepito (punteggio totale pre-test 2.151, punteggio totale post-test 2.049); item alienazione (punteggio pre-test 2.395 e punteggio post-test 2.116); qualità di vita (punteggio totale pre-test 46.875, punteggio totale post-test 57.188); salute psicologica (punteggio pre-test 47.708 e punteggio post-test 57.500). Fung et al. (2011), hanno condotto uno studio randomizzato controllato su 66 individui con diagnosi di schizofrenia. I partecipanti sono stati divisi in maniera randomizzata in due gruppi: il gruppo intervento, ha seguito un programma di 12 sessioni di gruppo unite a 4 incontri individuali in cui vari professionisti della salute hanno effettuato gli interventi di: psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, colloquio motivazionale, interventi finalizzati allo sviluppo di abilità sociali e un programma educativo al raggiungimento degli obiettivi. Il gruppo controllo ha invece partecipato ad un programma di lettura di giornali. I risultati riscontrati sono i seguenti: autostima: punteggio pre-test gruppo sperimentale  $[F(2,56)=4.916; p=0,011]$ , punteggio post-test  $[F=10.004; p<0,025]$ ; capacità di cambiamento punteggio pretest  $[F(2,57)=3.959; p=0.025]$ ; punteggio middle-test  $[F=6.010; p<0.025]$ ; partecipazione maggiore al trattamento al post-test  $[F=6.430; p<0.025]$ . Turkington, et al. (2006) hanno condotto uno studio per verificare l'efficacia di un programma di terapia cognitivo-comportamentale condotto da infermieri di salute mentale debitamente formati. Lo studio coinvolgeva 422 soggetti affetti da schizofrenia. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: intervento e controllo. Il gruppo intervento ha seguito sei sessioni di

terapia cognitivo-comportamentale individuali tenute da un infermiere; mentre il gruppo controllo ha seguito il programma di cure standard. I risultati: i partecipanti del gruppo controllo sono esposti ad un rischio di depressione maggiore (RR=2.19; 95%; CI 1.41-3.34), mentre non è lo stesso per il gruppo intervento (RR=1.13; 95%; CI 0.76- 1.68). Nel gruppo intervento, il 25% dei partecipanti ha migliorato *l'insight*. 38 persone su 165 del gruppo controllo ha subito ricaduta, mentre nel gruppo intervento 36 soggetti su 257 hanno avuto ricaduta. L'efficacia del supporto tra pari è trattata da in una revisione di letteratura e uno studio condotto da Verhaeghe et al.(2005) su 595 utenti dei servizi di salute mentale. Dallo studio emerge che: lo *self-stigma* è negativamente legato all'autostima ( $\beta=0.208;p=0.000$ ); supporto tra pari positivamente legato all'autostima ( $\beta=0.168;p=0.000$ ); i soggetti che più sperimentano situazioni stigmatizzanti, meno supporto tra pari ricevono e più severa è la sintomatologia, più facilmente il soggetto non riesce a portare a compimento in modo adeguato le attività, cosicchè questo riduce l'autostima. Perese et al. (2009) attraverso una revisione di letteratura hanno evidenziato che il supporto sociale è fondamentale nel processo di *recovery* della persona infatti ne aumenta l'*empowerment* e diminuisce lo stigma percepito, i tipi di supporto sociale verso cui gli infermieri possono indirizzare la persona affetta da patologia psichiatrica sono: gruppi di supporto, questi aumentano le capacità di gestione dello stress derivante dal contatto sociale e sviluppano le capacità sociali, aumentano la qualità di vita e portano all'aumento dei rapporti di amicizia; gruppi di mutuo aiuto, diminuiscono l'isolamento ma non sembrano aumentare le amicizie; gruppi di volontariato, portano un aumento delle attività sociali e delle amicizie. Russianova et al. (2014), hanno condotto uno studio randomizzato controllato per valutare l'efficacia dell'intervento di "*PhotoVoice*" nei gruppi di supporto tra pari. I partecipanti sono stati divisi in maniera randomizzata a due gruppi: il gruppo intervento ha partecipato ad un intervento *Photo-Voice*, che consiste nell'utilizzo durante le riunioni di gruppo di videocamere e macchine fotografiche con il fine di creare una narrazione della propria storia e catturare immagini significative sulla stigmatizzazione delle patologie psichiatriche. L'intervento comprende anche la discussione tra i membri del tema della stigmatizzazione e sue conseguenze. Il gruppo controllo non ha ricevuto alcun intervento. Il fine è esaminare i risultati di questo tipo di intervento su: *self-stigma*,

*empowerment*, percezione personale del processo di *recovery*, autoefficacia e depressione. I risultati riportano: *self-stigma* (punteggio totale pre-test 2.17, punteggio totale post-test 2.04); disponibilità ad educare gli altri (punteggio pre-test 2.85, punteggio post-test 2.93); distanza sociale (punteggio pre-test 2.41, post-test 2.28); *empowerment* (punteggio totale pre-test 2.82, post-test 2.89); attivismo nella comunità (punteggio pre-test 3.24, punteggio post-test 3.33); autostima (punteggio pre-test 2.77, punteggio post-test 2.89); crescita personale e senso di *recovery* (punteggio pre-test 3.11, punteggio post-test 3.20).

## CAPITOLO 4

### Proposte operative

Nonostante i limiti della ricerca descritti nel paragrafo precedente, la letteratura disponibile sostiene la validità degli interventi antistigma. La creazione di un ambiente facilitante, favorente il supporto sociale, unita alle capacità intellettuali e pratiche sviluppate attraverso il percorso di *empowerment*, permettono alla persona di proseguire il percorso di *recovery*, con il raggiungimento di obiettivi di vita come la capacità di vita autonoma; il tutto nonostante gli ostacoli posti dello stigma. L'infermiere con l'equipe curante in un'ottica di *recovery* della persona, può ridurre il *self-stigma* attraverso l'*empowerment*. Questo si presenta essere un obiettivo concreto dell'assistenza infermieristica, sia essa erogata in regime di ricovero o sul territorio dai Servizi di Salute Mentale. L'infermiere ricopre un ruolo privilegiato nella lotta allo stigma e nel processo di empowerment, visto il tempo trascorso a contatto con la persona. La relazione terapeutica, permette di rintracciare i bisogni di salute e di pianificare interventi personalizzati, siano essi educativi o di informazione riguardo le risorse disponibili come ad esempio i gruppi di supporto tra pari o i benefici del *coming out* (Virtanen, et al., 2007). Lo sviluppo di autostima e capacità sociali permettono al soggetto di rientrare nella società ricoprendo nuovi ruoli. Attraverso l'educazione alla gestione dei sintomi della malattia, al riconoscimento precoce di una crisi, all'aderenza ai trattamenti l'infermiere riduce le ricadute, i nuovi ricoveri e permette una maggiore continuità di vita alla persona (Provencher, 2007). Gli interventi di riduzione dello stigma sono quindi a basso costo poiché si attuano nell'assistenza quotidiana e portano notevoli benefici in termini di benessere, aumento della qualità di vita e della capacità di vita autonoma (Corrigan, et al.2005). Gli infermieri inoltre facilitano la comunicazione tra le varie discipline, utenti e professionisti della salute. Questo permette loro di avere una posizione unica in progetti in cui è necessaria la collaborazione tra varie figure professionali, come i piani antistigma (Dalky, 2012).

Possibili sviluppi futuri di ricerca sono necessari per la valutazione dell'efficacia degli interventi antistigma, in particolare con il fine di:

- individuare l'intervento con miglior rapporto costo-efficacia
- individuare un programma generalizzabile a più patologie, o individuare specifici programmi efficaci per ciascuna patologia
- individuare interventi che permettano il mantenimento nel tempo delle modifiche indotte dai programmi antistigma
- condurre studi sull'efficacia dei programmi antistigma in diversi contesti culturali
- supportare con maggiori evidenze l'efficacia dell'*empowerment* nella riduzione dello stigma e gli interventi infermieristici più efficaci al raggiungimento di questo obiettivo

In conclusione, si auspica che questo lavoro di tesi possa essere utile ad informare ed aggiornare i professionisti infermieri, rendendoli consapevoli della presenza dello stigma, delle sue conseguenze. Gli interventi descritti offrono una visione globale sulle varie strategie attuabili in questo capo. In particolare le strategie a riduzione del *self-stigma* sono a basso costo e facilmente implementabili nell'assistenza erogata quotidianamente. Inoltre la consapevolezza della presenza dello stigma anche tra i professionisti della salute può essere spunto di riflessione sul proprio agire professionale ed eventualmente portare alla modifica dello stesso. Si auspica inoltre che i limiti della ricerca evidenziati e la mancanza di evidenze in particolari ambiti, possano essere di stimolo ai professionisti per lo sviluppo in futuro di nuove ricerche che forniscano prove d'efficacia su cui basare la pratica infermieristica.



## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bos, A. E., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B. & Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 509-513

Caldwell, B. A., Scalfani, M., Swarbrick, M. & Piren, K. (2010). Psychiatric nursing practice & the recovery model of care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(7), 42-47

Clement, S., Van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., et al. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201, 57-64

Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H. & Busch, J. T. A. (2014). Intervening within and across levels: a multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, 103, 101-109

Corrigan, P. & Gelb, B. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 393-398

Corrigan, P. W. & Fong, M. W. M. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma of illness: what says the dodo bird?. *Social Science & Medicine*, 103, 110-117

Corrigan, P. W. & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922

Corrigan, P. W. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(1), 42-48

Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217-228

Corrigan, P. W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and preventive psychology*, 11, 179-190

- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rusch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, e1-e7. doi:10.2105/AJPH.2012.301037
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N. & Watson, A. C. (2007). Will film presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal*, 43(2), 171-181
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcomes studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., et al. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 259-275
- Corrigan, P. W., Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stage, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464-469
- Couture, S. M. & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305
- Dalky, H. F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research*, 34(4), 520-547
- Fung, K. M., Tsang, H. & Cheung, W. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189, 208-214
- Giannakopoulos, G., Assimopoulos, H., Petanidou, D., Tzavara, C., Kolaitis, G. & Tsiantis, J. (2012). Effectiveness of a school-based intervention for enhancing adolescents' positive attitudes towards people with mental illness. *Mental Illness*, 4, 79-83.  
doi:10.4081/mi.2012.e16
- Hawke, L. D., Parikh, S. V. & Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150, 181-191
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E., Rusch, N. & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209, 15-20

- Lawrence, D. & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 24(11), 61-68
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C. & Forbes, C. (2011). Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54
- Maccinnes, D. L. & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 59-65
- Marchinko, S., & Clarke, D. (2011). The wellness planner: empowerment, quality of life, and continuity of care in mental illness. *Psychiatric Nursing*, 25(10), 284-293
- Markowitz, F. E. (2010). Mental illness, crime, and violence: risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 36-44
- Metha, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., et al. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 377-384
- Michaels, P. J., Corrigan, P.W., Buchholz, B., Brown, J., Arthur, T., Netter, C., et al. (2014). Changing stigma through a consumer-based stigma reduction program. *Community Mental Health Journal*, 50, 395-401.
- Ministero della salute. (2005). Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n.739. *Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995*, 6. Disponibile in: [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/leggi/179/DM140994n739.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf) [15 febbraio 2016]
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P.W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric services*, 63(10), 974-981
- O'Brien, A. P., Woods, M. & Palmer, C. (2001). The emancipation of nursing practice: applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 3-9

