



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

## **Università degli Studi di Padova**

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

### **Corso di Laurea Magistrale in Strategie di Comunicazione Classe LM-92**

Tesi di Laurea

*Come ti senti? Lascia un commento.  
Il ruolo dei social media nella  
comunicazione della salute mentale.*

Relatrice  
Prof. Chiara Di Benedetto

Laureanda  
Greta Calvetti  
n° matr. 2096009 / LMSGC

Anno Accademico 2023 / 2024

# Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>3</b>
<b>Capitolo 1 Una fotografia della salute mentale oggi: un elemento del benessere.....</b>	<b>6</b>
1.1 La considerazione della salute mentale ieri e oggi.....	9
1.2 La salute mentale in numeri .....	12
1.3 L’impatto del Covid-19 .....	18
1.4 La salute mentale in Italia: dati, risorse e percezioni .....	21
<b>Capitolo 2 La percezione della salute mentale: lo stigma.....</b>	<b>30</b>
2.1 Il concetto di stigma, la stigmatizzazione e le tipologie di stigma.....	30
2.2 Gli effetti dello stigma sulla società e sull’individuo.....	34
2.3 Strumenti per contrastare lo stigma.....	39
<b>Capitolo 3 Il rapporto tra media e salute mentale .....</b>	<b>45</b>
3.1 La salute mentale nei mass media e i relativi impatti sulla società.....	45
3.2 Le principali problematiche della comunicazione sulla salute mentale.....	51
3.3 I disturbi mentali nei <i>fictional</i> e <i>non fictional media</i> : stereotipi e inaccuratezze scientifiche .....	52
3.4 Il sensazionalismo contro la normalità.....	57
3.5 Stereotipi su altre figure relative all’ambito della salute mentale.....	59
3.6 La comunicazione dei suicidi: effetti agli estremi opposti.....	60
<b>Capitolo 4 Internet e la <i>e-mental health</i> .....</b>	<b>64</b>
4.1 Il Web 2.0 e l’applicazione in ambito sanitario.....	64
4.2 Nuove tecnologie a sostegno della salute psicologica: terapie digitali, applicazioni per smartphone e Intelligenza Artificiale .....	67
4.3 Nuovi media e possibilità per una comunicazione alternativa della salute mentale .....	73
4.3.1 Un esempio di autonarrazione: i blog .....	75
<b>Capitolo 5 Social media e comunicazione della salute mentale.....</b>	<b>78</b>
5.1 Definizione di “social media” e dati sull’utilizzo .....	78
5.2 I social come strumento di informazione sulla salute .....	84
5.3 Come e perché si parla di salute mentale sulle piattaforme social.....	88

5.4 I benefici e i rischi della comunicazione della salute mentale sui social .....	93
5.5 I player della comunicazione della salute mentale sui social.....	103
5.5.1 Utenti delle piattaforme.....	103
5.5.2 Content creator e influencer ( <i>non-professional mental health influencer</i> ) .....	104
5.5.3 Professionisti della salute mentale ( <i>professional mental health influencer</i> ).....	105
5.5.4 Lo Stato e le istituzioni .....	106
5.6 I pubblici e i potenziali scopi della comunicazione della salute mentale sui social.....	107
<b>Capitolo 6 Le interviste.....</b>	<b>109</b>
6.1 Metodologia e intervistati .....	109
6.2 Discussione dei risultati .....	111
<b>Capitolo 7 Il questionario .....</b>	<b>118</b>
7.1 Obiettivi.....	118
7.2 Metodologia .....	119
7.3 Risultati .....	121
7.4 Discussione .....	128
<b>Capitolo 8 Linee guida per la comunicazione della salute mentale sui social media .....</b>	<b>132</b>
8.1 <i>Best practices</i> per comunicatori e divulgatori: come parlare correttamente di salute mentale sui social.....	134
8.2 <i>Best practices</i> per gli utenti dei social media: come approcciarsi alla comunicazione della salute mentale e trarne beneficio.....	136
8.3 Limitazioni e prospettive per future ricerche.....	136
<b>Conclusione.....</b>	<b>138</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>141</b>
<b>Appendice.....</b>	<b>167</b>
Questionario “Percezioni dei giovani sull'uso di Instagram come mezzo di informazione sulla salute mentale” .....	167
Interviste.....	171

## Introduzione

La salute mentale rappresenta un pilastro essenziale per il benessere individuale, poiché incide significativamente sulla salute fisica, sulle relazioni interpersonali e sulla qualità di vita del singolo. Per di più, essa è cruciale per lo sviluppo socioeconomico, in quanto impatta sulla coesione sociale, sui livelli di occupazione e sulla produttività degli individui. Al contrario, condizioni di scarsa salute mentale entro la comunità comportano costi sanitari diretti e costi economici indiretti, dovuti ad esempio all'aumento dei tassi di assenteismo. Tuttavia, solo recentemente si è cominciato a riconoscere l'importanza del benessere psicologico: nel corso della storia, le problematiche relative alla salute mentale sono state motivo di emarginazione e discriminazione nei confronti di coloro che ne erano affetti, nonché di gravi violazioni della dignità umana avvenute negli istituti manicomiali. I comportamenti discriminatori nei confronti di individui che convivono con un disturbo sono una conseguenza dello stigma sulla salute mentale, ossia l'insieme di "pregiudizi negativi attribuiti alle persone con problemi psichici" (Carraresi, 5 luglio 2021).

I media hanno un ruolo estremamente rilevante nella costruzione dell'opinione pubblica sulla salute mentale, nonché nella formazione di attitudini e modelli di comportamento: essi, infatti, rappresentano una delle principali fonti di informazione e possono veicolare o contrastare gli stereotipi su cui si fonda lo stigma. Pertanto, se gestita consapevolmente, la comunicazione potrebbe contribuire a sensibilizzare la comunità circa il tema della salute mentale e a promuovere il riconoscimento dell'importanza del benessere psicologico.

Questo mio lavoro ha inteso analizzare quale sia oggi la rappresentazione e la percezione della salute mentale nei *new media*, con un focus privilegiato sull'uso dei canali social come strumento per sensibilizzare e condividere conoscenza ed esperienza in questo settore. Quale ruolo i media hanno avuto finora e quale possono avere per una facilitazione della condivisione di esperienza e magari riduzione di stigma? Chi sono le figure – professionali e non – che generano contenuti in questo settore? Esistono dei criteri di buona comunicazione raccomandabili?

La prima parte dell'elaborato presenta un'attenta analisi del panorama sulla salute mentale e della sua comunicazione, sulla base della letteratura scientifica. Nella seconda parte, è invece presentata la ricerca condotta per questa tesi, che si è focalizzata sui social media in quanto: (a) l'utilizzo dei social per l'accesso a informazioni sanitarie e sulla salute mentale è un fenomeno recente e in espansione; (b) sebbene il numero di studi a riguardo sia limitato, la letteratura ha già individuato potenziali effetti sia positivi che negativi sui destinatari della comunicazione; (c) essendo utilizzati da un'ampia percentuale della popolazione, i social media rappresentano un potenziale strumento per la sensibilizzazione del vasto pubblico e per la promozione del benessere psicologico; (d) al contrario dei media tradizionali, i social media consentono la partecipazione dei pubblici alla comunicazione,

in una logica multidirezionale e *peer to peer*, dove anche i non esperti possono condividere esperienze e opinioni al fine di fornire supporto e consiglio ai pari.

La ricerca strumentale, suddivisa in una fase qualitativa e una fase quantitativa, mira ad approfondire le opportunità e le criticità del discorso sul benessere psicologico nei social: sebbene la diffusione della comunicazione sulla salute mentale dimostri il crescente interesse verso il tema, non si deve assumere a priori che l'impatto sia soltanto positivo. Si è voluto quindi, con questa tesi, contribuire a rilevare le posizioni di coloro che prendono parte alla comunicazione, per sviluppare una comprensione più approfondita degli effetti dei contenuti social sulla salute mentale.

Lo studio ha voluto esplorare le opinioni tanto dei mittenti dei messaggi quanto dei loro destinatari: la ricerca qualitativa ha indagato le opinioni di esperti, divulgatori e creator che pubblicano post relativi alla salute mentale; la ricerca quantitativa ha invece rilevato le percezioni degli utenti che fruiscono dei contenuti sul tema, concentrandosi soprattutto sui giovani della Generazione Z.

Grazie all'analisi dei risultati, si sono potuti delineare i rischi e i benefici della divulgazione della salute mentale sui social. Sulla base delle riflessioni emerse dalla ricerca, sono state poi elaborate delle linee guida che dovrebbero guidare i comunicatori e i fruitori dei contenuti sulla salute mentale.

Nel primo capitolo verrà presentato un quadro generale sulla salute mentale, definendo che cosa sia e i concetti chiave ad essa legati, come il disagio psicologico e il disturbo mentale; saranno chiariti i fattori di rischio e i fattori protettivi che contribuiscono al mantenimento o, viceversa, al deterioramento del benessere psicologico. Dopo aver spiegato come si sia evoluta la considerazione e la gestione della salute mentale nel corso della storia, si procederà a presentare una fotografia della situazione attuale in termini di prevalenza di disturbi mentali a livello globale, tenendo conto anche dell'impatto della pandemia. Il Capitolo 1 si concentrerà poi sul contesto nazionale, riportando dati sulla salute mentale degli italiani e spiegando quali risorse per il supporto psicologico siano disponibili sul territorio.

Il secondo capitolo sarà dedicato a spiegare un concetto fondamentale per il resto della tesi: lo stigma. Lo stigma sociale e quello interiorizzato hanno importanti conseguenze sulla vita di coloro che convivono con disturbi mentali e si fondano su stereotipi che i media contribuiscono a veicolare. È dunque necessario comprendere come e perché avvenga la stigmatizzazione e come possa essere contrastata: in particolare, verrà spiegato cosa si intende per "*self-disclosure*" e come essa giochi un ruolo rilevante nella decostruzione dello stigma.

Dal terzo capitolo in avanti, l'elaborato si focalizzerà sulla comunicazione. Nel Capitolo 3 verranno esposte teorie che spiegano in che modo i media influenzino la società (in particolare la teoria del *framing*, la teoria della coltivazione e la teoria del *social learning*). Verrà analizzato il modo in cui i

mezzi di comunicazione di massa trattano il tema della salute mentale, evidenziando stereotipi ricorrenti e problematiche associate.

Il Capitolo 4 sarà dedicato al Web 2.0, alla spiegazione dei tratti che lo caratterizzano e del cambiamento che esso ha comportato nel paradigma comunicativo. Si analizzeranno le opportunità create dal Web in ambito di salute mentale, esponendo il concetto di *e-mental health* e le nuove possibilità che essa racchiude sia nel sostegno concreto che nella comunicazione del benessere psicologico: si discuteranno, in particolare, le terapie digitali, le app di auto-aiuto e l'uso dell'Intelligenza Artificiale come supporto emotivo; per quanto riguarda la comunicazione, si analizzeranno le potenzialità dell'autonarrazione possibile nei nuovi media, presentando l'esempio dei blog.

Nel quinto capitolo si procederà ad esaminare la comunicazione nei *new media*, rivolgendo il focus ai social media. Saranno presentati i tratti distintivi delle piattaforme, i dati sul loro utilizzo e sulla loro diffusione. Si rifletterà poi sul ruolo dei social rispetto all'informazione sanitaria; in particolare, si tratterà della divulgazione della salute mentale sui social, cercando di comprendere quali benefici e quali rischi essa determini per gli utenti. Verranno inoltre identificati i player, i possibili pubblici e gli obiettivi della comunicazione.

Il sesto e settimo capitolo presentano rispettivamente i metodi, i partecipanti e i risultati della ricerca qualitativa e di quella quantitativa di cui sopra.

Nell'ottavo ed ultimo capitolo sarà infine esposto il prodotto della ricerca: un insieme di *best practices* proposte per guidare la comunicazione della salute mentale, limitandone gli effetti negativi e massimizzando quelli positivi.

## Capitolo 1 Una fotografia della salute mentale oggi: un elemento del benessere

La salute dell'individuo è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO o OMS) come uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o infermità”. Il benessere psicologico è dunque indispensabile per la salute globale della persona: la WHO afferma “*there is no health without mental health*” (WHO, s.d.). È per questo che questa viene considerata un diritto umano fondamentale.

L'OMS definisce il concetto di salute mentale:

La salute mentale è uno stato di benessere psicologico che consente di affrontare le situazioni stressanti della vita, realizzare il proprio potenziale, imparare e lavorare serenamente e contribuire alla propria comunità (WHO, 2022a).

Essa è dunque essenziale sia per l'individuo, poiché correlata alla salute globale della persona e alla qualità di vita, ma anche per la comunità ed il suo sviluppo socioeconomico.

Si possono distinguere due filoni di ricerca sulla salute mentale: nel primo, più classico, la salute mentale è intesa come “un eufemismo che, di fatto, fa riferimento alla malattia mentale” (MacDonald, 2006, citato nel *Glossario sulla promozione della salute mentale* della Regione Lombardia, 2010); nel secondo, ci si focalizza sul benessere della persona e non soltanto sulla risoluzione di una patologia, ad esempio nell'approccio della Psicologia Positiva. Ad oggi si tiene conto di entrambi i punti di vista in quanto possono considerarsi congiunti e sovrapposti nella promozione della salute mentale: strategie di promozione del benessere mentale possono prevenire l'insorgenza di disturbi e, viceversa, la prevenzione favorisce la salute mentale (Regione Lombardia, 2010). Per tale motivo, nel corso del presente elaborato si tratterà il tema della *mental health* secondo ambedue gli approcci, presentando dati e considerazioni sia sui disturbi mentali che sulla salute mentale in senso lato.

La salute mentale esiste lungo un *continuum* dove l'individuo può percepire diversi gradi di benessere – o malessere – psicologico. Possibili stati di malessere sono il disagio psicologico e il disturbo mentale, tra i quali è opportuno chiarire la distinzione.

Il disagio psicologico è uno stato temporaneo caratterizzato da sintomi emotivi, comportamentali e mentali che possono incidere sulla vita quotidiana di una persona. I sintomi possono variare di persona in persona, ma sensazioni di stanchezza, tristezza o disperazione tendono a prevalere. Assieme ad essi si manifestano segni fisici come disturbi del sonno, inappetenza, mancanza di energie, ecc. Ad innescare un disagio psicologico possono essere tanti fattori, che spaziano da componenti genetiche a periodi stressanti, lutti o eventi traumatici (GVM Care & Research, 2023).

Come afferma il Ministero della Salute (2019a) una quota di disagio è parte integrante di ogni esistenza”, è dunque normale trovarsi in situazioni di sofferenza, paura, ansia o preoccupazione. Il

disagio non diventa patologico fintanto che l'individuo torna di volta in volta ad una condizione di equilibrio. In caso contrario, quando la sofferenza è prolungata e accompagnata da alterazioni nel pensiero o nel comportamento e sintomi, si parla di disturbo mentale. Il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), citato dal Ministero della Salute (s.d.) spiega:

Il disturbo mentale è inteso come una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e altre attività significative.

Il disturbo mentale implica quindi una cronicizzazione del disagio psicologico; la distinzione tra disagio e disturbo e tra tratti della personalità e disturbo non ha confini netti, di conseguenza, la sottile linea divisoriana viene valutata sulla base della gravità dei sintomi, la loro durata e la loro incidenza sulla capacità di funzionare nella vita quotidiana (Manuale MSD, s.d.).

Si precisa che l'esistenza di un disturbo mentale non nega necessariamente il benessere psicologico della persona – anche se è possibile che l'individuo che convive con il disturbo percepisca livelli di benessere minori – e soprattutto che la salute mentale non è da considerarsi semplice assenza di disturbi (WHO, 2022a).

La salute mentale è influenzata da fattori di rischio e fattori protettivi, che possono minacciare o proteggere la resilienza individuale. Tali fattori possono cambiare nel corso della vita e sono particolarmente rilevanti nelle fasi delicate di questa, come l'infanzia; il loro impatto sulla psiche è inoltre soggettivo.

In Tabella 1.1 e Tabella 1.2 sono riportati esempi di fattori – rispettivamente – di rischio e protettivi, suddivisi in variabili individuali/interne e variabili ambientali/esterne rispetto all'individuo<sup>1</sup>.

Fattori di rischio individuali	Fattori di rischio ambientali
Basso livello di istruzione; malattie croniche; disturbi del sonno; stress e affaticamento; abuso di alcol o sostanze; dieta non equilibrata; esperienze di bullismo; abusi sessuali; violenze subite da parte del partner;	Circostanze socioeconomiche sfavorevoli (recessione, condizioni abitative e occupazionali, reddito basso o povertà, sovrappopolazione, livello di criminalità elevato); disuguaglianze sociali, di genere e dovute all'appartenenza a minoranze; condizioni geopolitiche e culturali (guerre, crisi umanitarie, migrazione forzata);

<sup>1</sup> Sulla base della suddivisione riportata da Venturi (2023).

<p>complicazioni prenatali o perinatali; genetica e storia familiare; esperienze traumatiche, abbandoni o conflitti durante l'infanzia.</p>	<p>emergenze sanitarie; difficile accesso a servizi e risorse primarie; variabili ambientali (inquinamento ambientale e acustico, disastri naturali, aumento delle temperature).</p>
---	--

Tabella 1.1. Fattori di rischio per la salute mentale, basati su WHO (2022b), Venturi (2023) e The European House - Ambrosetti e Angelini Pharma (2023).

Fattori protettivi individuali	Fattori protettivi ambientali
<p>Buona salute fisica e attività fisica; relazioni e supporto sociale; capacità di gestire le emozioni; istruzione di qualità; capacità di adattamento; buona autostima.</p>	<p>Condizioni socioeconomiche positive (sicurezza finanziaria, lavoro e reddito dignitosi); uguaglianza di genere e giustizia sociale; variabili ambientali (ad esempio spazio verde urbano, ore di luce); accesso a servizi e a infrastrutture funzionanti.</p>

Tabella 1.2. Fattori protettivi per la salute mentale, basati su WHO (2022b), Venturi (2023) e The European House - Ambrosetti e Angelini Pharma (2023).

Nell'impatto sul benessere psicologico, i fattori protettivi e di rischio si intersecano con quelli che nel rapporto *Headway* di The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma (2023) sono definiti come "fattori di risposta da parte del sistema", cioè le risorse a disposizione per il sostegno della salute mentale; questi dipendono dalla capacità della sanità e del settore *mental healthcare* di rispondere alle esigenze della popolazione e di assicurare l'accesso a cure e servizi, nonché dalle legislazioni e pratiche in atto nel Paese di riferimento. Secondo la WHO (2022a) tali pratiche "dovrebbero coinvolgere i settori dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dei trasporti, dell'ambiente, dell'edilizia abitativa e del welfare".