Organizzazione mondiale della sanità. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Disponibile in: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_consitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_consitution_en.pdf) [15 febbraio 2016]

Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328-345

Park, S. A. & Mi Sung, K. (2012). The effect on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 49, 110-117

Perese, E. F. & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609

Pinto-Folz, M. D. & Logsdon, C. (2009). Reducing stigma related to mental health disorders: initiatives, intervention, and recommendations for nursing. *Psychiatric Nursing*, 23(1), 32-40

Podogrodzka-Neill, M. & Tyszkowska, M. (2014). Stigmatization on the way to recovery in mental illness. The factors associated with social functioning. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1201-1211

Provencher, H. L. (2007). Role of psychological factors in studying recovery from transactional stress-coping approach: implication for mental health nursing practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 188-197

Reha Bayar, M., Poyraz, B. C., Aksoy-Poyraz, C. & Akiran, M. K. (2009). Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *The Israel journal of psychiatry and related science*, 46(3), 226-230

Rusch, N., Abruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curscellas, J., et al. (2014). Efficacy of coming out proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 391-397

Rusch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma. Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539

Russianova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M. & Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatric Service*, 65, 242-246

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554-564

Seroalo, K. B., Du Plessis, E., Koen, M. P. & Koen, V. (2014). A critical synthesis of interventions to reduce stigma attached to mental illness. *Health SA Gesondheid*, 19(1), 1-10. doi:10.4102/hsag.v19i1.800

Sibitz, I., Amerig, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schranck, B., et al. (2011). *European Psychiatry*, 26, 28-33

Sibitz, I., Provaznikova, K., Lipp, M., Lakeman, R. & Amering, M. (2013). The impact of a recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: preliminary report. *Psychiatry Research*, 209, 326-332

Spagnolo, A. B., Murphy, A. A. & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-193

Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. & Metha, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40

Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2011). Stigma and trust mental health service users. *Psychiatric Nursing*, 25(4), 294-302

Verhaeghe, M., Brake, P., Bruynooghe, K. (2005). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patients education. *Patient Education and Counseling*, 66, 140-146

Watson, A. C. & Larson, J. E. (2006). Personal responses to disability stigma: from self-stigma to empowerment. *Rehabilitation Education*, 20(4), 235-246

Yamaguchi, S., Mino, Y. & Uddin, S. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 404-415

Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D. and Lysaker, P. (2014). Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Retrived from: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000100>

### **Sitografia**

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

## **ALLEGATI**





## ALLEGATO 1

Data ricerca	Parole chiave	Stringhe di ricerca	Motore di ricerca	Filtri	Articoli trovati	Articoli selezionati
12/03/16	Mental disorders(Mesh), stigma, empowerment	“Mental disorders”[Mesh] AND stigma AND empowerment	Pubmed	/	129	4
12/03/16	Mental disorders(Mesh), stigma, peer support	“Mental disorders[Mesh] AND stigma AND peer support	Pubmed	/	97	3
12/03/16	Mental disorders(Mesh), stigma, recovery	“Mental disorders[Mesh] AND stigma AND recovery	Pubmed	/	288	16
12/03/16	Self-stigma, mental illness	Self-stigma AND mental illness	Pubmed	Review, full text	28	2
12/03/16	Mental disorders(Mesh), stigma	“Mental disorders[Mesh] AND stigma	Pubmed	Review, full text	483	11
12/03/16	Stigma, mental illness	Stigma AND mental illness	Cinhal	/	761	5
12/03/16	Mental illness, stigma, nursing	Mental illness AND stigma AND nursing	Cinhal	Peer-review	51	1
12/03/16	Nursing outcomes, empowerment, mental illness	Nursing outcomes AND empowerment AND mental illness	Cinhal	Full text, data di pubblicazione 2003-2016, adulti 19-44 anni	411	2
12/03/16	Empowerment program, stigma, mental illness	Empowerment program AND stigma AND mental illness	Cinhal	Full text, data di pubblicazione 2003-2016, adulti 19-44 anni	235	4



## ALLEGATO 2

Articolo	Tipologia	Setting/campione	Metodi	Risultati	Discussione
Bos, et al., (2009)	Studio osservazionale	500 utenti dei servizi di salute mentale	<p>Lo studio osservazionale ha valutato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il grado di coming out di ciascun soggetto, attraverso un questionario strutturato su 12 items, valutati con scala Likert 1-7 (1= totale disaccordo, 7= totale accordo)</li> <li>-Lo stigma percepito, valutato tramite <i>Consumer Experience of Stigma Questionnaire</i>, strutturato su 7 items e valutato con scale Likert 1-5 (1=mai; 5= molto spesso);</li> <li>-il supporto sociale percepito, tramite <i>scala Social Support List-Interactions</i>, strutturata su 12 items valutati tramite scala Likert 1-4 (1= mai o raramente, 4= spesso);</li> <li>-L'autostima, valutata con <i>Rosenberg's Self Esteem Scale</i>, strutturata su 10 items e valutata con scala Likert 1-4 (1=totale disaccordo, 4=totale accordo);</li> </ul>	<p>Risultati:</p> <p>lo stigma percepito è correlato negativamente con: <i>coming out</i> (<math>r = -0.40</math>; <math>p &lt; 0.001</math>); supporto sociale percepito (<math>r = -0.32</math>; <math>p &lt; 0.001</math>); autostima (<math>r = -0.33</math>; <math>p &lt; 0.001</math>); il supporto sociale percepito è positivamente correlato a <i>coming out</i> (<math>r = 0.24</math>; <math>p &lt; 0.001</math>); autostima (<math>r = 0.42</math>; <math>p &lt; 0.001</math>). l'autostima è positivamente correlata al <i>coming out</i> (<math>r = 0.22</math>; <math>p &lt; 0.001</math>).</p>	<p>Il <i>coming out</i> selettivo è la strategia che riporta i migliori <i>outcomes</i> in termini di supporto sociale e limitata stigmatizzazione. Il fare <i>coming out</i> selettivo al contempo pone la persona nelle condizioni di dover affrontare comunque situazioni che possono indurre stress dovuto al dover mantenere il segreto sulla malattia in determinati contesti. E' importante per l'infermiere conoscere i vari risvolti del <i>coming out</i>, per garantire alla persona adeguato supporto ed aiutarla ad affrontare tale percorso.</p>
Caldwell, et al. (2010)	Review	Nessuno	<p>Nella relazione con la persona affetta da patologia psichiatrica, l'infermiere ha l'occasione di iniziare e condividere un percorso di <i>recovery</i> che porta la persona all'indipendenza. Il fine di questo articolo è definire il ruolo dell'infermiere in questo processo e mettere ed evidenziare gli <i>outcomes</i> dello stesso.</p>	<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-promuove il benessere della persona</li> <li>-rende autonoma la persona nella gestione terapia e nell'autocura</li> <li>-la persona è responsabile del proprio percorso terapeutico-riabilitativo</li> <li>-aumenta l'aderenza alla terapia e diminuisce le ricadute</li> <li>-educa la persona alla</li> </ul>	<p>Il percorso di <i>recovery</i>, è un modello di cura che sposta il focus degli interventi dalla malattia alla persona, cosicché la si rende capace di recuperare al massimo delle proprie potenzialità la capacità di vita autonoma. La <i>recovery</i> si fonda su diversi</p>

				gestione dei sintomi della malattia, rendendola capace di reinserirsi nella comunità e avere rapporti sociali funzionali	aspetti, alcuni sono: <i>empowerment</i> , la speranza, supporto tra pari, responsabilità della propria vita e le cure che mettono al centro la persona e non la malattia. L'infermiere ricopre un ruolo fondamentale nel sostenere la persona durante questo percorso e nel coordinare l'assistenza. Gli aspetti su cui si fonda la <i>recovery</i> sono gli stessi a cui vengono indirizzati gli interventi antistigma. Così rilanciando il processo di <i>recovery</i> si può diminuire il <i>self-stigma</i> .
<b>Clement et al., 2012</b>	RCT	216 studenti del corso di laurea in infermieristica.	Campione diviso in tre gruppi . Il primo gruppo di 117 soggetti è stato mostrato un DVD in cui persone affette da patologia mentale raccontano la loro esperienza. Il secondo gruppo di 119 soggetti, hanno partecipato ad un racconto dal vivo di esperienze di utenti dei servizi di salute mentale. Terzo gruppo di 124 soggetti ha assistito ad una lettura riguardante il tema dello stigma e delle patologie mentali. I soggetti coinvolti nella realizzazione del video e nel racconto in diretta delle loro esperienze presentavano le stesse patologie mentali e la	Gli interventi con dvd e live non differiscono in attitudini cognitive, emozionali e nell'intenzione di interagire in futuro con questi soggetti. Il contatto tramite DVD ha migliori <i>outcomes</i> in conoscenza. DVD e contatto diretto presentano migliori <i>outcomes</i> in volontà di contatto in futuro e conoscenze, rispetto all'intervento di lettura. Gli stessi risultati sono mantenuti anche a 4 mesi di distanza.	Il costo dell'intervento con DVD è nettamente inferiore rispetto al contatto diretto e alla lettura. Gli <i>outcomes</i> tra intervento diretto e DVD sono simili e l'intervento con DVD presenta comunque migliori risultati rispetto la lettura. Il racconto live è stato valutato più coinvolgente e interessante rispetto gli altri due, questo non

			<p>durata di ciascun intervento è stata di 75 minuti. La valutazione degli interventi è stata effettuata immediatamente dopo la sessione e a 4 mesi di distanza. Sono stati indagati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-conoscenze acquisite con la scala: <i>Social Conctat Intended Learning Outcomes</i> (SCILO)</li> <li>-intenzione ad interagire in futuro con questi soggetti attraverso la scala: <i>Reported and Intended Behaviour Scale</i>(RIBS)</li> <li>-attitudini con la scala: <i>Mental Illness Clinician Attitudes Scale</i>(MICA).</li> <li>-reazione emotiva con la scala: <i>Emotional Reaction to Mental Illness Scale</i>(ERMIS).</li> </ul>		<p>si è tradotto però in <i>outcomes</i> migliori.</p>
<b>Cook et al., 2014</b>	Review	Nessuno	<p>Ricerca di letteratura in: PubMed, PsycINFO, Google Scholar, Web of Knowledge</p>	<p>Gli interventi a livello interpersonale di persone stigmatizzate sono: educazione e counseling, comunità riabilitative, terapie cognitive comportamentali di gruppo, gruppi di supporto tra pari. I risultati sono: riduzione del <i>self-stigma</i>, miglioramento di: funzionalità sociale, capacità di gestione dello stress, autostima, diminuzione della sintomatologia, <i>empowerment</i> della persona. Interventi attuabili a livello interpersonale di persone non stigmatizzate sono: contatto con soggetti vittime di stigmatizzazione, educazione e</p>	<p>Il sistema stigma è formato da tre livelli, in quanto sistema interventi mirati ad un singolo livello riportano <i>outcomes</i> anche negli altri due. Fondamentale è un approccio integrato e non compartimentale nell'affrontare il problema.</p>

				<p>combinazione tra educazione e contatto. I risultati sono: diminuzione dei pregiudizi e degli atteggiamenti e comportamenti discriminatori. Interventi strutturali sono: interventi politico-legali con promulgazione di leggi a tutela di questi soggetti, e interventi educazionali che sfruttano anche i media. Risultati sono inclusione sociale ,riduzione dello stigma.</p>	
<b>Corrigan, et al., (2002)</b>	Review	Nessuno	<p>Studio della letteratura che ha il fine di valutare due aspetti che permettono <i>l'empowerment</i> della persona, ovvero la relazione terapeutica e la riabilitazione nella comunità di appartenenza.</p>	<p>La relazione di alleanza terapeutica con alla base il rispetto tra le parti e la collaborazione delle stesse per comuni obiettivi, unita alla riabilitazione nel contesto sociale di appartenenza permettono di ottenere un maggiore <i>empowerment</i> della persona, che si sente protagonista della propria vita e sviluppa migliori capacità sociali e di vita autonoma, condizione che diminuisce il <i>self-stigma</i> e le negative conseguenze dello stesso.</p>	<p>L'infermiere nell'assistenza quotidiana alle persone affette da patologie mentali, può sfruttare lo strumento della relazione e le risorse disponibili nella comunità di appartenenza della persona per promuovere il percorso di <i>recovery</i> e diminuire il <i>self-stigma</i>.</p>
<b>Corrigan et al., 2005</b>	Review	Nessuno	<p>Review di 150 articoli. Tratta l'impatto dello stigma e le strategie attuabili per la lotta dello stesso. Per questo sono descritti: (a) i modi con cui lo stigma danneggia le persone affette da patologia mentale; (b) i modelli attraverso gli effetti negativi dello stigma si sviluppano e</p>	<p>Lo stigma impedisce in maniera importante alla persona di raggiungere importanti obiettivi di vita, diminuendo l'autostima e la capacità di autodeterminazione. Le strategie per fronteggiare lo stigma</p>	<p>Educazione e contatto sono le migliori strategie per la riduzione dello stigma. L'individuazione di specifici target di intervento permette di poter calibrare</p>

			vengono mantenuti nel tempo; (c) le strategie efficaci riduzione dello stigma.	<p>pubblico sono:(a) la protesta, che ha effetto sui media ma peggiora lo stigma del singolo; (b) educazione, che produce miglioramenti negli atteggiamenti per un breve periodo, (c) contatto, ha migliori risultati rispetto alle altre strategie migliora gli atteggiamenti e la predisposizione a fare donazioni alle associazioni per la salute mentale. Gli interventi sono più efficaci se: sono indirizzati a specifici target di popolazione, sono condotti nell'ambiente dove c'è la discriminazione (es. luogo di lavoro). I target più importanti sono: datori di lavoro, proprietari di case in affitto, professionisti della salute, forze dell'ordine, rappresentanti della politica e dei media). Strategie per la riduzione del <i>self-stigma</i> sono: <i>l'empowerment</i>, coinvolgimento nel processo di cura della persona, gruppi di supporto tra pari. Non ci sono strategie educative efficaci per il cambiamento dello stigma istituzionale, poiché inconsapevole e connaturato alle istituzioni.</p>	gli argomenti trattati nell'intervento in base ai bisogni specifici del gruppo, condizione che permette una maggiore efficacia.
<b>Corrigan et al., 2007</b>	RCT	244 studenti dell'università di Chicago.	I partecipanti sono stati divisi in due gruppi a cui sono stati applicati due diversi interventi video per valutare l'efficacia del contatto rispetto	L'educazione ha portato miglioramenti nell'item responsabilità (Responsabilità per la malattia con	L'educazione si dimostra essere efficace nell'immediato e dura nel tempo diminuendo gli

			<p>all'educazione. Entrambi i video duravano 10 minuti. Nel primo intervento, il contatto, la persona presentava la sua storia e la sua esperienza di vita con la malattia. Nel secondo intervento, l'educazione, una persona attraverso il video rimuove stereotipi e false credenze, presentando dati reali. In questo secondo video la persona ripresa non dichiara di avere patologia psichiatrica. La valutazione attraverso l'<i>Attribution Questionnaire</i> (AQ), è stata effettuata prima dell'intervento e ad una settimana dallo stesso. Per valutare l'<i>empowerment</i> del soggetto, al questionario sono stati aggiunti due <i>items</i> uno dei quali è: "quanto credi che la persona affetta da patologia psichiatrica abbia potere sulla propria vita". Maggiore è il punteggio ottenuto maggiore è la condivisione di stereotipi da parte della persona, eccetto per l'<i>empowerment</i>, infatti maggiore è il punteggio, maggiore è il numero di persone che credono nell'<i>empowerment</i> del soggetto.</p>	<p>sentimenti di pietà o rabbia, che portano ad aiutare o meno questi soggetti) infatti <math>p &lt; 0.05</math>. L'educazione fa diminuire la consapevolezza dell'importanza dell'<i>empowerment</i> della persona. il contatto ha portato miglioramenti negli item: pietà, <i>empowerment</i>, evitamento e segregazione (<math>p &lt; 0.05</math>) L'educazione aumenta la consapevolezza dell'importanza dell'<i>empowerment</i> della persona (<math>p &lt; 0.05</math>)</p>	<p>atteggiamenti di colpa e responsabilità per la malattia. Il gruppo contatto ha dimostrato immediati miglioramenti nei comportamenti discriminatori che durano anche ad una settimana di distanza. Il contatto porta anche un aumento nella pietà, sebbene questo sentimento aumenta i comportamenti di aiuto verso queste persone, al contempo è dimostrato diminuire l'autostima e a perdere opportunità di vita.</p>
<p><b>Corrigan et al., 2008</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Analisi di 30 articoli inerenti le tipologie di stigma, le conseguenze e gli interventi attuabili</p>	<p>Interventi contro lo stigma pubblico: protesta, educazione e contatto. La protesta riduce la stigmatizzazione trasmessa dai media. Può produrre effetto <i>rebound</i>, con peggioramento degli atteggiamenti verso le persone affette da tali patologie. L'educazione</p>	<p>Lo stigma interferisce in modo importante nel processo di <i>recovery</i> della persona, impedendole di raggiungere importanti obiettivi di vita. Azioni integrate sui vari livelli permettono di</p>



				<p>rimuove gli stereotipi e riduce lo stigma pubblico. Educazione tramite annunci radio-televisivi ha larga diffusione ma effetti positivi contenuti.</p> <p>L'educazione è più efficace se mirata a specifici target e relativi specifici stereotipi. Il contatto è il più efficace intervento tra quelli descritti. Il contatto è più efficace se: gli interlocutori, soggetti sani e aventi patologia mentale sono sullo stesso piano e se viene usata l'empatia chiedendo di immedesimarsi uno nell'altro, piuttosto che usare un approccio scientifico.</p> <p>Interventi contro il <i>self-stigma</i> sono: supporto tra pari, <i>empowerment</i>, terapia cognitivo comportamentale, il <i>coming out</i> e il supporto della persona nel processo di <i>recovery</i>, di autodeterminazione e capacità di assumere decisioni.</p>	<p>fronteggiare il problema più efficacemente. Ulteriori ricerche sono necessarie per identificare altri interventi antistigma.</p>
<p><b>Corrigan, et al., (2010)</b></p>	<p>Review e studio sperimentale</p>	<p>85 soggetti utenti con dei servizi di salute mentale</p>	<p>Lo studio mira a comparare l'efficacia del <i>coming out</i> rispetto alle altre strategie antistigma. 64 partecipanti hanno deciso di fare <i>coming out</i> durante lo studio, mentre 21 soggetti hanno deciso di non fare <i>coming out</i></p> <p>Strumenti di valutazione: <i>-Perceived Devaluation-Discrimination Questionnaire(PDDQ)</i>, strutturato su 12 item, e alla valutazione, a maggiore punteggio corrisponde maggiore stigma percepito.</p>	<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-lo stigma percepito è correlato alla qualità di vita <math>\beta = -0.34</math>; <math>p &lt; 0.01</math>.</li> <li>-gli effetti del <i>coming out</i> sulla qualità di vita: <math>r = 0.32</math>; <math>p &lt; 0.05</math></li> <li>-l'<i>empowerment</i> è positivamente correlato ai benefici del <i>coming out</i>: <math>\beta = 0.29</math>; <math>p &lt; 0.05</math></li> <li>-l'<i>empowerment</i> è fortemente correlato alla qualità di vita: <math>\beta = 0.53</math>; <math>p &lt; 0.001</math></li> </ul>	<p>Il <i>coming out</i> è una strategia efficace nello sviluppo dell'<i>empowerment</i> della persona e nel miglioramento della qualità di vita, per questo è importante informare la persona riguardo i benefici che si possono ottenere attraverso questo intervento. Il <i>coming out</i></p>

			<p>-<i>Empowerment Scale</i>, per la valutazione dell'<i>empowerment</i>, la valutazione è avvenuta attraverso la scala likert 1-4,(4=massimo accordo)</p> <p>-<i>The Coming Out with Mental Illness Scale</i> (COMIS), strutturata su 21 <i>items</i> valutati tramite scala likert 1-7 (7=massimo accordo).</p> <p>-<i>Link's revised Stigma Coping Orientation Scale</i> (SCOS), utilizzata per valutare la presenza di 5 tipi di strategie di <i>coping</i>.</p> <p>-TOSCA-3, scala strutturata su 11 scenari sociali, per ciascun scenario sono proposte diversi tipi di reazione, a cui il soggetto assegna un valore su scala likert 1-5 (5=massimo accordo)</p> <p>- <i>Quality of Life Interview</i>, strutturata su 17items, a maggiore punteggio corrisponde migliore qualità di vita.</p>		<p>inoltre diminuisce l'impatto negativo dello <i>self-stigma</i> e al contempo <i>l'empowerment</i> unito alla migliore qualità di vita rendono la persona più soddisfatta della propria vita.</p>
Corrigan, et al., 2010	Review	Nessuno	<p>Revisione di 161 articoli di letteratura al fine di definire le strategie attuabili contro lo stigma e riassumere in raccomandazioni i punti fondamentali perche un programma antistigma sia valido.</p>	<p>Le strategie utilizzabili contro lo stigma pubblico sono:</p> <p>-la protesta, che è efficace sui media ma presenta un effetto <i>rebound</i> sul singolo soggetto.</p> <p>-l'educazione: che è meno efficace se presenta le basi biologiche della malattia psichiatrica infatti, i soggetti sani credono in una minor possibilità di <i>recovery</i> e di risposta ai trattamenti delle malattie psichiatriche.</p> <p>-il contatto:migliora gli atteggiamenti, e presenta <i>outcomes</i> migliori rispetto le</p>	<p>La migliore strategia di riduzione dello stigma rimane il contatto. In particolare nella pianificazione di un intervento antistigma è fondamentale valutare a chi è diretto, gli interessi specifici, gli interventi che maggiormente possono coinvolgere i partecipanti, valutando non solo la sfera della conoscenze ma anche quella emotiva.</p>