Nel *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*, WHO (2022b) dichiara:

Sono avvenuti diversi miglioramenti. L'interesse e la consapevolezza sulla salute mentale sono aumentati. Molti Paesi hanno stabilito, aggiornato e rafforzato le policy a riguardo. [...] Ma la più recente analisi condotta da WHO sulla performance dei Paesi ha dimostrato che il progresso procede a ritmo lento. La maggior parte del mondo continua ad occuparsi di salute mentale allo stesso modo. Il risultato? Le condizioni di salute mentale continuano a esercitare un peso importante sulla vita delle persone, mentre i sistemi e i servizi dedicati alla salute mentale rimangono scarsamente equipaggiati rispetto ai bisogni delle persone.

Secondo la World Health Organization, dunque, è necessario riconoscere la responsabilità dei diversi Stati nella promozione della salute mentale. I Paesi dovrebbero assicurare il benessere psicologico della popolazione agendo lungo tre direzioni (WHO, 2022a):

- 1) accrescere il valore dato alla salute mentale degli individui, così come incentivare l'impegno e gli investimenti da parte di tutti gli stakeholder;
- 2) ripensare gli ambienti della comunità (dalle scuole ai luoghi di lavoro) perché possano proteggere la salute mentale;
- 3) rafforzare il settore della cura della salute mentale affinché possa rispondere adeguatamente la domanda della comunità, con servizi accessibili e di qualità (WHO, 2022a).

### **1.1 La considerazione della salute mentale ieri e oggi**

Secondo Farreras (2019), "l'evoluzione [della considerazione pubblica e clinica] dei disturbi mentali non è stata lineare o progressiva, ma ciclica". Nel corso della storia si sono alternati, abbandonati e nuovamente sviluppati tre approcci relativi all'eziologia dei disturbi mentali:

- 1) modello soprannaturale, secondo cui la "malattia" mentale è il risultato di volontà divine;
- 2) approccio somatogeno, che equipara il disturbo mentale ad una malattia fisica, risultante ad esempio da danni cerebrali, genetica o altre patologie;
- 3) teorie psicogene, incentrate sulle cause psicologiche del disturbo.

Oggi, il modello dominante è quello bio-psicosociale, secondo il quale gli individui possono avere una predisposizione genetica allo sviluppo di disturbi mentali, ma è necessaria anche la presenza di fattori stressanti legati al contesto socioculturale. Lo psichiatra Massimo Cozza spiega:

Il disturbo mentale è bio-psico-sociale. Cioè determinato da più fattori: le problematiche di natura biologica, in particolare genetica e biochimica, si combinano con il percorso psicologico dell'individuo e con la componente sociale che ha una funzione fondamentale (Sgreccia, 26 settembre 2022).

Per gran parte della storia, il disturbo mentale è stato interpretato secondo il modello soprannaturale, ovvero come il risultato di punizioni divine, possessioni, gravitazioni degli astri, maledizioni o peccati. Le teorie soprannaturali, presenti fin dall'antichità, vennero messe in dubbio più volte, ad esempio già da Ippocrate, che sosteneva che i disturbi fossero causati da patologie del cervello (anticipando le teorie somatogene). Nel Medioevo, a causa del regresso scientifico, delle crisi sociali ed economiche dovute a carestie ed epidemie e al conseguente aumento del potere della Chiesa, il modello soprannaturale ritornò, restando in vigore per i secoli successivi. In tale contesto, il disturbo mentale veniva inteso come punizione divina o possessione, cui rimediare tra le mura domestiche con l'aiuto delle autorità parrocchiali, attraverso esorcismi e altri riti religiosi (Farreras, 2019).

Con l'Età moderna e il parziale superamento del paradigma soprannaturale, i soggetti con disturbi mentali vennero destinati alle carceri in quanto ritenuti una minaccia per la società o, nei casi migliori, vennero internati in manicomi privati o ospedali dove i pazienti vivevano in condizioni simili ai detenuti. I manicomi avevano quindi un ruolo di segregazione dei pazienti dal resto della società e di

protezione della comunità, in quanto i disturbi mentali erano intrinsecamente considerati fonte di pericolosità sociale.

Nel corso dell'Ottocento, cominciò a farsi strada l'idea di un trattamento umano e non più basato sulla tortura verso chi aveva malattie mentali; nonostante ciò, chi conviveva con un disturbo mentale rimaneva un individuo emarginato, allontanato dalla società e sottoposto a trattamenti che portavano all'annullamento fisico e psichico della persona come la lobotomia, l'idroterapia, la contenzione meccanica e l'elettroshock (Società Italiana Antropologia Medica, s.d.).

In Italia la gestione dei manicomi, già presenti sul territorio ma non organizzati in maniera omogenea nel Paese, venne regolata nel 1904 con l'approvazione della legge Giolitti, relativa alle "disposizioni sui manicomi e sugli alienati", il cui primo articolo stabiliva:

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

Si tratta di una legge che facilitò l'internamento, sfruttato successivamente come mezzo di repressione degli oppositori durante gli anni del fascismo: dal 1926 al 1941 gli internati passarono da 60mila a 96mila (Il Post, 13 maggio 2018). Per essere internato, il soggetto poteva essere segnalato da parenti, medici o Sindaci; di conseguenza, i manicomi ospitavano non solo persone che soffrivano di disturbi mentali, ma anche persone povere, alcolisti, anarchici, orfani, omosessuali, donne che non adempivano ai doveri coniugali e tutte le altre persone ritenute socialmente "devianti" o considerate improduttive: riportando le parole di Franco Basaglia "in una società basata sulla produttività [...] tutto ciò che non produce è malato" (Il Post, 11 marzo 2024). Il soggetto internato perdeva diritti civili e politici e veniva schedato nel casello giudiziario come "soggetto pericoloso" (Focus, 13 maggio 2022).

Negli anni '50, con l'avvento dei primi psicofarmaci, si cominciarono ad alzare i dubbi sulle cure attuate nei manicomi: l'opinione pubblica veniva mossa dalle prime inchieste giornalistiche sugli istituti manicomiali (Focus, 13 maggio 2022).

Fu Basaglia a dare inizio ad una vera riforma del sistema psichiatrico: egli comprese la necessità del malato di stabilire un rapporto umano con chi lo cura e il suo bisogno di reinserimento nella società, attuato dallo psichiatra ad esempio attraverso la costituzione di cooperative di lavoratori. A partire da questa rivoluzione si cominciò a restituire umanità e dignità a coloro che soffrivano di malattie mentali e a non considerarli soggetti da allontanare dalla comunità. Un inizio del cambiamento era già iniziato con la Legge Mariotti del 1968, che raccomandava la cura dei malati - e non solo la loro custodia - ed introduceva la possibilità di ricovero dei pazienti su base volontaria e con mantenimento dei diritti civili, nella speranza che questa modalità diventasse la prevalente. Nel 1978, con la Legge Basaglia, l'Italia diventò il primo Paese europeo a predisporre la chiusura dei manicomi e sancì la

fine della segregazione del malato psichiatrico; la legge n.180/1978 istituì i primi reparti psichiatrici negli ospedali, dove ospitare i pazienti durante le fasi acute della malattia mentale, case di supporto, centri diurni e ambulatori gestiti da professionisti. Inoltre, nella legge si ribadiva il principio del trattamento sanitario volontario e il rispetto dei diritti dei pazienti psichiatrici, cancellando la loro iscrizione al casellario giudiziario (Focus, 13 maggio 2022). La volontà di riforma e democratizzazione mossa da Basaglia e dai collaboratori, fu figlia di una crescente sensibilità nei confronti dei malati che si sviluppò nel corso degli anni Sessanta e Settanta: si faceva strada l'idea di un modello sociale e democratico di assistenza sanitaria. L'emblema di questo nuovo approccio fu la Dichiarazione Alma Ata del 1978, che si prefiggeva l'obiettivo di rendere accessibile a tutti l'assistenza sanitaria primaria nei 134 Paesi che presero parte alla Conferenza. È rilevante notare l'analogia tra la Dichiarazione che affermava che la salute è uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità" e la definizione data in precedenza di salute mentale come continuum – e non come assenza di disturbo mentale – data dalla World Health Organization (2022a).

Ancora oggi, la rivoluzione iniziata con Basaglia prosegue e resta attuale: ad esempio, la chiusura effettiva degli ospedali psichiatrici giudiziari è stata portata a termine nel 2017 (Il Post, 13 maggio 2018), ma la cura delle persone con disturbi mentali rappresenta ancora una sfida per diversi motivi, tra cui fattori economici, organizzativi, la carenza di personale e lo stigma, che, come si approfondirà nel Capitolo 2, è una barriera importante alla guarigione. Secondo lo psichiatra Peppe Dell'Acqua, collaboratore di Franco Basaglia, in Italia c'è stato un disinvestimento progressivo nelle politiche a sostegno dei malati, che "non ricevono ciò che di diritto gli spetterebbe", ossia i mezzi psicologici e sociali che consentono di condurre una vita dignitosa al pari degli altri cittadini (Nocelli, 12 maggio 2023).

Rispetto alla considerazione pubblica della salute mentale, il membro di WHO Mark van Ommeren afferma:

Storicamente, quando le persone parlavano di "salute mentale", di solito intendevano gravi malattie mentali. Oggi, "salute mentale" può significare anche condizioni comuni come ansia e depressione. In diversi luoghi, le persone intendono la salute mentale semplicemente come un aspetto della salute generale. La nostra consapevolezza sta cambiando e la salute mentale sta uscendo dall'ombra.

L'esperto nota come sempre più governi stiano promuovendo riflessioni e cambiamenti circa l'assistenza sanitaria per le malattie mentali e attribuisce questa crescita di consapevolezza a fattori, tra cui la [più consapevole] rappresentazione su media tradizionali e social media e la crescente ricerca clinica (Spector, 10 gennaio 2020).

## 1.2 La salute mentale in numeri

Stando ai due approcci presentati all'inizio del Capitolo, la salute mentale può essere valutata in termini di benessere psicologico e in termini di prevalenza di disturbi mentali che, nonostante non bastino a spiegare la salute mentale della popolazione, possono dimostrare quanto il tema sia diffuso ed assolutamente rilevante. Per quanto riguarda i livelli di benessere psicologico, sono particolarmente significativi i dati raccolti da Ipsos per il Gruppo AXA (2024a) nel *Mind Health Report 2024*, risultanti da un'indagine campionaria condotta su 16mila persone residenti in Europa, Asia e America. Come afferma David Lazzari (Catino, 27 marzo 2023), presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (Cnop), lo studio di AXA non si limita alla rilevazione della presenza di disturbi mentali – che da sola rischierebbe di banalizzare il tema poiché, come chiarito dall'OMS, l'assenza di disturbi non è sufficiente alla buona salute mentale. Il report compie invece un'indagine più articolata, distinguendo diversi livelli di benessere e malessere psicologico:

- 1) *Flourishing*: l'apice del benessere psicologico, sociale ed emotivo;
- 2) *Getting by*: l'individuo sperimenta livelli di benessere, ma sono attenuati e non sufficienti per raggiungere la soddisfazione completa;
- 3) *Languishing*: in assenza di benessere, in questa condizione rientrano coloro che non sono al massimo delle loro capacità, ad esempio per via di difficoltà a concentrarsi o di scarsa motivazione. Gli individui in questo stato corrono un rischio maggiore di sviluppare disturbi mentali;
- 4) *Struggling*: si tratta di una situazione di difficoltà o sofferenza, associate a disagio emotivo e compromissione psicosociale.

Come si vede in Figura 1.1 i livelli di benessere della popolazione hanno subito un decremento nell'ultimo anno, mentre sono aumentate le persone in una condizione di sofferenza.

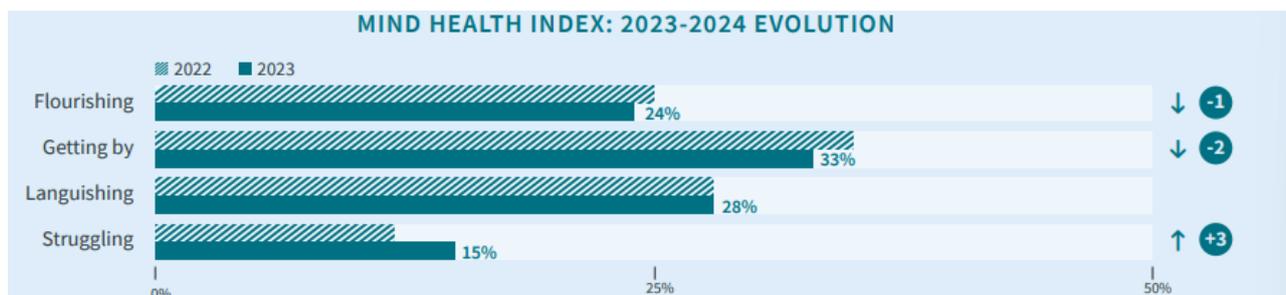


Figura 1.1. Evoluzione della salute mentale tra il 2022 e il 2023. Fonte: Gruppo AXA e Ipsos (2024a)

Patrick Cohen, CEO di AXA Europe and Health, spiega: “Per ogni tre persone in uno stato di completo benessere emotivo, ce ne sono due negli stati di *languishing* o *struggling*” (AXA e Ipsos, 2024a). È fondamentale, secondo Cohen, lavorare sulla *awareness* delle persone circa la salute secondo un approccio olistico, che tiene conto della salute mentale, poiché lo studio AXA suggerisce

che la gran parte delle persone non sono consapevoli dei propri stati di malessere e della loro necessità di aiuto, o non lo cercano per via dello stigma. Nel report si afferma che c'è una “disconnessione tra percepito e reale” in termini di benessere mentale, che viene generalmente sovrastimato: 7 persone su 10 con sintomi rilevanti di ansia, stress o depressione descrivono la loro salute mentale come “buona o nella media” (AXA e Ipsos, 2024a).

I livelli di benessere variano a seconda della zona geografica: i Paesi con il maggior numero di persone in uno stato di *flourishing* sono Svizzera, Stati Uniti, Cina e Messico, mentre quelli con più individui nella condizione di *struggling* sono Giappone, Regno Unito e Irlanda.

Secondo quanto rilevato da AXA, i problemi di salute mentale sono globalmente in crescita: nel 2023, il 32% della popolazione soffriva di “condizioni [negative] di salute mentale”, un dato in crescita di 5 punti percentuali rispetto al 2022. Nonostante ciò, la serietà delle condizioni relative alla salute mentale è spesso sottostimata sia dalle istituzioni che dalla comunità: il 40% delle persone con difficoltà relative alla salute mentale non cercano aiuto (AXA e Ipsos, 2024a).

### *Prevalenza di disturbi mentali a livello globale e in Europa*

I disturbi mentali sono condizioni comuni tra le persone di tutto il mondo: è stimato che una persona su tre sviluppi un disturbo lungo il corso della vita (Christensen et al., 2020). L'OMS riporta che una persona su otto soffre di problemi relativi alla salute mentale e il 71% di coloro che necessiterebbero cure non ricevono servizi e trattamenti adeguati.

Secondo il report *World Mental Health: Transforming Mental Health for All* (WHO, 2022b) nel 2019 circa 970 milioni di persone al mondo convivevano con disturbi mentali, di cui l'82% residenti in Paesi a medio-basso reddito, zone dove vive un maggior numero di persone. In media, tra il 10% e il 15% della popolazione ha un disturbo mentale; la percentuale è maggiore nelle zone ad alto reddito. Nel documento sono indicate tre variabili che concorrono a determinare differenze geografiche nella prevalenza di disturbi mentali:

- 1) in zone a basso reddito come l'Africa la prevalenza di disturbi è in percentuale minore poiché, in proporzione, ci sono più bambini rispetto ai Paesi ad alto/medio reddito - fascia di popolazione generalmente meno colpita da malattie mentali;
- 2) i conflitti e le guerre contribuiscono a maggiori tassi di disturbi mentali nella popolazione dell'area Mediorientale;
- 3) la cultura influisce sulle percentuali in termini di consapevolezza e apertura della popolazione e della ricerca, ma anche in quanto potrebbe contribuire alla sottostima o alla mancata segnalazione di disturbi mentali.

Dal 2000 al 2019, la percentuale di persone con disturbi mentali è cresciuta approssimativamente del 25%, ma tenendo conto che la popolazione è aumentata indicativamente della stessa percentuale, si può ritenere che la prevalenza di persone con un disturbo mentale sia rimasta perlopiù invariata (WHO, 2022a).

I disturbi diffusi in maggior misura a livello globale sono ansia e depressione, di cui nel 2019 soffrivano rispettivamente 301 milioni di persone - e 58 milioni di bambini e adolescenti - e 280 milioni di persone - tra cui 23 milioni di bambini o adolescenti (WHO, 2022c). Secondo i dati riferiti al 2023 indicati nel report AXA-Ipsos (2024a), le condizioni di salute mentale più diffuse sono le seguenti:

- depressione, di cui soffre circa il 17% della popolazione;
- ansia, fobie o sindrome da stress post-traumatico (PTSD), che colpiscono il 15% delle persone;
- disturbi del comportamento alimentare (DCA), tra cui anoressia, bulimia, *binge eating*, con cui convive il 5% della popolazione;
- disturbo ossessivo-compulsivo (4%);
- dipendenze da sostanze (2%).

Il rapporto *Headway - Mental Health Index 3.0* (The European House-Ambrosetti & Angelini Pharma, 2023), incentrato su Unione Europea e Regno Unito, riporta che in media un europeo su sei soffre di disturbi relativi alla salute mentale (15mila persone ogni 100mila), vale a dire circa 110 milioni di persone sul territorio. Il tasso di individui con disturbi mentali varia significativamente a seconda del Paese di riferimento, passando dal 5% in Finlandia al 20% in Portogallo e Croazia.