				<p>altre due strategie. I cambiamenti indotti dal contatto sono più duraturi nel tempo. L'efficacia degli interventi è maggiore se indirizzata a specifici target di popolazione, in particolare coloro che sono in posizione di potere rispetto a queste persone.</p>	
<p><b>Corrigan et al., 2012</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Ricerca di letteratura effettuata su PsycNET, PubMed, Scopus e Dissertation Abstract. 72 articoli selezionati.</p>	<p>Sia il contatto che l'educazione presentano importanti <i>outcomes</i> nella riduzione dello stigma pubblico (<math>p &lt; 0,001</math>). Il contatto presenta migliori <i>outcomes</i> nel comportamento ma non nell'affetto. L'educazione presenta <i>outcomes</i> positivi sia nell'affetto che nel comportamento. Il contatto diretto (<math>p &lt; 0,001</math>) è più efficace del contatto via DVD (<math>p &lt; 0,01</math>). Negli adolescenti l'educazione (<math>p &lt; 0,001</math>) è più efficace nel cambiamento degli atteggiamenti rispetto al contatto diretto (<math>p &lt; 0,01</math>).</p>	<p>Sebbene le strategie d'intervento discusse si siano dimostrate tutte efficaci nella riduzione dello stigma, nella popolazione adulta il contatto diretto è preferibile. Il contatto diretto risulta essere più efficace rispetto al contatto attraverso videotape. Quest'ultimo ha il pregio di poter avere larga diffusione via web, attraverso la televisione, rispetto ai programmi antistigma <i>face to face</i>. L'educazione negli adolescenti ha maggiore efficacia poiché questi non hanno ancora sviluppato un bagaglio di credenze consolidate come gli adulti.</p>
<p><b>Corrigan et al., 2012</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Il <i>self-stigma</i> comporta importanti conseguenze negative nella vita delle persone affette da patologia psichiatrica. Nell'articolo gli autori</p>	<p>L'<i>empowerment</i> della persona riduce il <i>self-stigma</i>, sviluppa la speranza nella possibilità di raggiungere obiettivi</p>	<p>L'<i>empowerment</i> della persona è un obiettivo da perseguire in quanto favorisce la <i>recovery</i> del</p>

			<p>espongono come <i>l'empowerment</i> della persona permette di ridurre lo self stigma, descrivendo i vari interventi attuabili.</p>	<p>di vita e previene le conseguenze negative del <i>self-stigma</i>. <i>L'empowerment</i> è positivamente associato a maggiore autostima, migliore qualità di vita, maggiore supporto sociale, maggiore soddisfazione nella partecipazione a gruppi di mutuo-aiuto. Tra le strategie di <i>empowerment</i> troviamo: il <i>coming out</i>, supporto tra pari. Rendere consapevole la persona con malattia psichiatrica che lo stigma è un'ingiustizia e non una condizione normale, educandola a strategie che le permettano la vita autonoma.</p>	<p>soggetto e minimizza gli effetti negativi causati dallo stigma pubblico.</p>
<p><b>Corrigan, et al., 2013</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Revisione di 124 articoli, per definire se il <i>coming out</i> è una strategia efficace alla riduzione del <i>self-stigma</i>, elencando costi e benefici dello stesso.</p>	<p>Il <i>coming out</i> è efficace nella riduzione del <i>self-stigma</i>. Presenta i seguenti benefici: Diminuzione del <i>self-stigma</i> con aumento di: qualità di vita, <i>empowerment</i>, autostima, autoefficacia e benessere. Miglioramento della salute psico-fisica. I costi che possono incorrere attuando il <i>coming out</i> sono: discriminazione, disapprovazione sociale, esclusione sul posto di lavoro da progetti in cui è necessaria la collaborazione tra colleghi.</p>	<p>Tutti gli interventi a sostegno del <i>coming out</i>, comportano un miglioramento della qualità di vita della persona, che non deve più tenere celata una parte così importante del proprio essere. Il <i>coming out</i> presenta sia costi che benefici per questo è necessario valutare a priori il contesto sociale in cui il soggetto è inserito per individuare di conseguenza la strategia migliore di <i>coming out</i>.</p>
<p><b>Corrigan et al., 2014</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Analizzati 90 articoli per la trattazione riguardo ai</p>	<p>Esistono tre tipi di stigma: strutturale,</p>	<p>Il contatto è più efficace</p>

			<p>tipi di stigma, comparando contatto ed educazione nella lotta allo stigma pubblico, nel self stigma e sullo stigma strutturale.</p>	<p>pubblico e <i>self-stigma</i>.          Gli interventi contro lo stigma pubblico sono: protesta, educazione e contatto. Una meta analisi di 79 studi dimostra che la protesta è efficace contro le immagini stigmatizzanti emesse dai media ma comporta peggiori livelli di stigma nel singolo. 13 studi dimostrano benefici sia dell'educazione che del contatto contro lo stigma (<math>p &lt; 0,001</math>), il contatto ha migliori <i>outcomes</i> nel cambiamento di atteggiamenti e comportamenti, induce inoltre un cambiamento più duraturo del tempo rispetto all'educazione. Interventi efficaci contro lo <i>self-stigma</i> sono: psicoeducazione (14 studi); terapia cognitivo comportamentale, strategie di <i>empowerment</i> ed aumento dell'autostima, supporto tra pari che fornisce sostegno e permette l'identificazione con un gruppo, adottare come modello di cura la <i>recovery</i>, coinvolgendo il soggetto nel processo di cura, <i>coming out</i>.          Il contatto dal vivo ha migliore efficacia rispetto al contatto via video. Al contempo il video ha il vantaggio di avere</p>	<p>dell'educazione. I benefici della psico-educazione sembrano essere inferiori rispetto agli interventi che promuovono il <i>coming out</i>. Interventi che sostengono l'idea che la patologia mentale può essere trattata permettono alla popolazione di non assumere atteggiamenti di evitamento nell'accedere ai servizi di salute mentale. La pietà che la popolazione o i professionisti della salute possono provare verso le persone affette da patologia mentale può portare ad effetti negativi, più funzionale è la parità tra soggetti utenti dei servizi di salute mentale e soggetti sani.</p>
--	--	--	--	---	--

				larga diffusione e a sensibilizzare su larga scala.	
<b>Couture et al., 2003</b>	Review	Nessuno	Revisione di 46 articoli reperiti su database elettronici, con il fine di valutare l'efficacia degli interventi contro lo stigma pubblico con particolare attenzione al contatto.	Tra tutte le strategie il contatto è la più efficace. Il particolare modo se è combinata con l'educazione. Il contatto è migliore se i partecipanti sono sullo stesso piano e in particolare se il contatto è uno a uno e i soggetti devono lavorare insieme in un'ottica di collaborazione e non di competizione. Il contatto migliora gli atteggiamenti e la distanza sociale verso la singola persona oggetto di stigma e più in generale verso le persone con patologie psichiatriche. Se il contatto è voluto dalla persona "sana" è più efficace. Migliora inoltre anche le risposte emozionali e comportamentali verso questi soggetti.	Il contatto si dimostra essere una strategia molto efficace nella lotta allo stigma cambiando: atteggiamenti, reazioni emozionali e comportamentali. Tutto questo si traduce quindi in maggiore supporto sociale e diminuzione dei comportamenti discriminatori.
<b>Dalky, 2012</b>	Review	Nessuno	Ricerca di letteratura in database elettronici: CINAHL, Medline, PubMed, Scopus, PsycINFO. Studi selezionati: 14.	Educazione e contatto sono entrambi efficaci nella lotta allo stigma ( $p < 0.05$ ). il contatto contribuisce maggiormente e in modo più duraturo al cambiamento nei comportamenti verso le persone affette da patologia psichiatrica. Interventi di educazione degli studenti via computer hanno dimostrato efficacia nella diminuzione della distanza sociale ( $p = 0.001$ ) e nelle conoscenze. Inoltre gli <i>outcomes</i>	I risultati ottenuti indicano come gli interventi basati sul contatto, sembrano essere la migliore strategia da sfruttare ed implementare nel futuro. In futuro solo un gruppo multidisciplinare formato da professionisti della salute, rappresentanti dei media, rappresentanti della politica uniti agli utenti dei servizi di

				<p>ottenuti e la conoscenza si sono mantenuti anche al <i>follow up</i> a sei mesi. Le campagne antistigma hanno dimostrato efficacia, anche se sono necessarie ulteriori prove a sostegno di queste. La psicoeducazione di gruppo ha come <i>outcomes</i> migliori rispetto alla psicoeducazione individuale. <i>Outcomes</i> sono : riduzione della sintomatologia, minore percezione dello stigma, maggiori capacità di <i>coping</i>.</p>	<p>salute mentale e le loro famiglie, potranno formulare un paradigma efficace per la lotta allo stigma.</p>
<p><b>Fung, et al., (2011)</b></p>	<p>RCT</p>	<p>66 individui con diagnosi di schizofrenia.</p>	<p>I partecipanti sono stati divisi in maniera randomizzata in due gruppi: il gruppo intervento(N=34), ha seguito un programma di 12 sessioni di gruppo unite a 4 incontri individuali in cui vari professionisti della salute hanno effettuato gli interventi di: psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, colloquio motivazionale, interventi finalizzati allo sviluppo di abilità sociali e un programma educativo al raggiungimento degli obiettivi. Il secondo gruppo(N=32) ha invece partecipato ad un programma di lettura di giornali. La valutazione è stata effettuata tramite:  <i>-Chinese Self-Stigma of Mental Scale</i>, scala che misura lo <i>self-stigma</i> e lo stigma pubblico percepito.  <i>-The Change Assessment</i></p>	<p>I risultati riscontrati sono i seguenti.          -Autostima valutata con scala CSSMIS: punteggio pretest gruppo sperimentale [F(2,56)=4.916;p=0,011], punteggio post-test [F=10.004; p&lt;0,025].          -Capacità di cambiamento con scala CAQ-SPMI punteggio pretest[F(2,57)=3.959 ; p=0.025]; punteggio middle-test [F=6.010; p&lt;0.025]          -partecipazione maggiore al trattamento al post-test[F=6.430; p&lt;0.025]</p>	<p>La psicoeducazione promuove il miglioramento dello <i>self-stigma</i> e migliora l'accettazione di sé. La terapia cognitivo-comportamentale e diminuisce la tendenza alla svalutazione di sé. Gli interventi per lo sviluppo delle capacità sociali permettono al soggetto di sentirsi competente nella gestione di situazioni sociali stigmatizzanti. Il programma favorisce l'autostima aiutandoli a diventare consapevoli e capaci di apprezzare le proprie capacità e punti di forza,</p>

			<p><i>Questionnaire for People with Severe Mental Illness</i>, che valuta a che stadio del cambiamento si trova il soggetto.</p> <p><i>-The Psychosocial Treatment Compliance Scale</i>, che valuta l'aderenza della persona alle prescrizioni e al percorso terapeutico riabilitativo.</p> <p><i>-Brief psychiatric Rating Scale</i>, che valuta la severità dei sintomi della patologia.</p> <p><i>-Global Assessment of Functioning Scale</i>, che valuta la funzionalità sociale e lavorativa.</p> <p><i>-The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders</i>, che valuta la consapevolezza passata e presente della malattia e l'importanza di seguire le prescrizioni.</p> <p><i>-The Chinese Self-efficacy Scale</i>, che valuta l'autoefficacia.</p>		e guidandoli nell'individuazione degli obiettivi di vita più significativi.
<b>Giannacopoulos et al., 2012</b>	Studio quasi sperimentale randomizzato controllato	161 studenti greci di due scuole superiori età 16-18 anni.	<p>Gruppo intervento di 86 soggetti e gruppo controllo di 75 soggetti. L'intervento è stato condotto in una settimana, attraverso tre workshop di 90 min. ciascuno. I temi: primo incontro: informazione riguardo patologie mentali e stereotipi; secondo incontro: sensibilizzazione verso atteggiamenti di accettazione sociale, tolleranza e benevolenza; terzo incontro: visione di un video sulle stesse tematiche e discussione riguardo le emozioni provate durante i tre incontri.</p> <p>Sono state valutate: atteggiamenti tramite la <i>Community Attitudes towards the Mentally ill (CAMI)</i>, il desiderio di mantenere le distanze da</p>	<p>I risultati del gruppo controllo e intervento alla valutazione pre-intervento risultano sovrapponibili. Ad un mese dall'intervento si riscontra che: i risultati della scala CAMI sono significativamente superiori nel gruppo intervento rispetto al gruppo controllo, che significa un netto miglioramento degli atteggiamenti verso le persone affette da patologia mentale. Inoltre dalla valutazione con scala FABSI risulta che i ragazzi del gruppo intervento erano più favorevoli ad avere un soggetto con patologia mentale come vicino (<math>p &lt; 0,05</math>) o compagno di classe</p>	<p>Lo studio supporta l'efficacia degli interventi educativi negli adolescenti nella riduzione della distanza sociale e nel miglioramento degli atteggiamenti verso persone affette da patologia psichiatrica. I ragazzi del gruppo intervento dimostrano maggiore benevolenza, e più consapevolezza dell'importanza del supporto sociale e del progetto</p>



			<p>persone affette da patologia mentale tramite la scala <i>Self-report Inventory of Fear and Behavioural Intervention toward the Mentally Ill</i> (FABI). La somministrazione dei test è stata effettuata prima dell'intervento e trascorso un mese dallo stesso.</p>	<p>(<math>p=0.00</math>), e più disposti a conversare con tale soggetto (<math>p&lt;0,02</math>).</p>	<p>terapeutico-riabilitativo da realizzarsi nella comunità di appartenenza. Brevi interventi educativi come quelli effettuati nello studio in esame, è emerso non riescano a scalfire gli stereotipi più consolidati, infatti i ragazzi si sono dimostrati reticenti ad avere come amico una persona con tali patologie. Sono necessari dunque nuovi e specifici programmi educativi che lavorino attraverso le emozioni e maggiori attività di intervento.</p>
<p><b>Foltz et al., 2009</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Ricerca di letteratura effettuata su CINAHL, MEDLINE e PsycINFO. Articoli selezionati 47.</p>	<p>Contatto ed educazione svolgono sono efficaci nella riduzione dello stigma. Il contatto uno a uno presenta migliori <i>outcomes</i> in termini di atteggiamenti e comportamenti della popolazione verso questi soggetti. Gli infermieri rivestono un ruolo particolare nella lotta allo stigma pubblico. Tutti gli infermieri possono sensibilizzare in merito a queste tematiche sia sul luogo di lavoro sia dentro la comunità di appartenenza. Gli infermieri hanno anche il ruolo di <i>advocacy</i> verso il</p>	<p>Sono necessari interventi a tutti i livelli: strutturale, pubblico e individuale per combattere lo stigma. L'infermiere in questo campo ha ampie possibilità di azione, vista la sua posizione. Ulteriori ricerche sono necessarie per supportare con forti evidenze scientifiche gli interventi antistigma.</p>

				paziente, vigilando sull'erogazioni di adeguati trattamenti.	
<b>Lucksted, et al., (2011)</b>	Studio pilota	Studio condotto su 33 utenti dei servizi di salute mentale	L'intervento consiste nella partecipazione a 1 incontro di gruppo di 90 minuti per 9 settimane. Durante questo incontro ci sono stati interventi di lettura, discussione, condivisione di esperienze, educazione finalizzata allo sviluppo di abilità pratiche e di <i>problem-solving</i> . La valutazione è avvenuta attraverso: - <i>Internalized stigma of Mental Illness</i> - <i>Mental Health Recovery Measure</i> - <i>Multidimensional Scale Perceived Social Support</i> -Scala a 10 items estratta dalla scale 28-item <i>Boston University Empowerment Scale</i> .	Dai risultati emerge: -interiorizzazione degli stereotipi: punteggio pre-test: 2.07, post-test 1.87; esperienze di discriminazione pre-test 2.63, post-test 2.42; resistenza allo stigma pre-test 2.76, post-test 2.91; <i>empowerment</i> : pre-test 8.86, post-test 11.41; benessere pre-test 9.35, post-test 10.53; <i>advocacy</i> pre-test 9.18, post-test 10.85.	Lo studio dimostra che il programma <i>End Self Stigma</i> è efficace nella riduzione dello <i>self-stigma</i> , aumenta il supporto sociale e facilita il processo di <i>recovery</i>
<b>Maccinnes, et al., (2008)</b>	Studio sperimentale	20 utenti dei servizi di salute mentale.	Il programma è strutturato su sei incontri di gruppo, in cui vengono discusse tematiche quali: la malattia, il decorso e i trattamenti della stessa, le esperienze personali di malattia, lo stigma e le sue conseguenze, esperienze di stigmatizzazione vissute, strategie per modificare le credenze riguardo lo stigma e l'importanza del coinvolgimento della persona nel processo di cura. Le scale di misura usate sono: <i>Devaluation-discrimination scale</i> , per valutare lo <i>self-stigma</i> , <i>Rogesber's Self Esteem Scale</i> per valutare l'autostima, l'autoaccettazione è stata valutata estrapolando una sottoscala dalla <i>Shortened General Attitude and Belief Scale</i> . Il benessere è stato valutato tramite	I risultati ottenuti sono: - discriminazione-svalutazione: punteggio pre-test 4.33; post-test 3.60 -autoaccettazione: punteggio pre-test 11.05; post-test 8.97 -Autostima: punteggio pre-test 20.07; post-test 21.24 -Benessere: punteggio pre-test 2.40; post-test 1.99;	Lo studio indica che dopo la partecipazione al programma, i soggetti hanno riportato significativi risultati in termini di maggiore autoaccettazione, maggiore autostima e miglioramenti nella salute psicologica.

			<i>General Health Questionnaire-28.</i>		
<b>Michael et al., 2014</b>	Due separati RCT	Campione primo RCT: 127 persone con patologia mentale. Campione secondo RCT: 131 professionisti della salute	Partecipazione in entrambi gli studi allo stesso intervento di Contatto-educazione previsto dall' Anti-Stigma Project workshop (ASP). La valutazione è stata fatta a pre e post intervento, somministrando due questionari: (a) <i>Attribution Questionnaire (AQ)</i> , somministrato tutti i partecipanti pre e post test; (b) <i>Awariness Questionnaire (AwQ)</i> somministrato a tutti i partecipanti nel post-test; (c) <i>Recovery Assesment Scale</i> somministrata al solo campione di persone aventi patologia psichiatrica al pre e post-test; (d) <i>Recovery Scale (RC)</i> somministrata pre e post test ai professionisti della salute; (e) <i>Self Determination Scale</i> , somministrata pre-post test ai soli professionisti della salute.	Dal primo studio è emerso che: (a) i partecipanti all'ASP riportano maggiori livelli di consapevolezza dello stigma e minori livelli di interiorizzazione dello stigma pubblico. (b) il workshop favorisce significativamente il processo di <i>recovery</i> . Dal secondo studio è emerso che: (a) i professionisti della salute del gruppo intervento nel post-test riportano maggiore livello di consapevolezza della presenza dello stigma; (b) dopo il workshop i professionisti della salute riportavano minori livelli di pregiudizio verso le persone con patologia mentale; (c) i professionisti della salute dopo il workshop presentavano una maggior accettazione del fatto che anche la persona affetta da patologia mentale potesse raggiungere molti e diversi obiettivi di vita; (d) i professionisti della salute non presentano un miglioramento nelle opinioni riguardo le possibilità di <i>recovery</i> di queste persone.	L'ASP ha comportato un aumento della consapevolezza dello stigma sia nei professionisti della salute sia negli utenti dei servizi di salute mentale e una diminuzione degli atteggiamenti stigmatizzanti. L'ASP rende gli utenti più fiduciosi nella capacità di raggiungere i propri obiettivi di vita nonostante la malattia. I professionisti della salute non riportano maggior fiducia nelle possibilità di <i>recovery</i> della persona al contrario degli utenti che escono dal <i>workshop</i> incoraggiati. In generale l'ASP comporta un aumento della consapevolezza, degli atteggiamenti positivi ed enfatizza il senso personale di <i>recovery</i> .
<b>Mehta, et al., 2015</b>	Review	Nessuno	Ricerca di letteratura effettuata in database elettronici: Medline, PsycINFO, Chocrane Library, CHINAL, SSCI e Global Hearth. Studi selezionati: 80.	Ci sono modeste evidenze del perdurare dei positivi cambiamenti indotti dagli interventi antistigma oltre le 4 settimane	Nell'effettuare la revisione sono emerse forti eterogeneità tra le popolazioni, gli interventi e gli <i>outcomes</i> dei

				dall'effettuazione. Le evidenze non supportano l'idea che il contatto sia tra gli interventi possibili quello che ha maggiore efficacia nel medio-lungo termine.	vari studi in esame. Tuttavia emerge essere il contatto la strategia con migliori <i>outcomes</i> nell'immediato post-intervento.
<b>Mittal et al., 2012</b>	Review	Nessuno	Ricerca effettuata su database elettronici quali: Ovid, PubMed, PsycINFO. 14 studi selezionati.	La psicoeducazione e la terapia cognitivo comportamentale portano a minimizzare l'impatto del <i>self-stigma</i> , rendono l'individuo più consapevole dello stigma pubblico e delle sue conseguenze. Emergono due strategie efficaci nella lotta al <i>self-stigma</i> : la prima composta da interventi che cerca di cambiare atteggiamenti e falsi stereotipi riguardo le malattie mentali. La seconda invece mira a far accettare l'esistenza dello stigma alla persona, la quale consapevole di questo può mettere in atto strategie di <i>coping</i> adeguate che aumentino l'autostima e l' <i>empowerment</i> della persona.	Gli interventi che mirano a sviluppare nell'individuo le capacità che gli permettono la vita autonoma e il raggiungimento di importanti obiettivi di vita, sono importanti strategie per la riduzione del <i>self-stigma</i> .
<b>O'Brien, et al., (2001)</b>	Review	Nessuno	Questo articolo ha il fine di sottolineare l'importanza della relazione con la persona con patologia mentale in un contesto di comunità.	Risultati: la relazione terapeutica che si instaura tra la persona e l'infermiere all'interno della comunità permette di: -indirizzare gli interventi al benessere dell'individuo e renderlo capace di dare un senso alla propria esperienza di	I professionisti della salute mentale, compresi gli infermieri, guardando alla persona, e conoscendola nei suoi punti di forza e punti deboli, possono rendere autonoma la persona e