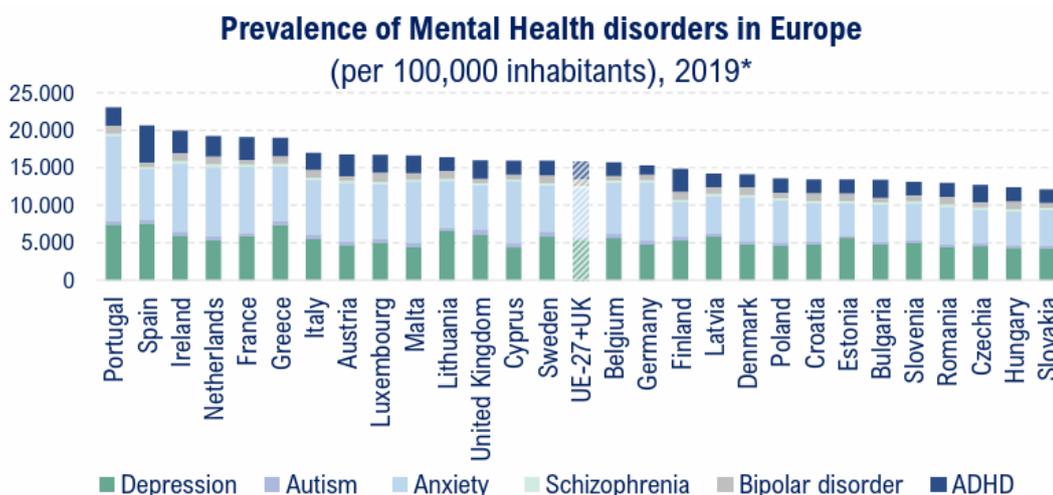


Figura 1.2. Prevalenza di disturbi mentali in Europa (The European House- Ambrosetti e Angelini Pharma, 2023)

### Salute mentale e genere

Nel *World Mental Health Report* (WHO, 2022b) si riporta che i disturbi ansiosi e depressivi sono il 50% più comuni nelle donne che negli uomini e - poiché questi sono i disturbi più diffusi - il totale

di donne che convivono con disturbi mentali (508 milioni) è superiore a quello degli uomini (463 milioni). In particolare, le giovani donne di età compresa tra i 16 e i 24 anni hanno una probabilità di insorgenza di un disturbo circa tre volte superiore (26%) rispetto ai coetanei uomini (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2023). Sebbene le cause del *gender gap* non siano definite, è sicuramente rilevante sia l’impatto di fattori biologici, come gli ormoni sessuali e l’anatomia del cervello, sia quello delle esperienze di vita tipiche, che sono culturalmente e socialmente diverse per uomini e donne: ad esempio, la salute mentale delle donne può risentire delle discriminazioni e disuguaglianze di genere (Riecher-Rössler, 2017). Le donne che hanno subito violenza sessuale o domestica, sono particolarmente soggette allo sviluppo di disturbi come depressione, ansia, stress post-traumatico e pensieri suicidari. Anche esperienze come la maternità possono avere effetti sulla psiche: il 10% delle madri sperimentano la depressione post-parto.

Mentre le donne sono più soggette alle patologie della salute mentale, gli uomini sono più inclini a sviluppare dipendenze da alcol e sostanze (WHO, 2022b).

### *Salute mentale ed età*

Al mondo, l’1% dei bambini tra i 5 e i 9 anni e il 14% di adolescenti fino a 19 anni convive con un disturbo mentale, tra cui deficit dell’attenzione, ansia, depressione (talvolta associati ad esperienze di bullismo) e disturbi del comportamento alimentare, particolarmente frequenti nelle giovani donne (WHO, 2022b). Nel continente europeo, un adolescente su sette convive con un disturbo mentale diagnosticato (Ministero della Salute, s.d.).

Lo studio AXA (2024a) conferma un deterioramento delle condizioni psicologiche dei giovani rispetto al resto della popolazione: il 39% di ragazzi tra i 18 e i 24 anni di età si trova in uno stato di *languishing* e la stessa percentuale convive con ansia, stress o depressione: vale a dire un dislivello di 16 punti rispetto al dato sul resto popolazione (23%). Nonostante l’impatto psicologico del Covid-19 sia stato sicuramente significativo, è da notare che la situazione di difficoltà dei giovani non è ancora migliorata a distanza di due anni dalla pandemia, a sostegno dell’ipotesi che il problema sussista a prescindere da questa.

Per quanto riguarda invece gli individui più anziani, circa il 13% degli over 70 convive con un disturbo mentale, perlopiù si tratta di ansia o depressione. La prevalenza di disturbi gravi come la schizofrenia tende invece a diminuire con l’età, anche per via della mortalità prematura: “le persone con gravi condizioni di salute mentale - tra cui la schizofrenia e il disturbo bipolare - muoiono in media tra 10 e 20 anni prima del resto della popolazione” (WHO, 2022a).

## Dati relativi al fenomeno del suicidio

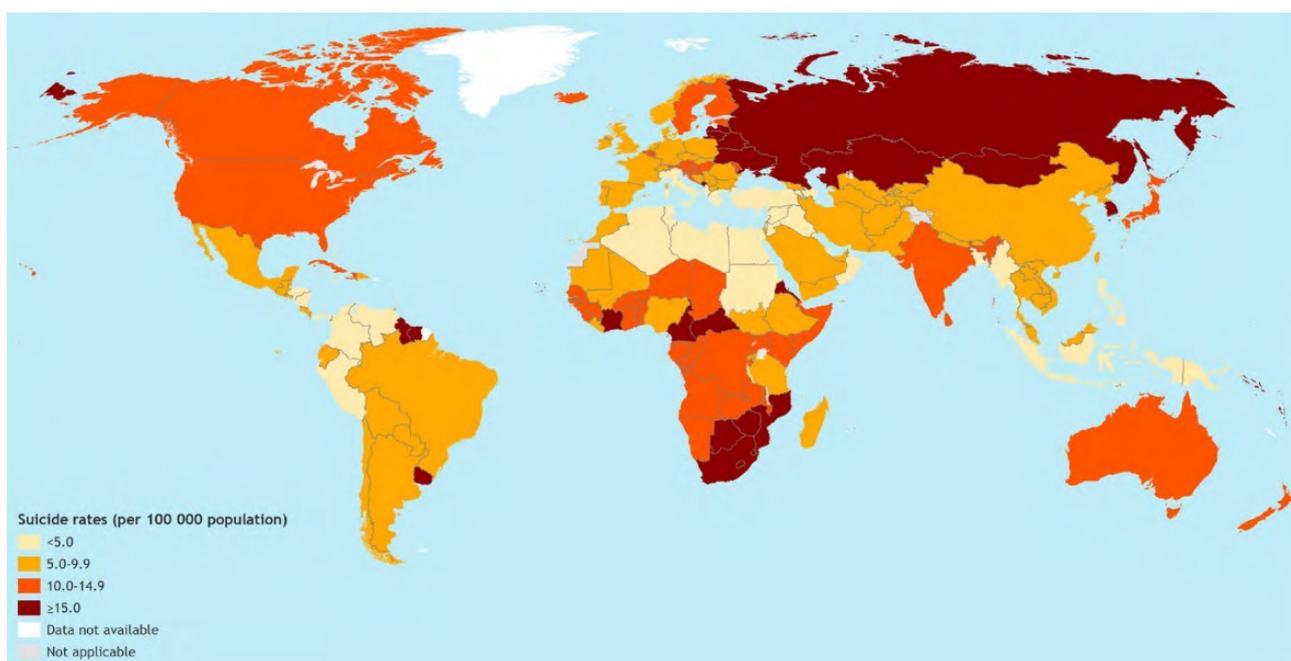


Figura 1.3. Tasso di suicidi nel mondo (WHO MSD, 2021).

Il suicidio è responsabile di uno ogni cento decessi al mondo, circa 703mila morti all'anno (WHO MSD, 2021). In genere, il suicidio è conseguenza dell'interazione di diversi fattori di rischio esterni – come disoccupazione, povertà, discriminazione – ed interni come dipendenze, malattie come AIDS, cancro e disturbi neurologici e disturbi mentali. Tra questi fattori di rischio, la depressione è il più comune e significativo in quanto è associata a 9 su 10 casi di suicidio (Commissione Europea, 2024). Come per i disturbi mentali, la gran parte dei suicidi è rilevata in Paesi a reddito medio-basso (77%), ma in quelli ad alto reddito il tasso di suicidi è maggiore (WHO MSD, 2021)<sup>2</sup>. Anche per il suicidio il genere è una variabile assolutamente rilevante: sebbene i tentativi siano più numerosi tra le persone di genere femminile, il doppio degli uomini muore per suicidio rispetto alle donne (WHO, 2022b). Secondo il report *Suicide Worldwide in 2019* (WHO MSD, 2021), il suicidio è la quarta causa di morte al mondo per i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, dopo gli incidenti stradali, la tubercolosi e la violenza interpersonale. In Unione Europea, tuttavia, il suicidio è la prima causa di morte per la fascia d'età indicata, responsabile di una morte su cinque; per la popolazione generale, invece, la proporzione si abbassa ad un suicidio ogni 100 decessi (Commissione Europea, 2024). Nel rapporto *Headway - Mental Health Index 2.0* (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2022) si riporta che nel 2019, il tasso di suicidio medio riferito a UE e UK era di 9.6 casi ogni 100mila persone. I tassi di suicidio variano ampiamente a seconda della Nazione: livelli

<sup>2</sup> Nei Paesi a reddito medio-basso il numero di abitanti è più elevato, di conseguenza crescono i casi di suicidio in numero assoluto. Nei Paesi a reddito alto, tuttavia, il tasso è maggiore perché i casi di suicidio ogni 100 mila abitanti sono più frequenti.

particolarmente alti si rilevano in Lituania (20.2) e Latvia (16.1), mentre l'Italia (4.3) si posiziona al di sotto della media europea (9.6).

Oltre alla zona geografica, il genere e l'età, nei report *Headway* e *Mind Health report* sono indicati ulteriori fattori che si sono dimostrati impattanti sulla salute mentale (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2023; AXA e Ipsos, 2024a):

- basso reddito e povertà sono legati ad una maggior incidenza di disturbi mentali;
- il lavoro impatta sulla salute mentale di quasi un lavoratore su due (48%), tre persone su quattro sperimentano a causa del lavoro disagi come stanchezza, difficoltà a dormire, stress e ansia, perdita di interesse per attività quotidiane, perdita di self-confidence;
- l'istruzione contribuisce allo sviluppo di consapevolezza sulla salute mentale – incoraggiando la ricerca tempestiva di aiuto – e permette generalmente di accedere a posizioni lavorative in condizioni migliori e meno stressanti;
- il livello di criminalità incide sulla prevalenza di disturbi mentali nella popolazione in quanto fattore di rischio esterno. Da un lato, le vittime di crimini sono spesso soggette a stress psicologico e disturbi, tra cui ansia, depressione, PTSD; dall'altro lato, la sovrappopolazione nelle carceri ha un impatto fortemente negativo sulla salute mentale dei detenuti. Il tasso di suicidio nelle carceri dell'UE è quasi 10 volte superiore alla media della popolazione (97.0 casi ogni 100mila detenuti);
- lo stigma e la discriminazione rivolti ad alcune minoranze, tra cui la comunità LBGTQ+, incrementano la probabilità di sviluppare condizioni di sofferenza o disturbi mentali.

Una dimensione che si è dimostrata rilevante negli ultimi anni, infine, è la policrisi politica, sociale, economica ed ambientale. Il cambiamento climatico ed il numero crescente di disastri naturali causano negli individui maggiore ansia e stress acuto come nel disturbo da stress post-traumatico. Negli ultimi anni si è diffuso il neologismo “ecoansia”, definito come:

la profonda sensazione di disagio e di paura che si prova al pensiero ricorrente di possibili disastri legati al riscaldamento globale e ai suoi effetti ambientali [...] alla quale sono associati alcuni sintomi che includono attacchi di panico, insonnia e pensieri ossessivi (Vocabolario Treccani, s.d.-a).

Il rapporto *Headway* parla dell'ecoansia come “disturbo da stress pre-traumatico”, ossia legato ad eventi non ancora successi (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2023).

### 1.3 L'impatto del Covid-19

Come anticipato, circostanze ambientali sfavorevoli costituiscono un fattore di rischio per il deterioramento della salute mentale e l'insorgenza di disturbi; la rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 tra il 2019 e il 2020 ha sottoposto governi e comunità ad una crisi sanitaria, che ha colpito l'economia e la società. Nel corso della pandemia globale, alla quale molti governi si sono trovati impreparati e senza le risorse necessarie, isolamento e distanziamento sociale hanno assunto un ruolo fondamentale nel contrasto della trasmissione del virus. Tuttavia, misure come lockdown, quarantena, chiusura delle aziende e restrizione alla mobilità personale hanno creato condizioni in cui molti individui sono stati privati della propria routine e delle fonti di supporto psicosociale: con tali presupposti, secondo diversi studi e dati empirici, il benessere psicologico della comunità è stato messo in discussione.

Stando ai dati riportati nel documento *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic* (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021), la pandemia ha comportato un aumento dei disturbi d'ansia e depressione, per i quali in un anno si è stimato un aumento rispettivamente del 25.6% e 27.6% (dato riferito alla depressione maggiore), vale a dire circa 76 milioni e 53 milioni di casi in più rispetto alla situazione pre-Covid. L'aumento dei suddetti disturbi è associato sia ai tassi d'infezione da Covid-19 che alla riduzione della mobilità individuale, due indicatori che comprendono gli effetti della diffusione del virus, dei lockdown, delle disposizioni di isolamento, della riduzione di interazioni sociali, della chiusura di scuole e luoghi di lavoro e di altri fattori.

Nel report *Headway - Mental Health Index 2.0* (The European House - Ambrosetti e Angelini Pharma, 2022) sono indicate le 4 dinamiche principali legate alla pandemia che hanno impattato sulla salute mentale della popolazione:

- 1) timori legati alla salute;
- 2) conseguenze psicologiche dirette ed immediate della pandemia;
- 3) insufficiente supporto alla salute mentale;
- 4) effetti economici a lungo termine: recessione, povertà, disoccupazione, disuguaglianze.

Hossain et al. (2020) parlano infatti di una "epidemia psichiatrica" concomitante rispetto alla pandemia di Covid, che ha incrementato non solo i livelli di ansia e depressione ma anche di stress, panico, disturbi del sonno, PTSD e comportamenti suicidari. Nello studio si attribuisce un ruolo rilevante dell'impatto psicologico anche a mass media e social media, in quanto l'esposizione alle notizie relative al Covid-19 è stata associata ad esiti avversi sulla salute mentale in termini di ansia e depressione.

I maggiori cambiamenti sono stati rilevati sui giovani, “a dimostrazione del probabile effetto della chiusura delle scuole e delle restrizioni sociali” (WHO, 2022b). Antonella Costantino, neuropsichiatra ed ex presidentessa della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza), ha dichiarato che la richiesta di interventi per la salute mentale degli adolescenti, già in crescita da anni, ha subito un’impennata con la pandemia (Invernizzi, 16 gennaio 2022):

Abbiamo visto ansia e depressione generalizzata, e un aumento nettissimo degli autolesionismi di tutti i tipi, disturbi dell’alimentazione, aggressività. La situazione è peggiorata in generale: ragazzi e ragazze arrivano da noi più tardi, con sintomi difficili da gestire. Sono mancate molte delle risorse sociali e aggregative che di solito aiutano a intercettare questo disagio. La fascia d’età dell’adolescenza è stata molto trascurata negli ultimi due anni [riferito al periodo 2020-2022].

Il gender gap nella salute mentale, trattato nel paragrafo precedente, sussiste anche per quanto riguarda gli effetti psicologici del Covid: per le donne si stima un aumento di casi di depressione e ansia due volte maggiore rispetto agli uomini (IHME, s.d.). Le possibili ragioni che spiegano tale differenza sono diverse:

- le donne hanno sperimentato tassi maggiori di perdita del lavoro nel corso della pandemia;
- è stato rilevato un aumento dei casi di violenza domestica nel corso dei lockdown;
- è ipotizzato che le donne abbiano avuto un maggior aumento delle responsabilità familiari, ad esempio dovute alla chiusura delle scuole dei figli o alla malattia di altri membri della famiglia.

Oltre all’effetto sulla popolazione generica, è stato evidenziato il particolare impatto della pandemia su specifiche alcune fasce della popolazione:

- gli operatori sanitari ed il personale medico sono stati notevolmente colpiti dalla pandemia, a causa della maggior esposizione al rischio di infezione (e la conseguente maggior frequenza di misure di isolamento), degli orari e ritmi di lavoro più intensi e frustranti e per via del carico emotivo legato al loro ruolo durante la crisi sanitaria (The European House - Ambrosetti e Angelini Pharma, 2022). Diversi studi suggeriscono che tali condizioni abbiano determinato effetti negativi come stress post-traumatico, burnout, *distress*, sintomi di ansia e depressione (Alhoury et al, 2023; Vita et al., 2023; Huang et al., 2024). In particolare, i più colpiti sono stati gli infermieri, in quanto molto esposti al contatto con i pazienti, quindi a maggior rischio di contagio e di assistere a complicazioni e morte (Vita et al., 2023);
- gli anziani sono stati più soggetti alle complicazioni della malattia da SARS-CoV-2, hanno riscontrato più difficoltà nell’accesso alle cure di routine e hanno vissuto situazioni di isolamento maggiore per via della difficile o mancata adozione delle nuove tecnologie, che hanno invece sostenuto le altre generazioni nel mantenimento di legami sociali e lavorativi (The European House - Ambrosetti e Angelini Pharma, 2022);

- tra le persone con disabilità si è riscontrata una crescita di ansia e stress dovuta all'aumento delle disuguaglianze preesistenti nell'accesso ad assistenza sanitaria e al cambiamento delle routine causato anche dal reindirizzamento del personale sanitario verso strutture e reparti dedicati alla risposta alla pandemia (Mitra e Turk, 2021; Goyal et al, 2023);
- gli individui con problemi di salute fisica, come diabete, malattie cerebrovascolari, malattie cardiache e altre condizioni croniche sono state più soggetti ai sintomi di ansia e depressione (Hossain et al., 2020);
- coloro che avevano esperienze pregresse di ansia e *distress*, hanno avuto un rischio maggiore di un aumento di tali episodi o di sviluppare una “condizione di salute mentale” e individui con disturbi mentali preesistenti sono stati più esposti a peggioramenti, anche per via dell'inaccessibilità ai servizi di *mental health* (ONU, 2020; WHO, 2022b);
- Secondo la review condotta da Hossain e coautori (2020), i pazienti infetti dal virus SARS-CoV-2 sono stati più soggetti ad ansia, depressione, disturbi del sonno e stress post-traumatico, specialmente nel caso in cui fossero già affetti da disturbi mentali.