				<p>malattia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-educare la persona al miglioramento e alla modifica di stili di vita scorretti</li> <li>-sviluppare capacità e abilità che permettono la vita sociale</li> <li>-sottolineare le qualità della persona e i suoi punti di forza, aumentando l'autostima e non i sentimenti di svalutazione dati dallo stigma.</li> <li>-far sentire la persona meno diversa dagli altri, riportando minori livelli di ansia per il proprio essere.</li> <li>-Riduzione dello stigma</li> </ul>	<p>renderla consapevole dei suoi punti di forza e debolezze in ogni contesto. In questo modo essa può sviluppare un senso della propria esistenza e non essere vittima dell'ambiente stigmatizzante.</p>
<b>Pachankins, (2007)</b>	Review	Nessuno	<p>L'articolo presenta le conseguenze che il <i>self-stigma</i> comporta a livello cognitivo, affettivo e comportamentale, discutendo infine i possibili aspetti di intervento, tra cui il <i>coming out</i> e i relativi benefici e costi.</p>	<p>Il <i>coming out</i> diminuisce il <i>self-stigma</i>, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-è associato a maggior benessere</li> <li>-aumenta la conoscenza di sé stessi, infatti il <i>coming out</i> presenta un'importante e vera parte di sé, cosa che permette di ricevere feedback altrettanto veritieri dalle altre persone</li> <li>-induce una maggiore accettazione di sé stessi</li> </ul> <p>Il <i>coming out</i> può produrre effetti negativi anche maggiori che non rivelare a nessuno la propria patologia, per questo è raccomandato valutare l'ambiente e i soggetti con cui fare <i>coming out</i>.</p>	<p>Il <i>coming out</i> si presenta essere un intervento molto efficace nella lotta al <i>self-stigma</i>. Al contempo non vi può essere un <i>coming out</i> indiscriminato, viste le possibili deleterie conseguenze. I professionisti della salute sono quindi coinvolti nel sostenere questo percorso il soggetto, aiutandolo ad individuare con chi e in che luoghi può essere vantaggioso il <i>coming out</i>.</p>
<b>Park, et al., (2012)</b>	Studio sperimentale	60 soggetti affetti da schizofrenia in regime di ricovero	<p>I partecipanti sono stati suddivisi in gruppo sperimentale(N=30) e gruppo controllo(N=30).</p>	<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il programma di <i>empowerment</i> ha ridotto l'impotenza</li> </ul>	<p>Il programma si è dimostrato essere uno strumento</p>

			<p>il gruppo sperimentale ha seguito l'<i>Empowerment Program</i>, ovvero 2 incontri da 60 minuti, tenuti da un'infermiere per 6 settimane. I temi trattati sono stati: comprendere il percorso di <i>recovery</i> da una patologia mentale; i problemi di vita quotidiana e come risolverli, educazione all'esecuzione dei lavori domestici e per cura di sé, educazione alla gestione dei sintomi e dei trattamenti, riconoscimento precoce di una crisi, e la preparazione per l'impiego.</p> <p>la valutazione è stata effettuata tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Modified Learned Helplessness Scale(LHS)</i>, scala strutturata su 20 item e valutazione tramite scala likert 1-4.</li> <li>-<i>Subject Recovery assessment Scale (RAS)</i>, strutturata su 26 item che valutano il raggiungimento di obiettivi, capacità di <i> coping</i>, conoscenze e sistema di supporto, per la valutazione scala a cinque punti da massimo accordo a massimo disaccordo.</li> <li>-<i>Nurse's Observation Scale of In-patient Evaluation-30-Korea (NOISE-30-K)</i>, che valuta tramite delle sottoscale le capacità sociali, cura della persona, irritabilità, manifestazioni psicotiche e depressione.</li> </ul>	<p>nel gruppo sperimentale (F=185.218; p&lt;0.001).</p> <p>-miglioramento nella percezione del percorso di <i>recovery</i>, dati riferiti al paziente (F=159.402; p&lt;0.001), dati riferiti agli infermieri (F=34.154; p&lt;0.001).</p>	<p>efficace a disposizione degli infermieri per ridurre il senso di impotenza ed incompetenza nei soggetti affetti da patologia psichiatrica. Tali valutazioni negative sono conseguenze molto spesso dello stigma interiorizzato, che comporta una notevole riduzione delle possibilità di <i>recovery</i> della persona.</p> <p>Attraverso l'<i>empowerment</i> l'infermiere può ridurre lo <i>self-stigma</i>.</p>
<b>Perese et al., (2009)</b>	Review	Nessuno	<p>Un obiettivo degli interventi interinfermistici è quello di ridurre la solitudine nelle persone affette da patologie psichiatriche. L'articolo ha il fini di riportare le</p>	<p>I tipi di intervento <i>social-network</i> e i relativi risultati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di supporto: aumentano le capacità di gestione dello stress derivante</li> </ul>	<p>Nella lotta alla solitudine l'infermiere avendo valutato le caratteristiche dell'individuo e conoscendo gli</p>

			strategie di <i>social-network</i> , per guidare all'implemento questi interventi la pratica infermieristica.	dal contatto sociale e sviluppano le capacità sociali, aumentano la qualità di vita e portano all'aumento dei rapporti di amicizia. - Gruppi di mutuo aiuto diminuiscono l'isolamento ma non sembrano aumentare le amicizie. -Gruppi di volontariato:aumento delle attività sociali e delle amicizie	effetti di ciascun intervento di <i>social-network</i> , indirizza la persona verso la strategia più appropriata e più facilmente usufruibile nella comunità di appartenenza.
<b>Podogrodzka-Niel, et el.,(2014)</b>	Review	Nessuno	Il fine dell'articolo è descrivere il che modo lo stigma interferisce con il percorso di <i>recovery</i> della persona e quindi individuare le aree a cui indirizzare gli interventi.	Dalla revisione emerge che: -il processo di <i>empowerment</i> rende la persona consapevole delle proprie capacità e capace di conciliare la malattia con la vita quotidiana. -lo <i>self-stigma</i> è negativamente correlato all'aderenza alla terapia -la famiglia è il primo e molto spesso l'unico supporto sociale significativo e deve essere sostenuta nei suoi bisogni e nel processo di assistenza al familiare malato -le relazioni sociali, specialmente esterne alla famiglia, giocano un ruolo fondamentale nella capacità sociale persona, rapporti sociali significativi aumentano <i>l'insight</i> e la soddisfazione per la vita e i trattamenti ricevuti.	I professionisti della salute, essendo consapevoli delle conseguenze negative sul percorso di <i>recovery</i> della persona , hanno il compito di pianificare interventi mirati ed efficaci specifici per la persona.
<b>Provencher, (2007)</b>	Review	Nessuno	Il processo di <i>recovery</i> è un fenomeno complesso perché influenzato da caratteristiche soggettive e dell'ambiente in cui la persona è inserita. Il fine di questo articolo è definire come gli	Gli interventi infermieristici presentano come <i>outcomes</i> : -aumento dell'autostima e delle capacità che permettono alla	Gli interventi attuabili dall'infermiere permettono di andare a trattare gli aspetti intaccati dal <i>self-stigma</i>

			<p>interventi infermieristici possono favorire lo sviluppo dell'<i>empowerment</i>, dell'autostima e l'orientamento di vita.</p>	<p>persona di ricoprire diversi ruoli nella vita di società;          -diminuzione delle ricadute con lo sviluppo delle capacità di gestione della malattia, e di riconoscimento precoce dei segni e sintomi di una crisi          -Sviluppo delle capacità per il raggiungimento di obiettivi di vita come: <i>decision-making</i>, vita indipendente.          - sviluppo nella persona della capacità di ricerca di strategie per la risoluzione del problema che devono affrontare, facendo leva sui propri punti di forza con aumento della speranza della conoscenza delle proprie capacità e risorse attivabili.          -aumento del senso di <i>empowerment</i> e fiducia nel processo di <i>recovery</i>          -la persona ha un ruolo attivo nel proprio percorso terapeutico-riabilitativo, e al momento della dimissione la persona ha capacità di autogestione e diminuiscono le riospedalizzazioni.</p>	<p>come: autostima, autoefficacia, speranza, capacità di <i>decision-making</i> e di raggiungimento di obiettivi di vita. Trattando questi aspetti, l'infermiere favorisce il processo di <i>recovery</i>.</p>
<p><b>Reha Bayar, et al., 2009</b></p>	<p>RCT</p>	<p>205 professionisti della salute che hanno accettato di partecipare.</p>	<p>I partecipanti sono stati assegnati a random al gruppo intervento (N=100) e al gruppo controllo (N=105). Al gruppo intervento è stata inviato via mail materiale che trattava: dello stigma in psichiatria, della discriminazione che avviene nei vari contesti,</p>	<p>Il gruppo sperimentale presentava punteggi migliori (mediana=55, range 39-63) che corrispondono a minori atteggiamenti stigmatizzanti, rispetto al gruppo controllo (mediana=50,</p>	<p>Le campagne antistigma via internet, indirizzate ai professionisti della salute, possono essere efficaci nella lotta allo stigma. Internet può essere un mezzo potente per la</p>



			<p>delle conseguenze dello stigma sulla persona e le azioni che possono essere intraprese nella lotta allo stigma. La valutazione è stata fatta su un questionario Internet strutturato su 9 affermazioni stigmatizzanti usate comunemente. Il questionario usa una 7 punti-Scala Likert (1= massimo accordo, 7 massimo disaccordo). Maggiore è il punteggio, minori sono gli atteggiamenti stigmatizzanti. Il punteggio varia da un minimo di 9 ad un massimo di 63 punti.</p>	<p>range=15-63) e p= 0.0001.</p>	<p>diffusione di informazioni. I limiti di questo studio sono: il fatto che la partecipazione è stata volontaria, e quindi coloro che hanno risposto alla mail di invito fossero interessati all'argomento. Inoltre i partecipanti avevano un alto livello di scolarizzazione ed erano esperti nell'uso del computer. Comunque questo studio presenta una strategia efficace e a basso costo per la lotta allo stigma.</p>
<p><b>Rusch et al., 2005</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Analisi di 106 articoli di letteratura definendo: tipologie di stigma, conseguenze e possibili azioni a contrasto</p>	<p>Esistono tre tipi di stigma: strutturale, pubblico e <i>self-stigma</i>. Le tre principali strategie per combatterlo sono: protesta, educazione e contatto. La protesta è efficace contro lo stigma perpetrato dai media attraverso programmi ed annunci, diminuisce la comune immagine negativa delle patologie mentali. Non è efficace nel promuovere nuovi atteggiamenti verso queste patologie ma c'è rischio di effetto <i>rebound</i>. L'educazione riduce la stigmatizzazione, specialmente se diretta a specifici target: ufficiali delle forze armate, datori</p>	<p>Lo stigma si presenta a più livelli e interferisce in qualunque contesto con la vita della persona, come l'ottenere un lavoro, una casa e cure sanitarie adeguate. Sono necessarie ulteriori iniziative antistigma a lungo termine per poter fronteggiare il fenomeno.</p>