I livelli maggiori di deterioramento della salute mentale e di aumento della prevalenza di disturbi sono stati registrati nelle aree più colpite dalla pandemia (WHO, 2022b). Lo studio *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic* (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021) presenta graficamente i cambiamenti nella prevalenza di ansia (Figura 1.4) e depressione maggiore (Figura 1.5).

Le aree dove si è rilevato un maggiore aumento della prevalenza di ansia e depressione sono Medioriente, America Centrale e America Latina, Sudafrica e Asia meridionale; tuttavia, la qualità e la disponibilità di dati non è omogenea tra i diversi Paesi.

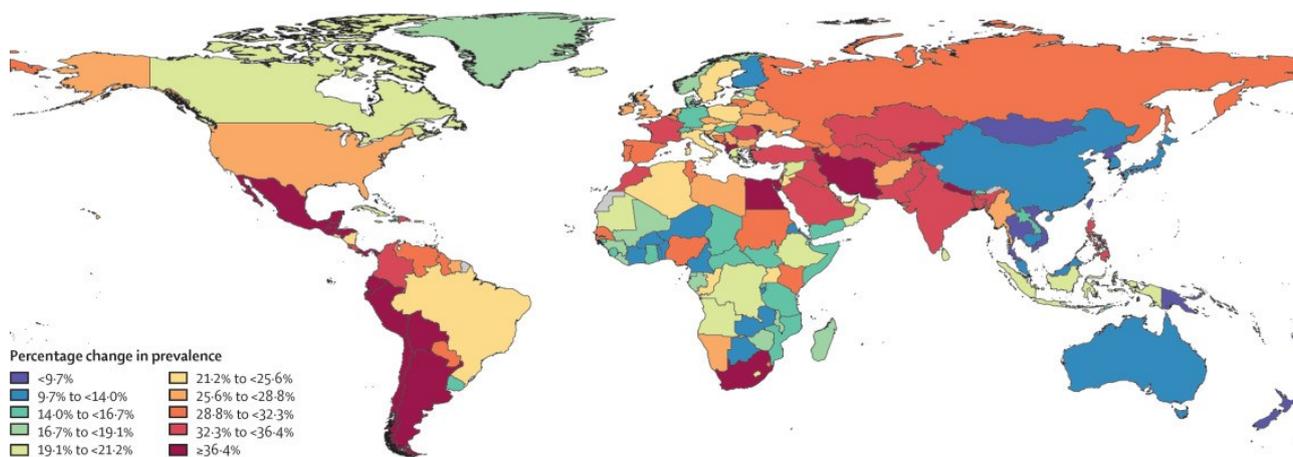


Figura 1.4. Cambiamenti nella prevalenza di ansia durante e dopo la pandemia di Covid-19 (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

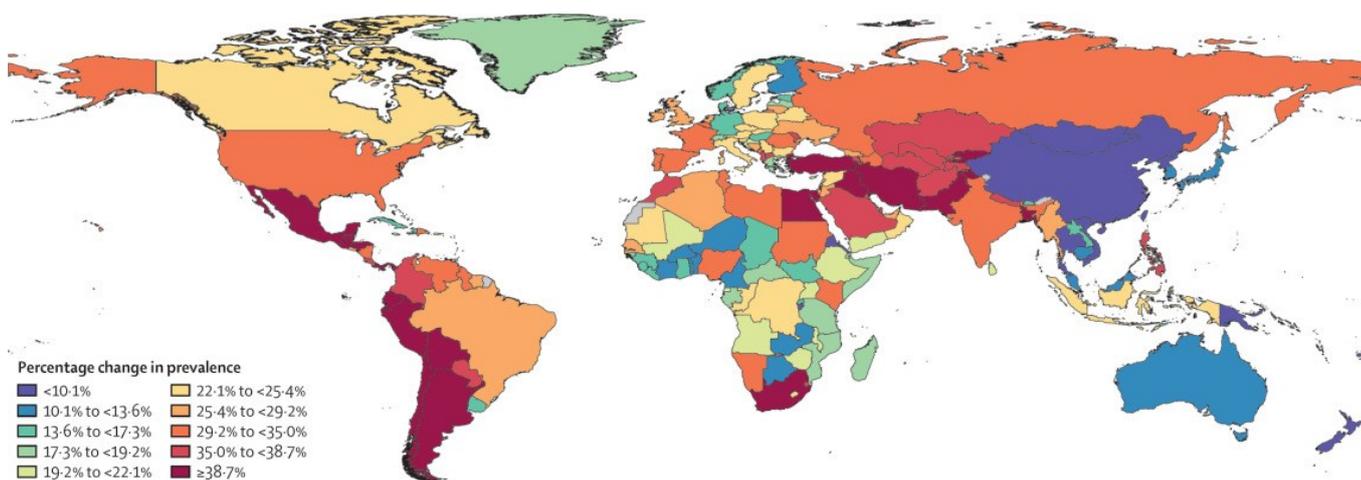


Figura 1.5. Cambiamenti nella prevalenza di depressione maggiore durante e dopo la pandemia di Covid-19 (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

Dai risultati del sondaggio condotto su cittadini europei da YouGov (2020) risulta che in media una persona su due (56%) ritiene la pandemia abbia determinato effetti negativi sulla propria salute mentale.

Consapevole degli effetti psicologici della pandemia da Covid-19, a giugno 2023 la Commissione Europea ha adottato i principi fondamentali stabiliti nella *Comunicazione sull'approccio globale alla salute mentale*, dove si propone un nuovo approccio strategico al tema, supportato da uno stanziamento di 1,23 miliardi di euro allocati tra 20 diverse iniziative dedicate a promozione, prevenzione, intervento precoce, contrasto dello stigma e inclusione sociale degli individui che convivono con malattie mentali (Commissione Europea, s.d.). La Commissione cita il potenziale degli strumenti digitali per l'informazione, per il supporto tra pari e per i servizi di terapia, specialmente per i giovani e per coloro che non hanno accesso alle dovute cure. La Comunicazione specifica che lo stigma e la discriminazione vanno combattuti "investendo nel miglioramento della consapevolezza e comprensione circa la salute mentale", invitando gli Stati membri a sviluppare campagne di comunicazione con l'obiettivo di aumentare l'*awareness* (Commissione Europea, 2023).

#### 1.4 La salute mentale in Italia: dati, risorse e percezioni

Nel 2019, in Italia, oltre 15mila persone ogni 100mila convivevano con un disturbo mentale – dato in linea con la media europea (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2023) – per un totale di circa 4 milioni di persone (Sgreccia, 26 settembre 2022). I dati AXA (2024b) affermano che nel 2023 il 28% degli italiani ha sofferto di una forma di disturbo mentale, meno della media europea, ma 6 punti in più rispetto al 2022. Il disturbo più diffuso è l'ansia (14%), seguito dalla depressione (12%).

Come nel resto del mondo, anche in Italia le donne sono più soggette ai disturbi mentali, in particolare convivono con depressione il 9,1% delle donne di età superiore a 15 anni, contro il 4,8% degli uomini

(Istat, 2018). Anche le determinanti che concorrono all'insorgenza di disturbi depressivi variano a seconda del genere: la condizione occupazionale ed il reddito impattano in maniera più rilevante sugli uomini, mentre la solitudine percepita ha maggiore effetto sulle donne (Alleva, 2017).

Oltre alla prevalenza di disturbi, in generale le donne percepiscono livelli minori di benessere psicologico: il gap relativo all'indice di salute mentale tra donne e uomini è in aumento (4,3 punti nel 2023 contro 3,7 nel 2019) e presente in tutte le fasce d'età, specialmente tra i giovani e gli anziani dove raggiunge i 7 punti (Istat, 2024). David Lazzari, presidente CNOP, spiega:

Le donne sono più colpite perché tendono a dover gestire più cose insieme, tra famiglia e lavoro. Poi si è sempre visto che a differenza degli uomini, le donne sono più portate all'introspezione e alla riflessione. Questo crea un livello di consapevolezza maggiore [tuttavia] c'è stato un grande avvicinamento [degli uomini alla psicologia]. Fino a venti, trent'anni fa, l'80% di pazienti e psicologi erano donne. Oggi si equivalgono quasi a pari merito. Quindi da un certo punto di vista da parte degli uomini c'è stata una presa di consapevolezza (Catino, 27 marzo 2023).

Nonostante le persone di genere femminile siano più soggette a sofferenza psicologica e disturbi, anche in Italia – come nel mondo – il tasso di suicidi è più elevato tra gli uomini. In media, in Italia muoiono 4000 persone all'anno per suicidio (ISS, s.d.-a), vale a dire un tasso di 4,3 casi ogni 100mila residenti (The European House-Ambrosetti e Angelini Pharma, 2022). Negli uomini italiani, il tasso di suicidi è quattro volte superiore rispetto alle donne: secondo i dati Istat riferiti al 2016, il 78,8% dei suicidi avviene tra gli uomini (si veda ISS, s.d.-a). Dati relativi al 2019, riportano i seguenti tassi standardizzati per età: 2,1 per le donne e 6,7 per gli uomini (WHO MSD, 2021). Inoltre, i tassi di suicidio sono più elevati nel Nord-Est del Paese (ISS, s.d.-a).

Per quanto riguarda la salute mentale in senso lato, il *Rapporto sul benessere equo e sostenibile* di Istat (2024) rileva un punteggio di 68,7 per l'indice di salute mentale standardizzato per età relativo al 2023 – 69,0 nel 2022 e 68,4 nel 2019. Secondo le rilevazioni, l'indice di salute mentale si differenzia sul territorio: il Nord-est è l'area dove si riscontrano i livelli più elevati di benessere psicologico (69,9), seguito dalle Isole, il Centro e il Nord-ovest. Il Sud, invece, non solo presenta livelli minori di salute mentale, ma l'indice è in calo rispetto alle rilevazioni precedenti del 2022 e 2019.

AXA (2024c) riporta i livelli di benessere/malessere in Italia: il 12% degli italiani è in uno stato di difficoltà (*struggling*), il 33% nello stadio di *languishing* (ossia in assenza di benessere), il 37% stanno bene ma non completamente (*getting by*) e soltanto il 18% dichiara di essere in uno stato di benessere emotivo completo. Il livello di *flourishing* italiano, assieme a quello del Giappone, è all'ultimo posto tra i 16 Paesi inclusi nello studio. Secondo AXA (2024b), tra gli italiani c'è un problema sostanziale di consapevolezza: sebbene l'88% degli intervistati italiani dichiara una condizione di salute mentale buona o media, è stato rilevato che il 26% dei rispondenti manifesta

sintomi riconducibili a depressione, ansia o stress in forma grave o molto grave. Tale mancanza di consapevolezza si ripercuote sulle scelte di cura e trattamento: un terzo degli intervistati sospettati di soffrire di ansia, depressione o stress non ha visto un medico nel corso del 2023 e il 44% degli intervistati auto-gestisce i disturbi relativi alla salute mentale, più della media globale (40%). Nonostante questo, il rapporto tra lavoro e salute mentale è rilevante per un italiano su due: il 50% degli intervistati (e il 71% degli italiani tra 18 e 24 anni) dichiarano che il supporto alla salute mentale offerto dall'azienda influenza la scelta di rimanervi.

Come nel resto del mondo, il trend del peggioramento della salute mentale dei giovani è presente anche in territorio italiano (Alleva, 2017): rispetto al 2000 e al 2005, a fronte di livelli maggiori di benessere fisico (indice definito sulla base della salute fisica, l'attività fisica, il dolore fisico e la salute in generale), si riscontra un abbassamento dei livelli di benessere psicologico (che tiene conto della vitalità come dimensione contraria al *distress*, le attività sociali, lo stato emotivo e la salute mentale).

Dai risultati del sondaggio condotto da YouGov (2020) risulta che il 62% degli italiani ritiene che la pandemia abbia causato effetti negativi sul loro stato di salute mentale. Il 58,7% degli psicologi italiani intervistati nello studio di Cerasa et al. (2022) afferma infatti di aver avuto un aumento significativo di nuovi utenti dei loro servizi e molti hanno dichiarato di aver usufruito della rete per proseguire le terapie online durante la pandemia. I professionisti hanno riportato che, durante la pandemia, i pazienti hanno sperimentato nuovi sintomi relativi all'ansia, all'umore, al sonno e allo stress o hanno subito ricadute in sintomatologie che sembravano risolte.

L'indagine *Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della pandemia* – condotta da Spi-Cgil, Rete degli Studenti Medi e UDU (2022) su 30mila studenti – ha rilevato che la pandemia ha avuto effetti negativi sull'88,2% di studenti universitari e delle scuole superiori. È tra gli universitari che si è osservato un particolare aumento di ansia, solitudine e paura. Il 90% dei partecipanti considera utile la presenza del supporto psicologico a scuola, che nel 2020 era stato introdotto dal Ministero dell'Istruzione nel 70% degli istituti. La misura, tuttavia, non è stata rinnovata, e – sebbene manchino dati ufficiali – gli insider degli Ordini degli psicologi sul territorio italiano stimano che il numero sia sceso da oltre 5500 a 2500-3000 (Sisti, 20 marzo 2022).

Secondo il presidente CNOP David Lazzari, la pandemia ha amplificato il disagio già presente in Italia e ha spinto ad una presa di consapevolezza nei confronti della salute mentale (Catino, 27 marzo 2023), afferma infatti che “il rapporto degli italiani con la propria psiche sta cambiando”: secondo l'indagine Piepoli condotta per il CNOP nel 2023, 9 persone su 10 considerano i problemi psicologici parte della vita, da affrontare senza vergogna e affermano che “l'assistenza psicologica è un diritto pubblico e deve essere accessibile a tutti” (Lazzari, 15 maggio 2023). Anche Felice Torricelli, presidente dell'ENPAP, sostiene che i cittadini italiani stanno acquisendo consapevolezza verso la

necessità di prendersi cura di sé e della propria salute mentale, ma le istituzioni non tengono il passo con questa evoluzione (Mancini e Cigna, 25 febbraio 2024). Lazzari spiega:

[...] molti risultati sono stati raggiunti in questi ultimi anni, mai tanti provvedimenti sui temi psicologici, mai tanta attenzione, siamo riusciti ad entrare nell'agenda della politica [...] Ma la distanza tra la sensibilità ed i bisogni dei cittadini e la realtà dei servizi pubblici del nostro Paese in materia di Psicologia c'è ed è eccessiva. Nel privato le cose stanno cambiando in fretta e penso al mondo del lavoro, alle imprese che stanno capendo l'importanza del benessere psicologico per l'azienda oltre che per i dipendenti, ma la pubblica amministrazione e la piccola impresa privata restano indietro (Quotidiano Sanità, 21 giugno 2023).

Nonostante circa 4 milioni di italiani convivano con disturbi psichici, sono meno di 800mila coloro che si sono rivolti alla sanità pubblica per trattare il disagio nel 2022: i grafici in Figura 1.6 e Figura 1.7, basati sui dati dei Rapporti sulla salute mentale pubblicati tra il 2015 e il 2022 dal Ministero della Salute, riportano i dati sull'utenza dei servizi pubblici di salute mentale e sulle relative prestazioni erogate dallo Stato attraverso i DSM<sup>3</sup>.

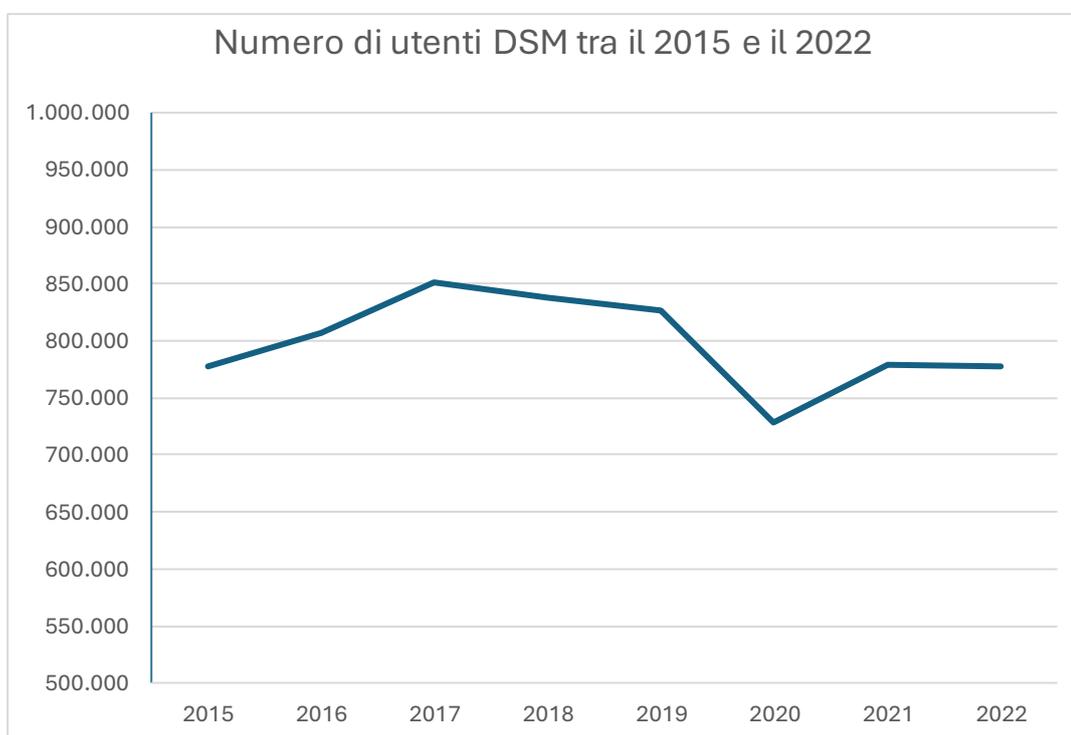


Figura 1.6. Grafico basato sui dati dei Rapporti sulla Salute Mentale (Ministero della Salute)

<sup>3</sup> I DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) raggruppano l'insieme di strutture e servizi pubblici deputati all'assistenza, alla cura e alla tutela della salute mentale entro i territori dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Tra questi rientrano: Centri di Salute Mentale (diurni), strutture residenziali e semiresidenziali, servizi di Day Hospital e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che si occupano di ricoveri volontari e TSO.