				di lavoro, studenti delle scuole superiori. Il contatto riduce lo stigma e promuove atteggiamenti positivi. Maggiore efficacia se c'è contatto diretto con la persona affetta da patologia mentale e se è possibile interazione con essa.	
<b>Rusch et al., (2014)</b>	RCT	100 utenti dei servizi di salute mentale.	I partecipanti sono stati divisi in due gruppi, il gruppo intervento è stato sottoposto all'intervento di supporto al <i>coming out</i> , quindi le persone sottoposte all'intervento non necessariamente hanno fatto <i>coming-out</i> , ma hanno condiviso in un gruppo di pari la loro decisione. Il gruppo controllo ha seguito i trattamenti standard. La valutazione è stata effettuata in termini di: <i>empowerment</i> , <i>self-stigma</i> , stress correlato allo stigma, la segretezza e i benefici percepiti dal <i>coming out</i> . La valutazione è stata effettuata tramite l' <i>Internalized Stigma of Mental Illness Inventory</i> , in cui maggiore è il punteggio, maggiore è lo <i>self-stigma</i> ; l' <i>Empowerment Scale</i> , in cui punteggi maggiori corrisponde maggior <i>empowerment</i> , <i>Coming Out with Mental Illness Scale</i> , in cui punteggi maggiori indicano maggiori benefici percepiti dal <i>coming out</i> .	L'intervento non ha avuto efficacia in termini di aumento di autoefficacia ed <i>empowerment</i> . Vi è un significativo calo nello stress correlato allo stigma e alla segretezza. L'intervento ha accresciuto i benefici percepiti dall'aver fatto <i>coming out</i> , benefici che rimangono stabili nel tempo.	Il <i>coming out</i> con appare avere come immediata conseguenza la diminuzione dello stress correlato allo stigma alla segretezza, che uniti ai benefici percepiti dall'aver partecipato al programma, diminuiscono l'impatto negativo dello <i>self-stigma</i> .
<b>Russianova, et al., (2014)</b>	RCT	82 individui con patologie psichiatriche gravi.	I partecipanti sono stati divisi in maniera randomizzata a due gruppi: il gruppo intervento ha partecipato ad un intervento <i>Photo-Voice</i> ; il gruppo controllo	Risultati: - <i>Self-stigma</i> : punteggio totale pre-test 2,17; post-test 2,04 -disponibilità ad educare gli altri: :	Questo tipo di intervento si dimostra efficace nella diminuzione del <i>self-stigma</i> , con il miglioramento

			<p>non ha ricevuto alcun intervento. Il fine è esaminare i risultati di questo tipo di intervento su: <i>self-stigma</i>, <i>empowerment</i>, percezione personale del processo di <i>recovery</i>, autoefficacia e depressione.</p> <p>Le scale di misura utilizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Internalized Stigma of Mental Illness</i>, che valuta lo <i>self-stigma</i>.</li> <li>-<i>Approches to Coping With Stigma Scales</i>, che valuta le capacità di gestione dello stigma</li> <li>-<i>Personal Growth and Recovery Scale</i>, che valuta la crescita personale e la percezione della <i>recovery</i></li> <li>-<i>Empowerment Scale</i></li> </ul>	<p>punteggio pre-test 2.85; post-test 2.93</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avere distanza sociale punteggio pre-test 2.41; post-test 2.28</li> <li>-<i>Empowerment</i>: punteggio totale pre-test 2.82; post-test 2.89</li> <li>-Attivismo nella comunità: punteggio pre-test 3.24; post-test 3.33</li> <li>-autostima: punteggio pre-test 2.77; post-test 2.89</li> <li>-Crescita personale e senso di <i>recovery</i>: punteggio pre-test 3.11; punteggio post-test 3.20</li> </ul>	<p>delle strategie di <i> coping</i> attuabili in situazioni stigmatizzanti e aumentando l'attivismo della persona nella comunità. I soggetti che hanno partecipato all'intervento dimostrano minore distanza sociale e maggiore disponibilità al confronto con gli altri e all'educazione degli stessi.</p>
<b>Schrank, (2012)</b>	Review	Nessuno	<p>Ricerca di letteratura in database elettronici: AMED, British Nursing Index, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, Social Science Policy, CINAHL. 57 articoli selezionati.</p>	<p>La sviluppo della speranza è positivamente correlato ad una migliore percezione da parte del soggetto del proprio percorso di <i>recovery</i>, dell'autoefficacia, dell'autostima, dell'<i>empowerment</i> della qualità di vita e del supporto sociale.</p>	<p>Nell'assistenza erogata alla persona affetta da patologie mentali è fondamentale attuare interventi che favoriscono la speranza, infatti il soggetto rivela miglioramenti nel percorso di <i>recovery</i>.</p>
<b>Seroalo et al., 2014</b>	Review	Nessuno	<p>Ricerca di letteratura in database elettronici: EBESCOhost, Science Direct, Web of Knowledge, Scopus, Sabinet, ProQuest, SA Nexus, Cochrane.</p>	<p>L'educazione via web o che sfrutta il computer sono molto efficaci nella riduzione dello stigma nei professionisti della salute. L'educazione attraverso un approccio umanizzante è più efficace dell'educazione tradizionale basata sullo studio del DSM-IV. Quest'ultima infatti fallisce nella</p>	<p>Dai risultati sono state ricavate le raccomandazioni per gli infermieri. Questi hanno il compito di sensibilizzare gli altri professionisti della salute, la popolazione, i bambini e gli adolescenti. Consapevoli delle campagne educative per la</p>

				<p>riduzione dell' stigma. Il contatto diretto in aula ha maggiore efficacia rispetto al contatto video. Le campagne antistigma sono efficaci nella riduzione dello stigma nella popolazione generale. Le campagne antistigma, il contatto diretto e la visione di film-documentari antistigma sono efficaci nella sensibilizzazione degli studenti. L'uso di scene con burattini, la psico- educazione e il contatto video sono efficaci nella riduzione dello stigma in bambini ed adolescenti.</p>	<p>riduzione dello stigma, hanno il compito di implementare le stesse con i nuovi interventi menzionati.</p>
<p><b>Sibitz, et al., (2011)</b></p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>157 persone con diagnosi di schizofrenia o disturbi schizoaffettivi.</p>	<p>Il fine di questo studio è valutare se e in che modo le interazioni sociali, l'empowerment, lo stigma e la depressione sono correlati ed influenzano la qualità di vita. La valutazione è avvenuta tramite somministrazione di un questionario, che attraverso diverse scale di misura valutava i seguenti aspetti:          -Dati clinici, socio-demografici, situazione lavorativa ed abitativa sono stati raccolti attraverso uno specifico questionario creato ad hoc per questo studio.          -Lo stigma è stato valutato tramite due scale di misura: <i>l'Internalized Stigma of Mental Illness</i>, strutturata su 29 items valutati tramite scale likert 1-4; <i>Percived Devaluation and Discrimination Scale</i>,</p>	<p>Risultati:          -forte correlazione tra empowerment e stigma(<math>r = -0.76</math>).          -interventi che aumentano l'autostima e l'autoefficacia e l'empowerment riducono lo stigma.          -l'interazione sociale è positivamente correlata con l'empowerment (<math>r = 0.42</math>; <math>p &lt; 0.001</math>) mentre è negativamente correlata allo stigma (<math>r = -0.41</math>; <math>p &lt; 0.001</math>)          -l'empowerment è positivamente correlato alla qualità di vita(<math>r = 0.39</math>; <math>p &lt; 0.001</math>).</p>	<p>Ridotte relazioni sociali portano ad una diminuzione dell'empowerment, e all'aumento dello stigma, condizione che impatta negativamente sulla depressione e quindi sulla qualità di vita. Sia lo stigma che le relazioni sociali non impattano direttamente sulla qualità di vita. la diminuzione di quest'ultima è quindi una conseguenza della diminuzione in empowerment della persona.</p>

			<p>strutturata su 12 item che valutano la percezione del soggetto dello stigma pubblico, la valutazione è effettuata tramite scale likert 1-5.</p> <p>-L'<i>empowerment</i> è stato valutato tramite la <i>Rogers Empowerment Scale</i>, strutturata su 28 items a valutazione tramite scale likert 1-4.</p> <p>-La depressione è valutata tramite l'<i>Allgemeine Depressionsskala</i>, strutturata su 20 items valutati con scale likert 1-4.</p> <p>-La qualità di vita valutata tramite WHOQOL-BREF, strutturata su 26 item a valutazione tramite scala likert 1-5.</p>		
<b>Sibitz, et al., (2013)</b>	Studio sperimentale	80 soggetti con diagnosi di schizofrenia, utenti dei servizi di salute mentale	<p>I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: intervento (N=40). L'intervento consiste in attività di gruppo, coordinate da diversi professionisti della salute dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 15.30. Durante l'incontro è stata effettuata psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale, educazione allo sviluppo di capacità sociali e di vita quotidiana. Inoltre sono state erogate sessioni individuali con interventi psicofarmacologici e psicosociali calibrati sui bisogni del soggetto. La valutazione è stata effettuata prima dell'intervento e a cinque settimane dallo stesso. Le scale di misura utilizzate sono:</p> <p>-<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>, per valutare sintomatologia positiva e negativa dei soggetti.</p>	<p>I risultati ottenuti sono:</p> <p>- Scala PANSS: punteggio totale pre-test 69.752; punteggio post-test 63.763.</p> <p>-Scale ISMI: punteggio totale pre-test 2.151; punteggio totale post-test 2.049. Nella stessa scala l'item Alienazione ha riportato: punteggio pre-test 2.395 e post-test 2.116.</p> <p>-Scala WHOQOL-BREF: punteggio totale pre-test 46.875; punteggio post-test 57.188; l'item Salute psicologica ha riscontrato come punteggio pre-test 47.708 e punteggio post-test 57.500.</p>	<p>Questo studio dimostra come interventi di <i>empowerment</i> e che si focalizzano sulla recovery della persona, comportano una riduzione dello <i>self-stigma</i> e benessere della persona. Attraverso questi interventi la persona può sviluppare nuove strategie che possono essere applicate nell'immediato nella vita quotidiana e sociale di ogni giorno.</p>

			<p><i>-The Internalized Stigma of Mental Illness</i>, che valuta lo stigma pubblico percepito dalla persona.</p> <p><i>-The World Health Organization Quality of Life Scale</i>, utilizzata per valutare la qualità di vita.</p>		
<b>Spagnolo et al., 2008</b>	RCT	426 studenti delle scuole superiori. Divisi in gruppo intervento formato da 177 soggetti e gruppo controllo 149 soggetti.	<p>I partecipanti sono stati divisi in gruppo intervento formato da 177 soggetti e gruppo controllo 149 soggetti. L' intervento vuole dimostrare l'efficacia della combinazione di tre approcci per la riduzione dello stigma. Il primo approccio consisteva nell'educazione con lezione frontale, il secondo il contatto, con il coinvolgimento nell'educazione di un utente dei servizi di salute mentale; il terzo approccio consisteva nel racconto della persona della propria storia e del processo di <i>recovery</i>. La valutazione è stata effettuata attraverso <i>l'Attribution Questionnaire- Short Form for Children</i>. Strutturato su 9 domande, indaga gli stessi item della scala originale. Questo questionario usa la scala Likert da 1 ( massimo disaccordo) a 9(molto d'accordo). La valutazione è avvenuta pre e post test.</p>	<p>I partecipanti allo studio facenti parte del gruppo intervento hanno riportato: minori sentimenti di pietà, valutazione di minore pericolosità de soggetti con patologia mentale, minore paura. Inoltre in minor numero credono che un bambino con patologia mentale debba far parte di una classe a sé, maggiore disponibilità all'aiuto. Nessun ragazzo al pre e post test ha attribuito colpe per la malattia alla persona malata.</p>	<p>Sessioni educative della durata di 1ora, sviluppate con l'aiuto di utenti dei servizi di salute mentale, possono migliorare in maniera significativa gli atteggiamenti degli adolescenti verso tali patologie. I risultati confermano l'efficacia della combinazione dei tre approcci nella riduzione dello stigma.</p>
<b>Turkington, et al., (2006)</b>	RCT	422 soggetti affetti da schizofrenia.	<p>I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: intervento e controllo. Il gruppo intervento ha seguito individualmente sei sessioni di terapia cognitivo comportamentale tenute da un infermiere debitamente formato. Mentre il gruppo controllo ha seguito il programma di cure</p>	<p>I risultati: i partecipanti del gruppo controllo sono esposti ad un rischio di depressione maggiore ( RR=2.19; 95%; CI 1.41-3.34), mentre non è lo stesso per il gruppo intervento(RR=1.13; 95%; CI 0.76- 1.68). Nel gruppo intervento, il 25% dei</p>	<p>La terapia cognitivo-comportamentale e condotta da infermieri debitamente formati è sicura ed efficace. Si sono avuti significativi miglioramenti in termini di <i>insight</i>, e</p>

			<p>standard.</p> <p>Le scale di valutazione usate sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Comprehensive Psycopathological Rating Scale</i>, per la valutazione della sintomatologia</li> <li>-<i>Insight Rating Scale</i>, per la valutazione dell'<i>insight</i></li> <li>-<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>, per la valutazione della depressione</li> <li>-<i>Psycotic Symptoms Rating Scale</i>, per la valutazione dei sintomi positivi;</li> <li>-<i>Negative Symptoms Rating Scale</i>, per la valutazione dei sintomi negativi.</li> </ul>	<p>partecipanti ha migliorato <i>l'insight</i>. 38 persone su 165 del gruppo controllo ha subito ricaduta, mentre nel gruppo intervento 36 soggetti su 257 hanno avuto ricaduta.</p>	<p>sintomi secondari quali apatia, riduzione della volontà e asocialità. Questo intervento inoltre diminuisce in maniera significativa le ricadute, i nuovi ricoveri in ospedale e i tempi di degenza. Ulteriore beneficio è il miglioramento nell'aderenza ai trattamenti.</p>
<b>Verhaeghe et al., (2005)</b>	Review, studio sperimentale	595 utenti dei servizi di salute mentale.	<p>Il fine di questo articolo è verificare se e come il supporto tra pari può diminuire gli effetti negativi comportati dallo stigma.</p>	<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il <i>self-stigma</i> è negativamente legato all'autostima (<math>\beta=0.208</math>; <math>p=0.000</math>)</li> <li>-supporto tra pari positivamente legato all'autostima (<math>\beta=0.168</math>; <math>p=0.000</math>).</li> <li>- i soggetti che più sperimentano situazioni stigmatizzanti, meno supporto tra pari ricevono.</li> <li>-più severa è la sintomatologia, più facilmente il soggetto non riesce a portare a compimento le attività, cosicché questo riduce l'autostima.</li> </ul>	<p>L'autostima è centrale nella percezione di benessere dell'individuo. Il supporto tra pari riduce gli effetti negativi che il <i>self-stigma</i> ha sull'autostima. E' importante dunque indirizzare gli assistiti verso questo tipo di intervento.</p>
<b>Verhaeghe, et al., (2011)</b>	Studio retrospettivo	650 utenti dei servizi di salute mentale	<p>Il fine è valutare l'interazione tra stigma, capacità di affidarsi ai servizi di salute mentale e la soddisfazione per i trattamenti ricevuti. la valutazione è stata effettuata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>The Trust in Physician Scale</i>, che valuta la fiducia dei pazienti nei</li> </ul>	<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-i soggetti con sintomatologia più severa sono meno inclini ad affidarsi ai professionisti sanitari (coefficiente= <math>-0.131</math>, <math>p=0.002</math>);</li> <li>-i soggetti con maggiore aspettativa di ricevere</li> </ul>	<p>I risultati dimostrano come la relazione tra utente e professionista della salute debba essere fondata sulla fiducia. Infatti questa</p>

			<p>professionisti della salute, strutturata su 5 items e valutazione attraverso scala da 1(massimo disaccordo) a 5(massimo accordo).</p> <p>- due sottoscale per la valutazione dello stigma sociale e pubblico sono state ricavate dalla <i>Fife &amp; Wright's Scale</i>.</p> <p>- <i>Link's Devaluation-Discrimination Scale</i>, strutturata su 12 items, che valuta lo stigma atteso.</p> <p><i>Brief Symptom Inventory</i>, strutturata su 18 items, con punteggio da 0 a 4, per valutare la sintomatologia.</p>	<p>atteggiamento discriminatorio (coefficiente = - 0.146; p&lt;0.01), e quelli con maggiore <i>self-stigma</i> (coefficiente = - 0.0172, p&lt;0.001) presentano minore tendenza ad affidarsi.</p> <p>-i soggetti con maggiore <i>self-stigma</i> presentano minore soddisfazione per i trattamenti ricevuti (coefficiente = - 0.215; p&lt;0.001)</p> <p>-maggiore è la fiducia degli utenti nei professionisti della salute, maggiore è la soddisfazione per i trattamenti ricevuti.</p>	<p>condizione permette di avere migliori <i>outcomes</i> e una migliore percezione da parte del soggetto per le cure ricevute. Al contempo si deduce che in molti casi l'insoddisfazione e per le cure ricevute non è imputabile e cause esterne, ma è connessa all'utente.</p>
<b>Virtanen, et al., 2007</b>	Review	Nessuno	Ricerca su database elettronico Ovid Medline. Articoli selezionati:15	Il discorso <i>empowerizzante</i> permette all'infermiere di individuare i bisogni della persona assistita, lo stesso strumento inoltre di: fornire alla persona conoscenze, sviluppare abilità, atteggiamenti, valori e comportamenti funzionali alla vita indipendente e in società.	Il discorso <i>empowerizzante</i> è un ottimo strumento che l'infermiere può utilizzare nella lotta al <i>self-stigma</i> ; infatti questo permette di sviluppare nella persona conoscenze e abilità che favoriscono il processo di <i>recovery</i> .
<b>Watson et al., (2006)</b>	Review	Nessuno	L'articolo descrive le modalità con cui l'individuo può reagire allo stigma; lo stesso in conclusione definisce gli interventi attuabili <i>nell'empowerment</i> della persona.	Il supporto tra pari permette l'identificazione del soggetto in un gruppo riportando maggiore autostima e una migliore opinione di sé stessi. Rendere consapevoli gli individui dello stigma perpetrato dal resto della popolazione, li rende capaci di reagire ed evitare il contatto con persone negative. stimolare la persona a	Le strategie elencate sono efficaci nello sviluppare <i>l'empowerment</i> della persona, la quale può raggiungere i propri obiettivi di vita a prescindere dallo stigma delle persone che la circondano.



				<p>sviluppare diversi aspetti della propria vita, permette loro di non fossilizzarsi solo su un dominio. Questo permette un minore impatto dello self stigma, infatti i diversi interessi e conoscenze offrono maggiore sostegno alla persona.</p>	
<p><b>Yamaguchi et al., 2011</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Ricerca di letteratura su database elettronici: MEDLINE e PsycINFO.</p>	<p>L'intervento educativo porta i seguenti <i>outcomes</i>: aumento nelle conoscenze riguardo malattie mentali (18 studi); miglioramento negli atteggiamenti verso persone con patologia mentale (34 studi); miglioramenti negli atteggiamenti dei giovani verso tali patologie (27 studi); diminuzione nella distanza sociale (16 studi su 20 ne dimostrano l'efficacia). E' dimostrato che gli effetti positivi in comportamenti, atteggiamenti e distanza sociale diminuiscono nel tempo. Tre studi dimostrano la maggiore efficacia del contatto rispetto all'educazione. Solo uno studio dimostra la maggiore efficacia del contatto via video rispetto all'educazione. Tre studi dimostrano il miglioramento nella distanza sociale dopo l'intervento video. Questo tipo di intervento è si dimostrato più efficace se tratta della patologia, dell'esperienza di vita e di <i>recovery</i></p>	<p>Gli effetti positivi in comportamenti, atteggiamenti e distanza sociale diminuiscono nel tempo. Il contatto diretto in questa review emerge essere è più efficace rispetto all'educazione, nei programmi educativi quindi potrebbe essere efficace coinvolgere soggetti affetti da patologia psichiatrica. Gli effetti del contatto via video sono incerti poiché il contenuto dei video nei vari studi era diverso, le evidenze suggeriscono di trattare la sintomatologia, l'esperienza di vita e i successi ottenuti. E' necessario valutare in maniera più precisa il contenuto dei video. Non ci sono studi sulla sensibilizzazione e dei ragazzi verso</p>

				<p>piuttosto che sottolineare la sintomatologia e gli eventi principali correlati alla patologia. L'efficacia è ulteriore se introdotto dal vivo da persona con patologia mentale.</p>	<p>l'importanza di chiedere aiuto in caso di sintomi di patologia psichiatrica. Un metodo potrebbe essere informare sull'importanza del contatto precoce e dei benefici della terapia, sensibilizzando all'uso dei servizi di salute mentale.</p>
<p><b>Yanos et al., (2014)</b></p>	<p>Review</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Revisione della letteratura disponibile su database elettronici PsycINFO e Medline, riguardo le strategie di riduzione dello <i>self-stigma</i>.</p>	<p>-<i>L'Healthy Self-Concept model</i> è un intervento di psicoeducazione che ha come risultati: diminuzione delle conseguenze della sintomatologia, maggiore speranza nel futuro e maggiori capacità sociali.  -<i>Self-Stigma Reduction Program</i> combinazione di psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, interviste motivazionali, educazione allo sviluppo di nuove abilità per il raggiungimento di obiettivi di vita di pianificazione delle attività; ha come risultati: aumento dell'autostima, aumento dell'aderenza alla terapia e ai programmi di riabilitazione.  -<i>Ending Self-Stigma</i> è un programma che propone varie strategie per diminuire lo <i>self-stigma</i>, ha come risultati: aumento dell'<i>empowerment</i>, maggiore sostegno</p>	<p>La psicoeducazione e la terapia cognitivo comportamentale e permettono all'individuo di diventare consapevole dello stigma e delle sue conseguenze. Gli interventi attuati dai diversi professionisti che collaborano in equipe permettono un approccio integrato e sinergico volto alla riduzione dello stigma..</p>

				<p>sociale.</p> <p><i>-Narrative Enhancement Cognitive Therapy</i>, in cui i partecipanti, sono invitati a descrivere se stessi, l'esperienza di malattia e dei trattamenti e come questi sono mutati nel tempo. I risultati sono: riduzione dello <i>self-stigma</i>, aumento della speranza e dell'autostima.</p> <p><i>-Coming Out</i> diminuisce sempre più nel tempo lo stress correlato alla diagnosi da mantenere segreta.</p> <p><i>-Anti-Stigma Photovoice Intervention</i> consiste in un intervento di psicoeducazione associato all'uso di videocamere e macchine fotografiche. I risultati sono evidenti nella riduzione dello <i>self-stigma</i>, nello sviluppo di strategie di <i> coping</i> e nella crescita personale attraverso il processo di <i> recovery</i>.</p>	
--	--	--	--	--	--