[https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=Il%20Dipartimento%20di%20salute%20mentale,Azienda%20sanitaria%20locale%20\(ASL\)](https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=Il%20Dipartimento%20di%20salute%20mentale,Azienda%20sanitaria%20locale%20(ASL))

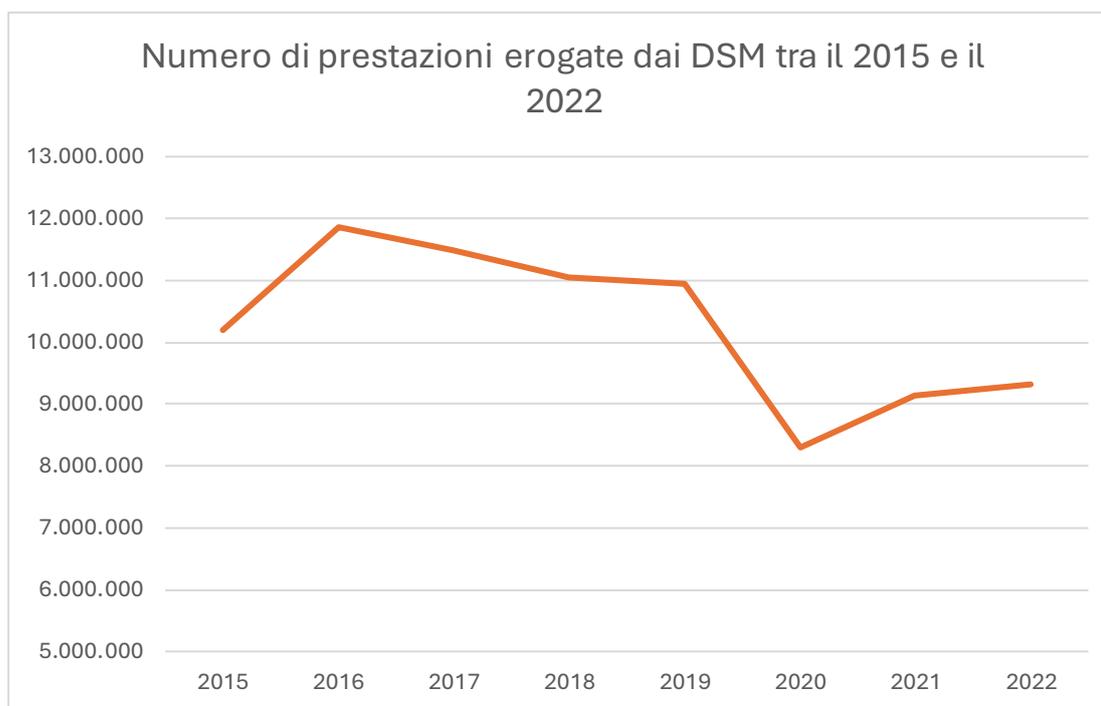


Figura 1.7. Grafico basato sui dati dai Rapporti sulla Salute Mentale (Ministero della Salute)

Come si evince dai grafici, l'utenza dei servizi pubblici per la salute mentale non è cambiata in maniera rilevante nel corso degli ultimi anni.

Nella sanità pubblica sono impiegati soltanto il 5% degli psicologi italiani (ossia circa 5mila), per via del sottofinanziamento del settore, dei bassi salari e della precarietà sul lavoro. Secondo Torricelli – presidente dell'ENPAP (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per gli psicologi) “nel servizio pubblico un percorso di tipo psicologico è pressoché impossibile” (Mancini e Cigna, 25 febbraio 2024). Nel 2022, infatti, solo il 6,5% delle prestazioni dei DSM erano relative alla psicoterapia (Ministero della Salute, 2022); la gran parte dei servizi è gestita da psichiatri e infermieri, con approccio prevalentemente farmacologico (Da Rold, 16 gennaio 2023).

Stando alle parole di Lazzari, a differenza di altri Paesi Occidentali, in Italia il settore pubblico si incarica dell'individuo quando insorge il disturbo mentale effettivo, mentre non si interviene nella prevenzione e nell'intervento precoce. Oltre alla scarsità di risorse umane, importanti limiti all'accessibilità del servizio pubblico per la salute mentale consistono nelle liste d'attesa e nell'iter burocratico: per accedere al DSM è necessario essere in possesso dell'impegnativa del medico di base, che copre fino ad un massimo di otto incontri, necessitando poi il rinnovo. A causa della mancanza di personale e delle liste d'attesa, il personale dei DSM è generalmente incentivato a proporre percorsi finalizzati alla risoluzione del problema nel minor tempo possibile, che tuttavia non sempre è abbastanza.

Le persone sono quindi generalmente portate a risolvere in autonomia i propri problemi o a rivolgersi al settore privato. Nonostante la spesa dei servizi privati sia significativa – dai 50 ai 120 euro a seduta, per un massimo di circa 600 euro al mese – e per questo un italiano su dieci rinunci allo psicologo

(Lazzari, 15 maggio 2023), i trend di mercato dei servizi psicologici segue coerentemente la presa di consapevolezza sulla salute mentale.

L'espansione del mercato della psicologia non è dovuta solamente al Covid: i dati ENPAP sul numero di psicologi iscritti (che lavorano quindi come liberi professionisti) e sul volume di affari dimostrano che il settore è in crescita da oltre vent'anni (si vedano Figura 1.8 e Figura 1.9).

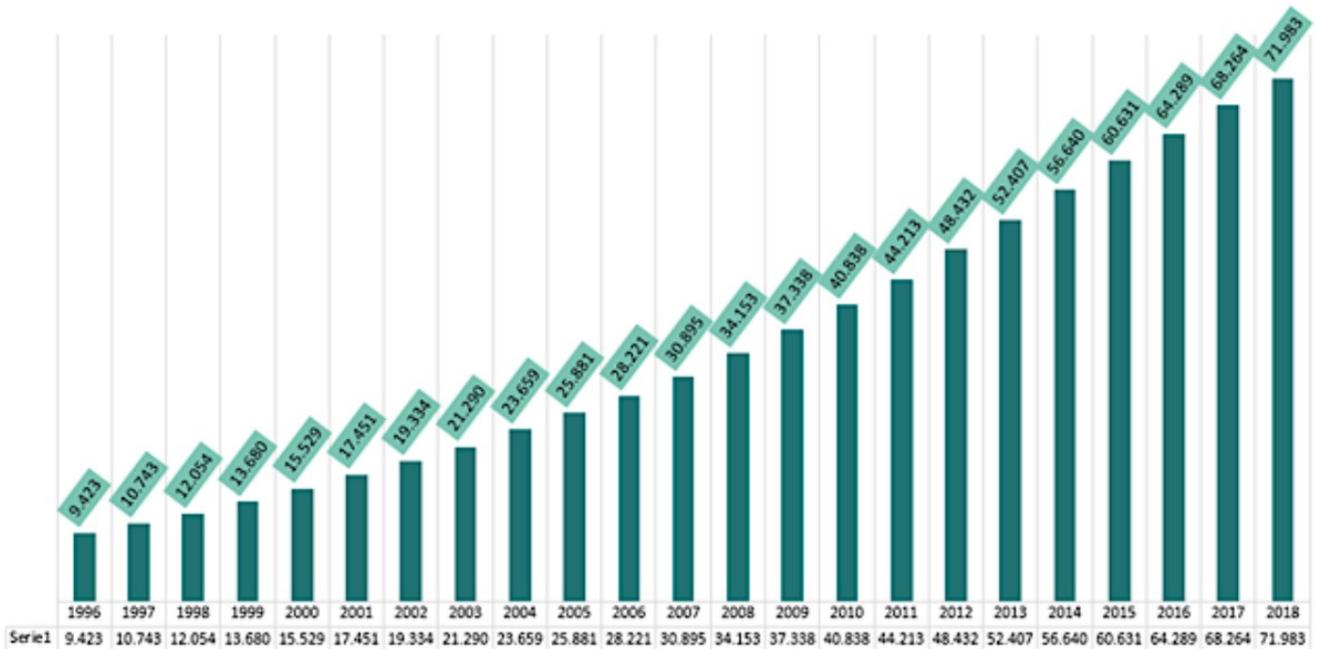


Figura 1.8. Serie storica 1996-2018 iscritti ENPAP al lordo delle cessazioni per cancellazione o morte (ENPAP, 2019)

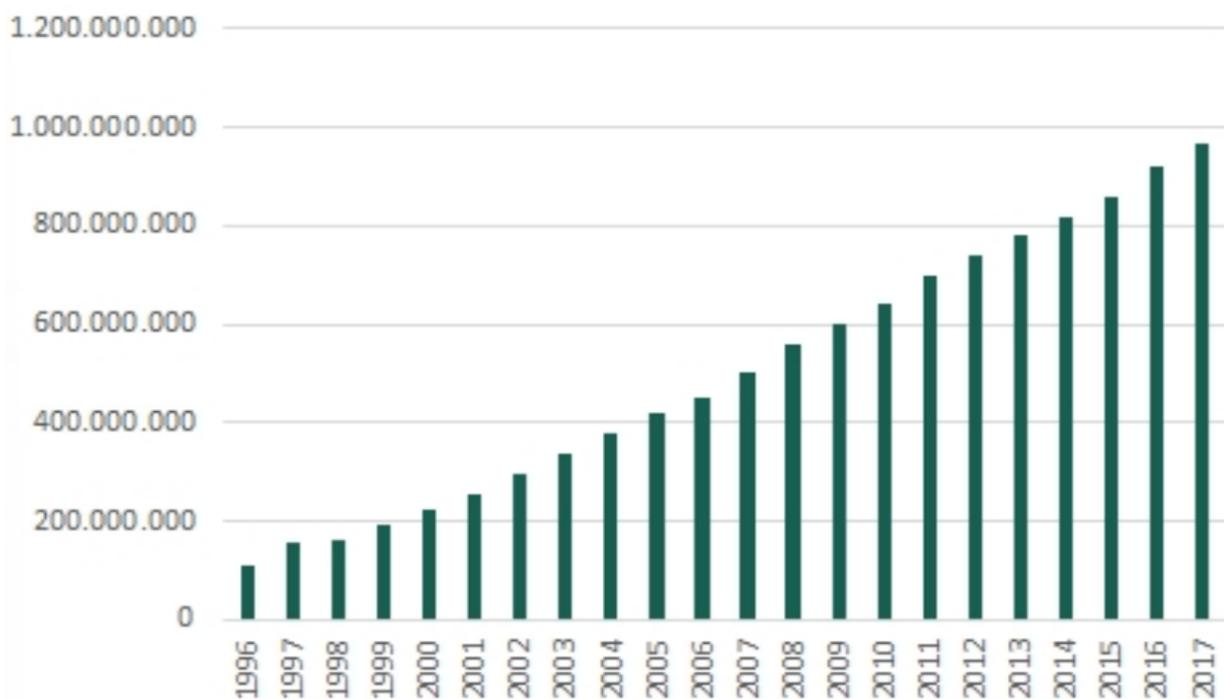


Figura 1.9. Volume d'affari complessivo delle prestazioni da parte degli iscritti ENPAP 1996-2017 (ENPAP, 2019)

Le rilevazioni degli anni successivi confermano ulteriormente l'espansione del mercato: nel 2022, gli italiani hanno usufruito di prestazioni psicologiche per un importo di 1,73 miliardi di euro (1,7 nel 2021 e 1,25 nel 2020). La domanda è aumentata di oltre il 25% (ENPAP 2022, 2023).

Una risorsa crescente per professionisti e utenti dei servizi è la terapia online, che verrà trattata nel Capitolo 3.

Sulla propensione all'utilizzo di servizi psicologici, secondo l'indagine ENPAP, incide il livello di istruzione: il 14,8% degli utenti di prestazioni psicologiche è laureato, il 7,4% ha conseguito un diploma di scuole media superiore e l'1,2% ha una licenza elementare (Santini, 19 aprile 2022). Le possibili motivazioni sono due: da un lato, l'istruzione permette di avere una migliore conoscenza della psicologia e di allontanarsi da pregiudizi e stereotipi; dall'altro lato, a titoli di studio più elevati corrispondono solitamente redditi più alti, che permettono una maggiore accessibilità ai servizi psicologici.

Oltre alla sanità pubblica e al settore privato, esistono altre possibilità di sostegno alla salute mentale: i gruppi di sostegno tra pari e di mutuo aiuto, gli sportelli gratuiti di ascolto presenti nelle scuole, in alcune associazioni cooperative e ONG, i supporti online e telefonici, tra cui quello della Croce Rossa Italiana e gli psicologi nei consultori familiari. Rispetto a questi ultimi, l'Istituto Superiore di Sanità (s.d.-b) afferma tuttavia che i consultori sono troppo poco presenti sul territorio (uno ogni 35mila abitanti, contro l'obiettivo di uno ogni 20mila) e al loro interno sono presenti pochi psicologi.

I gruppi di mutuo e auto aiuto (AMA) sono definiti da Katz e Bender (si veda Pileci, 24 settembre 2013):

I gruppi di auto e mutuo aiuto sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di scopi particolari. Essi sono di solito formati da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un handicap comune o un problema di vita oppure per impegnarsi a produrre cambiamenti personali o sociali desiderati.

Meroni (21 febbraio 2014) riporta la riflessione di Rosaria Di Chiacchio, psicologa coinvolta nella rete AMA:

Non si tratta di una psicoterapia, ma di riunioni tra "pari", persone che vivono una stessa situazione e quindi, anche senza saperlo, sono già "esperte" del problema. [...] Chi partecipa al gruppo sta meglio perché vede crescere la propria autostima e non si sente più solo, capisce che può farcela.

In Italia, l'auto mutuo aiuto si diffonde a partire dagli anni Sessanta. I dati sui gruppi AMA in Italia non sono chiari, ma già nel 2006 un'indagine conoscitiva sul fenomeno lo definiva "in forte crescita" (CESVOT, 2006). Si stima che in circa vent'anni i gruppi esistenti in Italia siano passati da 1500 a

più di 10 mila, coinvolgendo oltre 200mila persone (Meroni, 21 febbraio 2014). Inoltre, con Internet sono nati gruppi di auto-mutuo aiuto *web-based* (Pileci, 24 settembre 2013).

Esistono numerose tipologie di gruppi, a seconda dell'argomento su cui sono focalizzati: dipendenze, abusi sessuali, disabilità, disturbi alimentari e molti altri. I gruppi AMA possono essere classificati a seconda del loro obiettivo: esistono gruppi orientati al controllo e alla riorganizzazione dei comportamenti (ad esempio gli Alcolisti Anonimi), gruppi dedicati al sostegno e alla difesa dallo stress dovuto a situazioni dolorose, gruppi finalizzati all'azione sociale contro l'emarginazione e i pregiudizi e gruppi che hanno il fine di promuovere la crescita e l'autorealizzazione (classificazione di Levy, riportata da Pileci, 24 settembre 2013). Tutti i possibili obiettivi sono, comunque, a sostegno della salute mentale dei membri.

A cavallo tra pubblico e privato, il Contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia – conosciuto anche come Bonus Psicologo – è stato introdotto dal decreto-legge n.228 del 30 dicembre 2021. Il bonus psicologo, che può essere richiesto dai residenti in Italia con ISEE inferiore a 50000 euro, prevede un rimborso massimo di 1500 euro a persona modulati a seconda dell'ISEE, per un importo complessivo di 5 milioni di euro stanziati per il 2023 e 8 milioni per il 2024, aumentati con il decreto Milleproroghe a 10 milioni (INPS, 2024; Mancini e Cigna, 25 febbraio 2024). Si tratta di un incentivo *una tantum*, che viene destinato a seconda del reddito ISEE e dell'ordine di richiesta all'INPS. L'iniziativa non si dimostra in grado di accogliere una domanda che – come visto – è in crescita, a fronte di una risposta di servizi pubblici carente; nel 2023 sono state accolte 40mila richieste su un totale di 400mila. Inoltre, il rimborso massimo non copre adeguatamente i prezzi del settore privato. Secondo il presidente ENPAP Torricelli, la misura del Bonus Psicologo è insufficiente e aiuta soltanto chi già ha scelto e ha potuto permettersi la psicoterapia, mentre non incentiva l'accesso ai servizi di psicologia (Mancini e Cigna, 25 febbraio 2024).

La mancata azione pubblica a sostegno della salute mentale si ripercuote negativamente non solo sugli individui, ma anche sull'economia del Paese: Torricelli spiega che ansia e depressione sono responsabili della metà dei casi di assenteismo sul lavoro e contribuiscono al presentismo, la condizione di presenza al lavoro con scarso coinvolgimento e rendimento (Mancini e Cigna, 25 febbraio 2024). Maggiori finanziamenti e attenzione sono dunque fondamentali per la popolazione e per il Paese. Attualmente, il sistema sanitario nazionale si sta avvicinando all'istituzione dello psicologo dell'assistenza primaria, o psicologo di base, di cui è prevista l'introduzione per il 2025. Alcune Regioni hanno già avviato autonomamente il servizio, ma a novembre 2023 la Commissione Affari Sociali della Camera ha adottato un testo unificato che sintetizza i diversi disegni di legge. Lo psicologo dell'assistenza primaria si occuperà di affiancare i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia di ciascuna azienda sanitaria locale, con un rapporto 1 psicologo ogni 4-7 medici. Gli

psicologi di base avranno un ruolo di primo ascolto del disagio psicologico, sostegno e prevenzione delle complicazioni. Il testo prevede l'assunzione di almeno 5000 o 6000 professionisti. La legge è attualmente in fase di definizione, così come lo stanziamento da parte del Ministero della Salute per finanziare il progetto (Lo Torto, 25 marzo 2024).

## Capitolo 2 La percezione della salute mentale: lo stigma

### 2.1 Il concetto di stigma, la stigmatizzazione e le tipologie di stigma

Il report pubblicato da WHO *World Mental Health: Transforming Mental Health for All* (2022b) afferma che “una delle maggiori barriere alla domanda di cure per la salute mentale è lo stigma associato alle condizioni di salute mentale”. La parola “stigma”, nell’uso letterale, indica un marchio, impronta o carattere distintivo. Nel greco antico, il termine indicava segni fisici, ad esempio cicatrici o marchiature, apposti su schiavi, criminali, traditori per evidenziare qualità negative del soggetto e del suo status (Goffman, 1963). Oggi, per la psicologia sociale lo stigma è l’insieme di qualità negative attribuite ad una persona o a un gruppo di persone (Vocabolario Treccani, s.d. -b).

L’accezione di stigma in ambito di salute mentale venne introdotta dal sociologo Erving Goffman, che considerava stigma “i pregiudizi negativi attribuiti alle persone con problemi psichici, a causa del loro disturbo e che determinano rifiuto, discriminazione ed esclusione [sociale]” (Carraresi, 5 luglio 2021). Nel suo libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, pubblicato nel 1963, Goffman parla dello stigma come “identità negata”, in quanto è un attributo “socialmente screditante” (Corrigan et al., 2014). A partire dall’elaborazione di Goffman, la ricerca sul tema ha avuto una crescita considerevole e ha ampiamente dimostrato gli effetti negativi dello stigma (Link e Phelan, 2001).

Secondo Goffman (1963), il presupposto dello stigma è l’esistenza di caratteristiche ed aspettative della società nei confronti degli individui, sulla base delle quali essi sono legittimati all’appartenenza alla comunità. Sono queste aspettative e stereotipi a determinare il concetto di “normalità”. Lo stigma si basa dunque su una differenza tra l’identità sociale virtuale – ossia le caratteristiche che, secondo la società, l’individuo dovrebbe avere – e l’identità sociale attuale/reale del soggetto.

La cultura è un elemento rilevante per la stigmatizzazione, poiché sulla base di questa si costruiscono e diffondono stereotipi e credenze sulla salute mentale. Ad esempio, mentre nelle culture asiatiche e nell’America Latina i disturbi vengono percepiti come debolezze o mancanza di autocontrollo, in quelle africane ed arabe prevalgono interpretazioni spirituali o soprannaturali. Nelle culture occidentali, lo stigma è soprattutto dovuto a idee erranee e inaccurate che si hanno nei confronti delle persone con disturbi mentali (Ahad et al., 2023). Nonostante le differenze culturali, comunque, secondo la WHO (2022b) lo stigma sulla salute mentale è universale e trasversale a culture, Paesi e contesti diversi.

La *American Psychiatric Association* (APA, s.d.) indica tre principali categorie di stigma sulla salute mentale:

- 1) stigma sociale o pubblico;
- 2) stigma auto-percepito o interiorizzato (*self-stigma*);
- 3) stigma strutturale.

### *Lo stigma pubblico*

Lo stigma sociale è, secondo la psicologia sociale, lo stigma esterno attribuito da terzi verso chi ha un disturbo mentale e si traduce in stereotipi e comportamenti negativi e discriminatori nei suoi confronti (Carraresi, 2021).

Il processo di stigmatizzazione richiede alcuni passaggi, concettualizzati da Link e Phelan (2001): innanzitutto le differenze tra persone sono distinte ed etichettate; secondo la cultura dominante, poi, vengono attribuite caratteristiche negative alla persona etichettata, sulla base di stereotipi. È necessario, per l'esistenza dello stigma, che il soggetto etichettato sia considerato appartenente a categorie diverse dal resto delle persone nella comunità, si va così a definire una differenza tra “noi” e “loro” – tra l'*ingroup* e l'*outgroup*. Come risultato, i soggetti etichettati subiscono discriminazione e peggioramento del proprio status, che culminano nel difficile accesso al potere sociale, economico e politico. Quest'ultimo passaggio permette il consolidamento del processo stigmatizzante ed un circolo di esclusione e discriminazione di coloro che sono stati etichettati.

Lo stigma sui disturbi mentali, secondo gli approcci sociopsicologici, si compone di elementi cognitivi, affettivi/emotivi e comportamentali (Ottati et al., 2005), rispettivamente costituiti da stereotipi, pregiudizi e discriminazione. Gli stereotipi sono credenze ed opinioni condivise e generalizzate su una persona o un gruppo di persone, a cui vengono attribuiti tratti o comportamenti. I pregiudizi, invece, esprimono il grado di accordo verso uno stereotipo e le conseguenti reazioni emotive (Carraresi, 5 luglio 2021). I pregiudizi sono una naturale risposta cognitiva agli stereotipi, che non necessariamente sfocia in risposte comportamentali discriminatorie (Corrigan et al., 2005). Pregiudizi che causano discriminazioni sono quelli legati a sentimenti di rabbia o paura, che comportano rispettivamente ostilità ed evitamento nei confronti della persona stigmatizzata (Corrigan e Watson, 2002). Nel tentativo di non subire le conseguenze negative dello stigma sociale, le persone con una condizione mentale potrebbero mettere in atto comportamenti tesi all'evitamento dell'etichetta (Corrigan et al., 2014), come si approfondirà nel corso del Capitolo.

Stando a diversi studi, tra cui quello condotto da Scarf et al. (2020) la rappresentazione nei media contribuisce alla stigmatizzazione, spesso rafforzando percezioni negative o inaccurate delle persone

che convivono con disturbi mentali (si veda APA, s.d.). Nel Capitolo 3 si approfondiranno le problematiche principali della raffigurazione mediatica delle condizioni mentali.

Secondo la letteratura, la stigmatizzazione verso un *outgroup* avviene per diversi motivi (si vedano Corrigan et al., 2000, 2005): in una prospettiva socioculturale, lo stigma giustifica il sistema e le istituzioni esistenti e risultanti dal contesto storico, politico ed economico; secondo i modelli motivazionali, la stigmatizzazione avviene per soddisfare bisogni psicologici, tra cui la salvaguardia del sé da minacce sociali e la coesione e protezione dell'*ingroup*; le teorie cognitive spiegano gli atteggiamenti stigmatizzanti come naturale risultato dell'esperienza sociale nella comunità. Secondo i modelli cognitivi, la categorizzazione e stereotipizzazione accadono naturalmente nell'uomo per semplificare l'assimilazione degli stimoli quotidiani: gli stereotipi consentono di formulare un'opinione veloce su persone e situazioni, senza la necessità di ottenere più informazioni. Tuttavia, quando lo stereotipo produce pattern di risposta generalizzati ed è accompagnato dall'esistenza di un pregiudizio negativo, esso diventa disfunzionale poiché disincentiva una conoscenza veritiera della situazione e può causare discriminazione (Rössler, 2016).

Secondo la Carta di Trieste (2010) sono cinque i principali pregiudizi sulle persone con disturbi mentali:

1. la pericolosità;
2. l'incomprensibilità dei loro comportamenti/linguaggi/azioni;
3. l'inguaribilità dal disturbo;
4. l'irresponsabilità/inaffidabilità della persona;
5. l'improduttività, poiché il soggetto è considerato carente di capacità, abilità o competenze.

La stessa Carta di Trieste e la ricerca attestano l'inesattezza di questi pregiudizi, che tuttavia continuano ad essere presenti e a produrre conseguenze rilevanti nella vita di persone che convivono con un disturbo mentale.

Sebbene la Carta di Trieste indichi gli stereotipi più comuni circa le persone con condizioni relative alla salute mentale, questi possono variare a seconda del disturbo cui si fa riferimento: ad esempio, verso individui schizofrenici prevalgono "percezioni di pericolosità, vissuti di paura e desideri di distanza sociale", mentre i giudizi nei confronti di soggetti ansiosi riguardano soprattutto la debolezza e la loro colpevolizzazione (Curcio e Coboy, 2020, citati da Carraresi, 5 luglio 2021).

Massimo Cozza, psichiatra e direttore del DSM dell'ASL Roma 2, basandosi sui dati dell'indagine che ha promosso e realizzato con Bva Doxa, spiega:

È interessante rilevare che circa la metà della popolazione pensa che chi soffre di disturbi psichici sia pericoloso per gli altri, con la possibilità di diventare facilmente aggressivo e violento, non rispettoso delle regole sociali condivise, non in grado di lavorare con un buon livello di autonomia. Ma secondo le evidenze scientifiche non è vero che chi ha disturbi mentali è più

pericoloso degli altri. La probabilità di comportamenti violenti è identica, con diversi determinanti legati alle storie personali. Una maggiore incidenza statisticamente significativa è stata rilevata solo in associazione all'abuso di sostanze. Chi soffre di disturbi mentali è più probabile che sia vittima e non attore di violenza (Sgreccia, 26 settembre 2022).

Lo stigma sociale non colpisce esclusivamente individui che convivono con un disturbo mentale, ma anche familiari, amici e professionisti del settore *mental healthcare* (Corrigan et al., 2005). Goffman definisce “stigma di cortesia” la stigmatizzazione che a partire dalla persona con disturbi mentali, viene trasferita anche ai soggetti che vi sono legati tramite relazioni familiari o professionali (si veda Rössler, 2016). Un esempio di ciò è la diffusa colpevolizzazione dei genitori di chi ha un disturbo, spesso ritenuti causa della condizione mentale<sup>4</sup>. Lo stigma di cortesia, con la stessa dinamica dello stigma pubblico, potrebbe portare i soggetti colpiti a provare vergogna e senso di colpa.

### *Il self-stigma*

Lo stigma interiorizzato è lo stigma riferito a sé dalla persona che convive con un disturbo mentale. Il processo di auto-stigmatizzazione avviene in quattro passaggi, indicati da Corrigan e Rao (2012): (1) la conoscenza dello stigma sul disturbo/condizione mentale, (2) la condivisione, da parte del soggetto, di stereotipi culturali sulla salute mentale, (3) loro applicazione a sé ed infine (4) l'effetto negativo sull'autostima e sull'auto efficacia e l'auto discriminazione. L'individuo riconosce, accetta e aderisce alle credenze sociali negative sul proprio disturbo. La conoscenza e l'esistenza dello stigma sociale è una condizione necessaria, ma non sufficiente alla formazione di stigma auto-percepito: lo stigma esterno può essere condiviso ed interiorizzato, ma esso può anche motivare alcuni individui a reagire (Carozza, 2021). Gli effetti dello stigma saranno approfonditi nel paragrafo 2.2.

### *Stigma strutturale*

Lo stigma strutturale indica la limitazione sistemica delle opportunità per coloro che soffrono di disturbi mentali (APA, s.d.). Le policy, le leggi, l'attitudine di istituzioni, organizzazioni ed aziende determinano direttamente o indirettamente i diritti e le opportunità degli individui con condizioni relative alla salute mentale. In questo concetto rientrano, ad esempio, anche le politiche delle aziende in merito al benessere psicologico dei lavoratori o, all'opposto, la chiusura delle aziende nei confronti del tema.

La discriminazione strutturale legata allo stigma istituzionale viene supportata da ideologie dominanti nella cultura occidentale, che involontariamente mantengono lo status quo: queste sono la

---

<sup>4</sup> Come visto nel primo Capitolo, certamente la relazione con i genitori può incidere, ma considerarli l'unica causa è spesso non corretto e riduttivo: il modello biopsicosociale spiega chiaramente che i fattori che concorrono alla salute mentale e alle problematiche sono molteplici.

meritocrazia – per la quale, ad esempio, alcune opportunità lavorative o formative sono riservate agli individui che superano test standardizzati – e il capitalismo, cui conseguono decisioni economicamente vantaggiose che impattano anche sul sistema di servizi di salute mentale, determinando ad esempio i minori investimenti nel settore (Corrigan et al., 2005).

Un'ultima distinzione si può fare tra stigma anticipato (l'anticipazione di essere trattati o percepiti diversamente), stigma sperimentato (l'effettiva esperienza di un trattamento scorretto per via della propria condizione di salute mentale), stigma percepito (la percezione personale riguardo ai comportamenti stigmatizzanti), stigma nella ricerca o ricezione di trattamento ed infine stigma messo in atto dall'individuo stesso (Clément et al., 2014).

## **2.2 Gli effetti dello stigma sulla società e sull'individuo**

Diverse ricerche hanno studiato le percezioni della comunità sui disturbi mentali. Corrigan et al. (2000) hanno confrontato le percezioni di 150 intervistati su gruppi di attributi indicativi di disturbi dello spettro psichiatrico (dipendenza da cocaina, psicosi, depressione e “ritardo mentale”) con quelli rappresentativi di malattie fisiche selezionate (AIDS e cancro). I risultati suggeriscono che lo stigma attribuito è più negativo nelle patologie mentali rispetto alle malattie fisiche.

Socall e Holtgraves (1992) hanno indagato le credenze ed attitudini degli intervistati nei confronti di persone con disturbi mentali e fisici (anche manipolando la gravità), misurando la volontà di interagire con la persona, le aspettative in termini di sua pericolosità, violenza, criminalità e capacità di auto-controllo, ed infine le aspettative sui risultati della malattia (in termini di benessere, recupero e impiego). Nei casi sottoposti ai partecipanti veniva descritto uno stesso comportamento da parte del soggetto, giustificato alternativamente dalla presenza di un disturbo mentale o da una reazione o malattia fisica. Ad esempio, il comportamento nel caso riferito al disturbo d'ansia generalizzato è stato fatto combaciare con una reazione allergica al cibo, quello di un soggetto con schizofrenia era simile al comportamento del soggetto con un tumore cerebrale e quello di un soggetto con depressione maggiore era speculare rispetto alla reazione ad un farmaco contro l'ipertensione.

I risultati dello studio dimostrano anzitutto che, quando la causa del comportamento è attribuita ad un disturbo mentale, la volontà di interagire con il soggetto diminuisce rispetto al caso in cui la causa è fisica, a prescindere dalla gravità del disturbo e dal fatto che il comportamento dei due soggetti è speculare. Queste reazioni di distanziamento possono essere spiegate dai risultati dell'analisi sulle credenze: i partecipanti allo studio si aspettavano comportamenti più imprevedibili da parte della persona con disturbi.

Secondo gli studi di Taylor e Dear (1980) e di Brockington et al. (1993), le reazioni della comunità alla persona con disturbi mentali corrispondono alle aspettative di pericolosità, irresponsabilità e

debolezza; rispettivamente, queste concezioni producono comportamenti di paura ed esclusione dalla comunità, comportamenti autoritari che considerano insufficiente la capacità decisionale della persona con disturbi ed infine comportamenti di benevolenza, per i quali si considera l'etichettato come "qualcuno che ha bisogno chi ci si prenda cura di lui" (si veda Corrigan e Watson, 2002).

	Stigma pubblico	<i>Self-stigma</i>	Stigma strutturale	Evitamento dell'etichetta
Stereotipi e pregiudizi	Le persone con disturbi mentali sono pericolose, incompetenti, responsabili della propria malattia, imprevedibili.	"Sono pericolos*, incompetente, responsabile della mia condizione". Ne risulta una minore autostima e minore senso di efficacia.	Gli stereotipi si manifestano anche nelle leggi e nelle istituzioni.	Si percepisce che la società non rispetta e discrimina le persone con la condizione di salute mentale.
Discriminazione e comportamenti	I datori di lavoro non assumono le persone con disturbi; i locatori non affittano a queste persone; gli standard dell'assistenza primaria sono più bassi.	Effetto "why try": perché provarci? Si percepisce l'inadeguatezza al raggiungimento degli obiettivi e si smette di perseguirli.	Ne risulta una diminuzione, volontaria o involontaria, delle opportunità.	La persona con la suddetta condizione evita di farsi attribuire l'etichetta, ad esempio non cercando aiuto.

Tabella 2.1. Adattamento della matrice di Corrigan et al. (2014, p.42)

Come si vede in Tabella 2.1, lo stigma pubblico ostacola il raggiungimento di alcuni obiettivi fondamentali per la qualità di vita della gran parte delle persone: l'indipendenza, la capacità di ottenere un lavoro competitivo e la salute fisica e mentale (Corrigan et al., 2014). Infatti, lo stigma sociale disincentiva la fiducia nei confronti di persone con un disturbo, di conseguenza la probabilità che i datori di lavoro li assumano e che i locatori affittino loro immobili si abbassano, così come gli standard dell'assistenza sanitaria, ad esempio perché sintomi fisici vengono interpretati come psicosomatici (Lyons et al., 2009 citati da Parle, 2012), sebbene le persone con disturbi mentali corrano un rischio maggiore di sviluppare malattie fisiche e dipendenze in comorbidità (Social Exclusion Unit, 2004, in Parle, 2012)

In una prospettiva più ampia, lo stigma sulla salute mentale impatta le persone con disturbi che si rapportano al sistema di giustizia penale. A partire dal timore e dall'intolleranza della comunità nei confronti dei disturbi mentali, si instaura un circolo vizioso per cui (a) è più probabile che le persone

che dimostrano sintomi di disturbi mentali gravi vengano arrestati; (b) il tempo trascorso in carcere tende ad essere maggiore per i detenuti con disturbi rispetto a quelli che non convivono con un disturbo; (c) le politiche “dure” sulla criminalità, risultanti dall’intolleranza verso i delinquenti in generale, e i finanziamenti inadeguati per i servizi di salute mentale fanno sì che ci sia una crescente percentuale di persone con disturbi mentali gravi in carcere e che il trattamento dei delinquenti con disturbi mentali non sia pianificato efficacemente (Corrigan et al., 2005).

Gli effetti sociali del processo di stigmatizzazione culminano nella discriminazione istituzionale, che è frutto di comportamenti e decisioni intenzionali di persone o gruppi di persone al vertice delle istituzioni, e le conseguenze - talvolta indesiderate e impreviste - di legislazioni e politiche. Secondo la ricerca di Link e Phelan (2001), ad esempio, gli stanziamenti per la ricerca ed il trattamento della salute mentale sono minori rispetto a quelli per altre patologie – fisiche – come cancro e malattie cardiache. Inoltre, anche all’interno del settore della *mental health care*, i professionisti si concentrano nel settore privato per via degli stipendi e benefit maggiori, settore generalmente più rivolto alla cura di disturbi “meno” gravi come disturbi di adattamento o relazionali.

Un esempio lampante di stigma istituzionalizzato è la legge indiana sul matrimonio (Hindu Marriage Act, 1955) che consente il divorzio nel caso in cui uno dei coniugi soffra di un disturbo mentale “non curabile” o per via del quale si può ritenere che l’altra parte non possa trascorrerci la vita insieme (Narayan, 2015).

In quanto membro della comunità, l’individuo è generalmente a conoscenza degli stereotipi culturali, tra cui quelli sulla salute mentale. Al momento della ricezione di una diagnosi di disturbo mentale, il soggetto consapevole dello stigma potrebbe, da un lato, restringere i propri contatti sociali per evitare il rifiuto e, dall’altro, applicare a sé lo stigma (stigma interiorizzato) con implicazioni negative sul valore di sé auto-percepito (Corrigan et al., 2005). Si noti che la reazione della persona allo stigma è soggettiva: secondo Corrigan e Watson (2002), infatti, le possibili risposte allo stigma sociale sono tre:

1. il soggetto internalizza lo stigma e subisce una perdita di autostima;
2. il soggetto è “attivato” positivamente e si oppone energicamente allo stigma ed alle ingiustizie discriminatorie, motivato dalla rabbia causata dal pregiudizio subito;
3. il soggetto rimane perlopiù indifferente.

Il risultato “esterno” dello stigma (la discriminazione) rispetto alla persona con un disturbo rimane valido anche nel secondo e terzo caso indicati.

Concentrandosi sulla prima potenziale reazione del soggetto stigmatizzato, si tratta di un caso in cui si forma l’auto-stigma. Sebbene, dunque, si possa pensare che la discriminazione da parte della società porti automaticamente ad una svalutazione del sé, in realtà essa è solo un primo passaggio

non sufficiente di per sé al processo di interiorizzazione. Come accennato in precedenza, lo stigma auto-percepito si forma secondo un modello che prevede la successione di quattro fasi: la consapevolezza dello stigma sociale, l'accordo con esso, l'applicazione a sé ed infine il danno al soggetto per via della percezione di minore autostima e auto-efficacia, decresce cioè la fiducia nelle proprie azioni e nella loro capacità di successo (Corrigan e Rao, 2012).

La reazione di un soggetto stigmatizzato per la propria salute mentale dipende, secondo la letteratura, da due fattori: la legittimità attribuita allo stereotipo e l'identità di gruppo (Corrigan et al., 2009). Se l'individuo considera legittimo lo stereotipo subito, egli subisce maggior danno all'autostima; al contrario, l'individuo che non condivide lo stereotipo può reagire con rabbia o indifferenza. Inoltre, se il soggetto si riconosce come membro del gruppo stigmatizzato, egli può interiorizzare lo stigma o, viceversa, formare un'identità positiva di sé grazie alle relazioni con gli altri membri e rafforzare così autostima ed autoefficacia. Secondo Rüsç et al. (2009), la distinzione tra queste due possibili reazioni riferite al fattore *ingroup* dipende dalla considerazione che il soggetto ha nei confronti del gruppo.

La ricerca condotta da Drapalski et al. (2013) ha misurato la prevalenza di stigma interiorizzato entro un campione di 100 partecipanti con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbo bipolare e depressione maggiore e la relazione del self-stigma con variabili rappresentative di tre costrutti latenti:

- concetto di sé, misurato da variabili relative all'autostima e all'auto-efficacia;
- isolamento e ritiro sociale;
- sintomi psichiatrici/psicologici, tra cui ansia, depressione e segni di psicosi.

I risultati della ricerca suggeriscono che il 35% dei partecipanti sperimentava livelli da moderati a severi di stigma auto-riferito, percepito invece come "blando" dal 46% degli intervistati. Inoltre, l'esperienza di discriminazione è risultata significativamente associata all'isolamento ed alla percezione di sé. Lo stigma interiorizzato è risultato positivamente associato alla gravità dei sintomi psichiatrici e negativamente associato all'autostima, al senso di autoefficacia ed infine all'orientamento alla guarigione.

Una delle maggiori conseguenze dell'auto-stigmatizzazione è l'effetto “*why try*” (perché provare), teorizzato da Corrigan e coautori (2009) e rappresentato in Figura 2.1. Secondo il modello “*why try*” l'impatto dello stigma interiorizzato sugli obiettivi personali è mediato dall'autostima e dal senso di autoefficacia; quando queste dimensioni vengono intaccate dallo stigma e subiscono una diminuzione, ne risulta non solo l'evitamento sociale, ma anche il mancato raggiungimento di obiettivi importanti per la qualità della vita dell'individuo. In questo caso, l'individuo si appropria agli obiettivi secondo uno stereotipo negativo su di sé, secondo il quale non si ritiene in grado, degno o meritevole di ottenere ciò che desidera; ne consegue una profezia che si auto avvera<sup>5</sup> circa la propria competenza o capacità di ottenere quanto desiderato. All'opposto, un mediatore positivo dell'effetto del self-stigma sugli obiettivi è il fenomeno di empowerment, al quale contribuiscono fattori come senso di potere, giusta rabbia contro la discriminazione, attivismo comunitario, ottimismo e buona autostima ed autoefficacia. L'empowerment sostiene l'attivazione positiva del soggetto stigmatizzato.

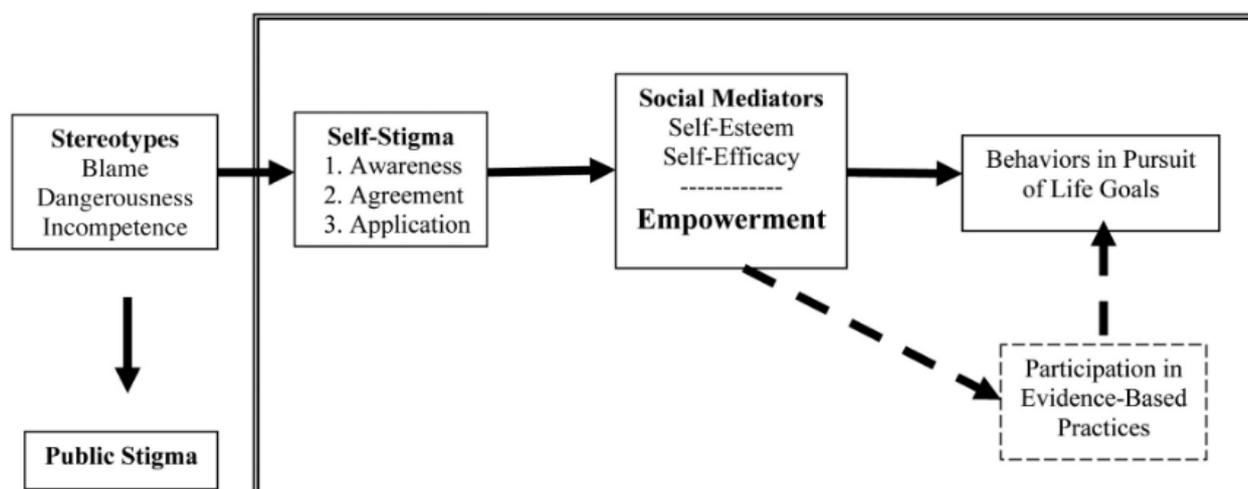


Figura 2.1. Effetto *why try* (Corrigan et al., 2009)

La *review* condotta da Clément e colleghi (2014) ha analizzato 144 studi quantitativi e qualitativi condotti tra il 1980 ed il 2011, su un totale di oltre 90 mila partecipanti, al fine di comprendere se e come lo stigma impatti sulla ricerca di aiuto e supporto per la salute mentale. Secondo la ricerca, lo stigma – soprattutto quello relativo al trattamento della salute mentale e quello interiorizzato - è una barriera rilevante alla volontà di cercare aiuto per un numero compreso tra un terzo e un quarto dei partecipanti. Dall'analisi delle ricerche di tipo qualitativo sono state individuate cinque dimensioni che concorrono a determinare l'effetto dello stigma sulla volontà di cercare aiuto: (1) la dissonanza

<sup>5</sup> La profezia che si auto avvera è un fenomeno per il quale un insieme di meccanismi mentali fa sì che determinate aspettative si avverino. Il concetto, teorizzato a fine anni '40 dal sociologo Robert Kig Merton, spiega come – quando si crede che qualcosa sia reale – le azioni e i comportamenti messi in atto, anche inconsapevolmente, sono coerenti con l'aspettativa sulla realtà e portano a concretizzarla. Ne consegue un circolo vizioso dove la risposta dell'ambiente e la realtà finiscono per confermare effettivamente l'aspettativa iniziale.

Per approfondire, si veda il link: <https://giuliazanipsicologa.com/2020/07/14/profezia-autoavvera/>

tra l'identità individuale e sociale e gli stereotipi sulla salute mentale; (2) l'anticipazione e l'esperienza di conseguenze negative; (3) la preferenza o il bisogno di segretezza sulla propria condizione mentale; (4) le strategie dell'individuo per la ricerca di supporto; (5) gli aspetti dello stigma che incidono sulla ricerca di aiuto. La *review* di Clément et al. (2014) riporta anche altri modelli dell'impatto dello stigma sulla ricerca di aiuto, ad esempio quello proposto da Corrigan (2004) secondo cui lo stigma scoraggia la ricerca di aiuto perché (a) il soggetto vuole evitare di essere etichettato in quanto utente dei servizi di cura, al fine di eludere lo stigma pubblico e (b) si desidera respingere anche lo stigma auto-percepito, dovuto al trattamento o alla diagnosi, per via di imbarazzo o vergogna.

Si ipotizza, infine, che gli effetti dello stigma sulla ricerca di aiuto siano più intensi per alcuni gruppi specifici. Nelle minoranze etniche, ad esempio, lo stigma sul disturbo mentale si aggiunge alle discriminazioni razziste. Per gli uomini lo stereotipo di essere forti può rafforzare lo stigma sulle condizioni mentali. Negli adolescenti la discordanza tra l'identità sociale ideale e quella reale può aumentare l'impatto dello stigma (Clément et al., 2014).

Una metanalisi su un corpus composto da 27 studi è stata pubblicata da Schnyder e coautori (2017). Lo studio conferma l'associazione diretta dello stigma ad una ricerca di aiuto meno attiva, motivata dalla percezione di una minore necessità di supporto e dalla maggiore volontà di affrontare autonomamente il problema. Lo stigma intacca anche l'aderenza al trattamento e alle cure: nello studio condotto da Kamaradova e colleghi (2016) su 332 pazienti con diagnosi di disturbi d'ansia, disturbi di personalità, disturbi depressivi, schizofrenia e dipendenze, si è rilevata una correlazione negativa significativa tra la presenza di stigma interiorizzato e l'aderenza al trattamento in tutti i gruppi diagnostici.

### **2.3 Strumenti per contrastare lo stigma**

Quanto visto nei precedenti paragrafi potrebbe suggerire che le strategie atte ad evitare lo stigma possano proteggere dagli effetti negativi di questo. Link e colleghi (1991) hanno indagato se l'impatto dovuto all'etichetta sul disturbo in ambito trattamento e l'effetto dello stigma che ne consegue possano essere mitigati da diverse strategie: in primo luogo, il soggetto può optare per la completa segretezza rispetto alla sua storia di trattamento della salute mentale; la seconda possibile risposta è l'evitamento selettivo di persone e situazioni che non accettano la condizione di salute mentale; infine, la persona cui è stato diagnosticato un disturbo può agire educando preventivamente gli altri sulla loro condizione, in modo da ridurre gli atteggiamenti negativi. Lo studio rivela, tuttavia, che nessuna delle risposte in analisi è efficace nel mitigare lo stigma.

Secondo Corrigan et al. (2005) la ristrutturazione cognitiva si dimostra utile nella riduzione del self-stigma: la terapia cognitiva, ed in particolare quella cognitiva-comportamentale, può aiutare il paziente a modificare schemi cognitivi e autoaffermazioni negative risultanti dalla socializzazione che contribuiscono non solo al disturbo in sé (ad esempio nel caso dell'ansia e della depressione), ma anche al rafforzamento dell'auto stigma.

Corrigan e Rao (2012) indicano l'*empowerment* personale come strategia di contrasto della stigmatizzazione e dei relativi effetti ed individuano gli stadi dell'emancipazione del soggetto dallo stigma. Un primo passo fondamentale è la *disclosure* (rivelazione o divulgazione), in cui il soggetto con una condizione mentale rinuncia alla segretezza rispetto alla propria condizione. La letteratura evidenzia i risultati positivi del *coming out* rispetto al proprio disturbo mentale: l'essere aperti consente di ridurre le preoccupazioni per il mantenimento della segretezza e di trovare sostegno da colleghi o familiari, riscoprendo un senso di potere sulla propria condizione e limitando gli impatti dell'auto stigmatizzazione sugli obiettivi di vita (gli autori citano la ricerca di Corrigan et al., 2010, 2011). Il *coming out* implica però dei rischi per quanto riguarda la discriminazione da parte di terzi e l'esclusione; inoltre, eventuali ricadute potrebbero essere più stressanti per il soggetto in quanto più pubblicamente esposte di quanto potrebbe desiderare. Anche la minaccia di un maggiore stigma sociale e istituzionalizzato nei confronti del soggetto può costituire un'implicazione negativa del coming out, ad esempio nel caso presentato in precedenza circa il divorzio in India.

Come affermano gli autori, il *coming out* "non è una decisione in bianco e nero", ma ci sono diversi gradi di *self-disclosure* (Corrigan e Rao, 2012). Si va dall'estremo dell'evitamento sociale, in cui il soggetto si sottrae a tutte le situazioni in cui altri potrebbero venire a conoscenza della sua condizione mentale, all'opposta decisione di *broadcasting*, in cui si sceglie condividere apertamente e con orgoglio la propria condizione, anche al fine di educare le altre persone alla conoscenza del disturbo. Gli stadi intermedi sono indicati in Figura 2.2. Nel caso della segretezza, l'individuo non si auto isola, ma nasconde intenzionalmente la propria condizione mentale e le esperienze che ne derivano. Lo stadio successivo è la *disclosure* selettiva, in cui il soggetto condivide la propria condizione solo con un gruppo di persone, ma lo cela agli altri. Questa strategia può dare risultati positivi per via del supporto da parte del gruppo a conoscenza del disturbo mentale, ma mantiene il senso di vergogna e la necessità di nascondere il problema in alcune occasioni. Nella *disclosure* indiscriminata non c'è alcuno sforzo attivo per mantenere segretezza in alcuna occasione.

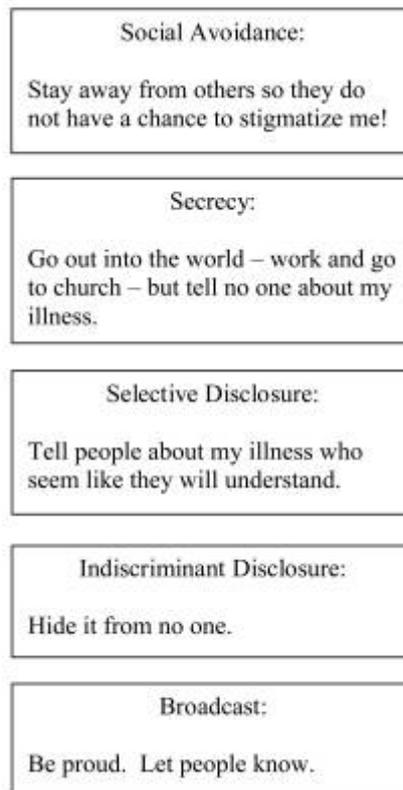


Figura 2.2. Stadi della self-disclosure (Corrigan e Rao, 2012)

L'articolo di Corrigan e Rao (2012) spiega altre strategie di contrasto dello stigma auto-percepito. Innanzitutto, si dovrebbe dare priorità all'educazione sui disturbi mentali: i soggetti non devono in alcun modo sentirsi responsabili o colpevoli della propria condizione, mentre devono essere consapevoli del fatto che lo stigma è un errore della società, un'ingiustizia. Sono inoltre possibili interventi mirati al contrasto del self-stigma, ad esempio l'approccio *Ending Self-Stigma* (si veda Lucksted, 2011) che prevede sessioni di educazione alla salute mentale, metodi per rafforzare i legami sociali, tecniche per rispondere ai comportamenti discriminatori e terapia cognitivo-comportamentale atta a ridurre le pressioni su di sé. Infine, gli autori sottolineano le potenzialità del supporto tra pari per accrescere il senso di empowerment personale, ad esempio con gruppi di sostegno e servizi gestiti dai consumatori stessi (ad esempio i gruppi AMA visti nel Capitolo 1), programmi che si sono dimostrati in grado di promuovere l'autosufficienza, l'indipendenza e la condivisione di strategie di coping<sup>6</sup> (Van Tosh e Del Vecchio, 2000, citati da Corrigan e Rao, 2012). I servizi gestiti da consumatori, dove il soggetto con disturbi è partner attivo nella pianificazione del trattamento, stabiliscono al loro interno relazioni non gerarchiche; tra membri vige il principio di

<sup>6</sup> "Coping" dall'inglese "to cope" (affrontare, far fronte) si riferisce, in psicologia, all'insieme di comportamenti messi in atto dagli individui allo scopo di gestire situazioni stressanti, eventi problematici, conflitti. Il termine è stato introdotto dallo psicologo Richard Lazarus (1974). Le abilità di coping possono favorire un adattamento positivo alle circostanze ed il mantenimento del benessere psicologico, grazie alla costruzione di resilienza (<https://psiche.santagostino.it/il-coping-e-le-sue-strategie/>).

aiuto, per via del quale gli individui condividono con i pari risorse e strategie, migliorando anche la percezione di competenza e di autoefficacia (Corrigan et al., 2009).

Le strategie finora indicate possono essere adottate a livello individuale per combattere lo stigma; scienziati sociali tra cui Hill e Pincus, tuttavia, sostengono che queste “non sono probabilmente sufficienti per rimediare al giudizio e alla discriminazione che in gran parte sono causati da variabili collettive” (si veda Corrigan et al., 2005). Per quanto riguarda il contrasto dello stigma pubblico, Corrigan e Penn (1999) hanno definito tre categorie di approcci contro lo stigma pubblico: protesta, educazione e contatto.

Le strategie di protesta si oppongono attivamente alle ingiustizie dovute allo stigma e ai comportamenti discriminatori che esso implica, talvolta anche con risultati legali di sanzione o di assicurazione di maggiori opportunità per le persone che convivono con disturbi mentali, ad esempio i crediti d'imposta per datori che assumono persone con disabilità psichiatriche.

La *review* condotta da Parle (2012) riporta che i media sono in parte responsabili della rappresentazione sensazionalistica ed inaccurata dei disturbi mentali, ma cita anche il loro potenziale nella promozione di consapevolezza e contrasto dello stigma. Come affermano Corrigan e coautori (2005), i media possono essere un target della protesta, attraverso cui si può richiedere l'evitamento di contenuti stigmatizzanti; il rischio, tuttavia, risiede nel potenziale effetto rebound del tentativo di cambiare gli atteggiamenti, che può causare una reazione psicologica di rafforzamento di stereotipi e pregiudizi. La protesta, dunque, è una strategia più adatta a cambiare comportamenti concreti che a modificare atteggiamenti e pregiudizi del pubblico.

L'approccio educativo mira a combattere lo stigma sociale e gli stereotipi promuovendo una corretta informazione, con effetti perlopiù a breve termine e più significativi, secondo Holmes, su pubblici che hanno già un livello contenuto di pregiudizio (si veda Corrigan et al., 2005).

Una strategia particolarmente efficace nella riduzione dello stigma intergruppo è il contatto interpersonale con i membri dell'*outgroup* stigmatizzato, quindi, in questo caso, con persone con disturbi mentali. Corrigan e colleghi (2005) affermano che il contatto si rivela più in grado di migliorare gli atteggiamenti verso il gruppo stigmatizzato rispetto alle strategie precedenti. Si noti, tuttavia, che lo studio di Reincke e colleghi (2004) citato nell'articolo afferma anche tali miglioramenti “sembrano essere più pronunciati se il contatto avviene con una persona che disconferma moderatamente gli stereotipi prevalenti”. Ad ogni modo, diverse ricerche confermano le potenzialità del contatto con i gruppi stigmatizzati; in particolare la ricerca di Meise e colleghi ha comparato di interventi educativi nelle scuole affiancati e non al contatto con una persona con schizofrenia, osservando un cambiamento positivo rilevante solo nel primo dei due casi (si veda Rüsç et al., 2005).

Un modo alternativo per implementare la strategia del contatto può consistere in interventi mediati da video: ad esempio, Da Conceição et al. (2024) hanno rilevato una maggiore predisposizione alla ricerca di aiuto negli studenti esposti a brevi video dove persone raccontavano la loro esperienza con la depressione.

Ai fini dell'efficacia degli interventi di contatto via video, l'esposizione pubblica dell'esperienza diretta del paziente non sembra necessaria: Amsalem e colleghi (2023) hanno analizzato gli effetti della visione di due diversi video mostrati a oltre 1200 partecipanti tra i 18 e i 30 anni. Nel primo video un soggetto schizofrenico condivideva la propria esperienza, mentre nel secondo video era un attore a parlare della schizofrenia. L'attore si era formato sulla malattia attraverso la partecipazione ad un focus group con persone che hanno effettivamente sofferto di schizofrenia. Entrambi gli interventi si sono dimostrati efficaci nella riduzione dello stigma sulla salute mentale.

Si precisa che gli interventi di cui sopra si sono dimostrati efficaci nel breve termine, ma i risultati a lungo termine sono ancora poco chiari nella letteratura; il contatto sembra comunque la modalità più promettente.

Ahad e colleghi (2023), nella loro *review* riassumono le possibili strategie per affrontare lo stigma:

- campagne di sensibilizzazione del pubblico (che possono essere attuate con una o più delle tre modalità indicate da Corrigan);
- formazione degli operatori sanitari, figure essenziali nel mitigare lo stigma, anche con particolare attenzione alla costruzione di competenze circa le peculiarità culturali che incidono diversamente sugli individui;
- programmi di sostegno tra pari;
- integrazione dell'assistenza sanitaria mentale nelle cure primarie e nei contesti comunitari, che secondo gli studi di Thornicroft sono in grado di rendere i servizi più accessibili e meno stigmatizzanti.

Secondo Yanos, gli interventi di contrasto dello stigma, per essere efficaci devono rispettare alcune prerogative (si veda APA, s.d.):

- includere il contatto in persona o in video;
- focalizzarsi su specifici disturbi e non sulle malattie mentali in generale;
- coinvolgere persone con esperienze reali riguardo alla tematica dell'intervento;
- mirare a pubblici precisi ed essere adattati, nel linguaggio e nei significati culturali, al target di riferimento;
- infine, devono avere una durata di diversi anni per essere efficaci.

I programmi contro lo stigma pubblico hanno maggiore successo se rivolti a gruppi specifici e non al pubblico generalista (Corrigan et al., 2005). Target particolarmente rilevanti possono essere coloro

che sono in una posizione rilevante rispetto allo stigma e agli obiettivi di vita della persona stigmatizzata, ad esempio – per i motivi visti in precedenza – locatori e proprietari di immobili, datori di lavoro, operatori sanitari, professionisti del settore di giustizia penale, politici e legislatori, ed infine i media.

Poiché proprio attraverso i media, le persone ottengono informazioni e sviluppano le conoscenze per interpretare il mondo che le circonda (Maiorano et al., 2017), è importante riconoscere il contributo di tali strumenti allo stigma e costruire consapevolezza sul discorso mediatico che concerne la salute mentale. Come si approfondirà nel Capitolo 3, la rappresentazione mediatica dei disturbi mentali influenza le percezioni e lo stigma e spesso rafforza pregiudizi negativi e non accurati (APA, s.d.). Le rappresentazioni mediatiche contribuiscono alle paure, all'intolleranza e all'ostilità della popolazione generale (Maiorano et al., 2017), e come sostengono Glasson e Wahl “allo stigma sui disturbi, agli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone che ne soffrono e alla percezione che queste sono pericolose e dovrebbero essere distanziate dalla comunità” (si vedano Klin e Lemish, 2008). Inoltre, la raffigurazione mediatica può avere un impatto negativo anche su coloro che convivono con condizioni di salute mentale, contribuendo al self-stigma e “riducendo l'autostima, scoraggiando la ricerca di aiuto e aumentando l'esperienza vissuta di discriminazione” (Maiorano et al., 2017). Secondo Rössler (2016), la copertura mediatica, i telegiornali e i giornali, i film e i programmi d'intrattenimento “giocano un ruolo centrale nella diffusione di informazioni distorte sui disturbi mentali e nel rafforzamento degli stereotipi negativi”. D'altra parte, la comunicazione mediatica potrebbe essere utilizzata anche per ridurre i pregiudizi, riportare storie positive e avviare dibattiti pubblici. Secondo la *review* condotta da Maiorano e coautori (2017), gli interventi anti-stigma mirati ai professionisti che si occupano di comunicazione e reporting nei mass media sembrano avere effetti positivi sull'accuratezza con cui si parla di salute mentale. I professionisti del settore media dovrebbero quindi essere tenuti a mente tra i target chiave di interventi educativi e dovrebbero essere resi consapevoli del loro ruolo nella lotta allo stigma sulla salute mentale. Nei Capitoli 3 e 5 si discuteranno le problematiche principali della comunicazione mediatica sul tema, mentre nel Capitolo 8 verranno proposte delle linee guida che comunicatori, divulgatori e altri creatori di contenuti dovrebbero tenere in considerazione quando trattano la salute mentale.

Anche gli *opinion leader* possono essere un potente veicolo di informazioni accurate e di lotta allo stigma: la credibilità che viene loro attribuita e la loro notorietà presso il grande pubblico fanno sì che questi possano influenzare – anche positivamente – la percezione pubblica in tema di salute mentale (Rössler, 2016). Ad esempio, gli opinion leader che convivono con disturbi mentali possono contribuire alla decostruzione dello stigma riportando le loro personali esperienze.

## Capitolo 3 Il rapporto tra media e salute mentale

### 3.1 La salute mentale nei mass media e i relativi impatti sulla società

Come evidenziato in precedenza, i media possono veicolare stereotipi e perpetuare lo stigma circa la salute mentale e le problematiche relative ad essa. Il presente capitolo si propone di spiegare l'evoluzione della comunicazione mediatica sulla salute mentale, le teorie che ne spiegano l'impatto sulla società e le problematiche principali della rappresentazione del tema nei media tradizionali.

È opportuno premettere che la gran parte degli studi presenti in letteratura sulla comunicazione della salute mentale si concentra sull'accezione di "salute mentale" come negazione della salute, riferendosi infatti per lo più ai disturbi mentali. Atanasova e coautori (2019) riportano infatti che gli studi, compresi i più recenti (la loro ricerca si focalizza sulle pubblicazioni tra il 2007 e il 2017), sono prevalentemente incentrati sul "lato della malattia": la gran parte della letteratura scientifica è focalizzata sulla rappresentazione delle malattie mentali, mentre secondo gli autori si dovrebbe sviluppare anche il filone di ricerca riguardante il "lato del benessere", analizzando i messaggi mediatici che promuovono il recupero ed il mantenimento del benessere psicologico.

In una *review*, Ma (2017) spiega che la ricerca sulla comunicazione mediatica riguardante la salute mentale può essere suddivisa in tre categorie fondamentali: studi sulla rappresentazione dei disturbi mentali nei media, studi sugli effetti di tale rappresentazione ed infine studi circa le potenzialità dei media nella riduzione dello stigma.

La letteratura riferita agli ultimi decenni ha ampiamente dimostrato il potere dei media, che possono essere considerati "una delle più significative influenze sulla società" (si veda Edney, 2004, in Smith, 2015). Data la loro pervasività nelle vite degli individui, i media rientrano tra le fonti primarie di informazione e sono generalmente ritenuti affidabili, a causa della mancanza di conoscenze necessarie a compiere una valutazione critica dei messaggi (Smith, 2015).

La psichiatra Giuseppina Paulillo e i colleghi dell'AUSL di Parma (2012) scrivono:

A partire dal secondo dopoguerra, da quando sono ampiamente disponibili mezzi d'informazione di massa, gli psichiatri e i giornalisti si sono trovati di fronte al problema di come informare i cittadini sui disturbi mentali, e di come rappresentare all'opinione pubblica fatti di cronaca in cui risultavano coinvolte persone affette da disturbi mentali.

Le rappresentazioni della salute mentale – o meglio, dei disturbi – sono in realtà presenti da molto prima del Dopoguerra: se ne trovano dimostrazioni nella letteratura, nell'arte, nella fotografia e nella medicina (Eisenhauer, 2008). La raffigurazione delle malattie mentali evolve nella storia coerentemente con i cambiamenti dell'opinione pubblica in merito, descritti nel Capitolo 1.

Immagini di “follia” si possono trovare nell’Antica Roma e nell’Antica Grecia, ad esempio nelle opere di Virgilio e Omero. Si riconosce, in queste raffigurazioni delle malattie mentali, la concezione della salute mentale basata sul modello soprannaturale - visto nel Capitolo 1 - secondo cui i disturbi mentali sono causati e curabili dall’intervento divino (Padel, 1995 e Hershkowitz, 1998 in Morris, 2006). Il modello soprannaturale guida anche le rappresentazioni nelle opere del XV secolo, nelle quali le persone con disturbi sono dipinte come emblemi del peccato e della mancanza di morale. Durante il XVIII e XIX secolo si nota un interesse e una maggiore raffigurazione soprattutto dei disturbi mentali nelle donne, che spesso nelle opere incorrono in seguito alla perdita del proprio innamorato. Secondo Small (1996), citato da Morris (2006), “ciò rappresenta uno spostamento significativo dall’immagine del pazzo in catene alla donna la cui sanità [mentale] è un’estensione della femminilità”.

Con la diffusione degli istituti manicomiali, la malattia mentale diventa una “stranezza” da guardare, come afferma Eisenhauer (2008): una tendenza sostenuta dal desiderio di preservare una “normalità” ben distinta. Le persone con disturbi sono state spesso dipinte sottolineandone l’anormalità e la bestialità, non solo nelle rappresentazioni popolari, ma anche nelle illustrazioni mediche e scientifiche.



Figura 3.1. Confronto tra razze di cavalli e forme di disturbi mentali in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1859 (fonte: Eisenhauer, 2008)

Dalla fine degli anni Cinquanta del Novecento, l’opinione pubblica comincia a riconoscere gli effetti deumanizzanti e dannosi dei manicomi, che vengono rappresentati in opere come *Qualcuno volò sopra il nido del cuculo* (1962) e *La campana di vetro* (1963). Inoltre, si diffonde l’interesse per rappresentare i disturbi mentali al fine di esplorare il “pensiero espanso” e la “cognizione alterata” (Morris, 2006).

Nell’era contemporanea, infine, con l’arrivo di nuovi modelli di approccio alla salute mentale, si è osservata una graduale evoluzione delle rappresentazioni mediatiche, ma restano presenti alcuni pregiudizi e stereotipi.

Wahl (1992) spiega che nella prima metà del Novecento si è assistito ad una crescita di interesse verso il tema della salute mentale: si citano ad esempio gli studi condotti da Taylor (1957), Gerbner (1961) e Byrd (1979), che hanno dimostrato un aumento degli articoli dedicati all'informazione sulla salute mentale nelle riviste. L'attenzione nei confronti della tematica è ulteriormente cresciuta nella seconda metà del XX secolo.

Già negli anni Settanta del Novecento, i disturbi mentali erano tra le "disabilità" più presenti nei programmi di prima serata e nelle soap opera (si vedano Byrd, 1979, e Cassata et al., 1979, in Wahl, 1992).

Un esempio è la soap opera *Il tempo della nostra vita*, trasmessa a partire dal 1965 e ancora oggi negli Stati Uniti. Cassata et al. (1979) sottolineano come nelle puntate in onda nell'anno 1977 si siano contati 6 casi di personaggi con disturbi psichiatrici nella telenovela (si trattava di disturbo bipolare o schizofrenia). Secondo gli autori, la malattia mentale diventa parte delle *storyline* dei personaggi dopo eventi traumatici che non sono stati metabolizzati: in *Il tempo della nostra vita*, ad esempio, Trish Clayton (Patty Weaver) soffre di una forma di schizofrenia dopo aver ucciso il padre adottivo per legittima difesa.

Le ricerche di Gerbner (1980, 1985) e Signorielli (1989), citate da Wahl, dimostrano che tra il 1969 e il 1985 i disturbi mentali sono diventati significativamente più presenti nei programmi prime-time e il numero di personaggi con disturbi è cresciuto. Allo stesso modo, anche il numero di articoli di giornale riguardanti il benessere (o malessere) psicologico è aumentato (Wahl, 1992).

Il tema della salute mentale sembra essere più presente in programmi televisivi di generi specifici, come il dramma o l'azione: Signorielli (1989), ad esempio, ha analizzato oltre 1200 programmi televisivi trasmessi tra il 1969 e il 1985, scoprendo che circa un programma su cinque di genere drammatico includeva una qualche rappresentazione delle malattie mentali. Nelle commedie, invece, il tema è meno presente.

Secondo Wahl già negli anni Novanta tra il 10% e il 20% degli show televisivi includevano rappresentazioni di disturbi.

Nonostante l'evidente interesse verso la materia, sia la televisione che i mezzi di comunicazione stampati dimostrano un evidente *bias*: "le disabilità emotive sono tra quelle meno accuratamente rappresentate in televisione" (Wahl, citando Byrd, 1979). La ricerca di Byrd e colleghi (1980), ad esempio, evidenzia che i disturbi mentali vengono spesso citati per spiegare le azioni di "killer psicotici" o "stupratori" nei programmi polizieschi e nelle serie drammatiche di prima serata.

Nella sua *review*, Wahl (1992) sottolinea le significative lacune presenti in letteratura: la televisione è il mezzo più studiato, in quanto mezzo di comunicazione di massa per eccellenza, mentre gli studi sui mezzi stampati sono presenti in misura minore e quelli sulle opere letterarie sono perlopiù assenti.

Circa dieci anni dopo, Stout e colleghi hanno invece riscontrato una maggiore presenza di studi riguardanti la rappresentazione della salute mentale nei giornali e nelle riviste (si veda Ma, 2017), che confermavano, comunque, le affermazioni di Wahl circa l'inaccuratezza e la stigmatizzazione perpetuate nei media. Le specifiche problematiche relative alla comunicazione sulla salute mentale saranno approfondite nel paragrafo successivo.

Come sostiene McQuail (1994, p.327, citato da Scheufele, 1999) “lo studio della comunicazione di massa si basa sulla premessa che i media hanno effetti significativi”.

Tra gli studi che riguardano l'impatto mediatico sulla società, Klin e Lemish (2008) distinguono due tipologie di ricerche:

- studi sull'influenza mediatica non intenzionale, che indagano l'effetto dei messaggi sul pubblico, sulla società e sui policymaker,
- studi sull'influenza intenzionale, ossia tesi a comprendere gli effetti di interventi e campagne di comunicazione mirate.

Per quanto riguarda l'influenza non intenzionale, Klin e Lemish (2008) affermano:

I mass media sono un'importante fonte di informazione circa la salute mentale e hanno un ruolo rilevante nella coltivazione delle percezioni e dello stigma (Wahl, 2004).

Presupposto che un framing negativo dei disturbi mentali nei media (Sieff, 2003) contribuisce a percezioni errate e falsi miti associati ad atteggiamenti ostili nei confronti di chi ha disturbi e dei caregivers, allora il framing positivo potrebbe influenzare lo sviluppo di percezioni positive, riducendo lo stigma e contribuendo ad un cambiamento nell'opinione pubblica.

Le riflessioni di Klin e Lemish evidenziano due teorie fondamentali per comprendere come i media possano influenzare gli individui e l'opinione pubblica: la teoria della coltivazione e la teoria del *framing*.

George Gerbner introdusse la teoria della coltivazione negli anni Settanta, in un contesto in cui la televisione si stava imponendo come mezzo di comunicazione di massa, di socializzazione (indiretta) e d'informazione. Con il termine “coltivazione”, Gerbner (1998) intende il contributo durevole dei mass media – ed in particolare della televisione – alla concezione pubblica della realtà: le immagini, le storie ed i messaggi mediatici, infatti, consentono lo sviluppo ed il rafforzamento di credenze e opinioni. Poiché nella società odierna – perlomeno in quella occidentale – siamo esposti ai media sin dai primi anni d'infanzia, questi contribuiscono a “coltivare” valori, ideologie, credenze e modelli di comportamento coerenti con i messaggi trasmessi. Una possibile conseguenza è il *mainstreaming*, per via del quale l'elevata esposizione ai mass media comporta l'omologazione delle differenze interpersonali e delle proprie prospettive sul mondo, che si uniformano con le visioni proposte dai mezzi di comunicazione.

La teoria della coltivazione è stata applicata a diversi ambiti, per spiegare ad esempio come i media influenzino le preferenze politiche, le aspettative sui ruoli di genere, i timori della società.

Come riporta Sieff (2003), le percezioni veicolate dai media dipendono in larga parte dal modo in cui le informazioni vengono “incorniciate” (*framed*). Per Goffman (1986) il *frame* si può esprimere come la modalità attraverso cui il messaggio è presentato e organizzato sul mezzo di comunicazione (Sieff, 2003). Come spiega Entman (1993, p.52) citato da Sieff, il *framing* consente di economizzare il processo di elaborazione delle informazioni: con il framing si selezionano alcuni aspetti da rendere salienti, enfatizzando quindi specifici elementi della realtà a scapito di altri dettagli. Queste scelte comunicative orientano l’interpretazione del messaggio verso una determinata direzione.

L’enfasi su alcune parti dell’informazione si attua con tecniche comunicative che rendono comprensibile, memorizzabile ed emotivamente impattante il messaggio: metafore, esempi, frasi ad effetto, descrizioni, appelli all’immaginario visivo del pubblico.

Pan e Kosicki (1993) individuano alcune tecniche di framing e distinguono in particolare due possibili strutture del messaggio (si veda Sieff, 2003):

- nella struttura sintattica la headline e le prime righe del testo evidenziano i punti più rilevanti della storia, rispettando il modello di lettura della piramide rovesciata e la lettura ad F teorizzata da Norman e Nielsen;
- nella struttura tematica del testo l’ordine logico con cui si presentano le informazioni guida il ragionamento approfondito e la comprensione dei rapporti causali tra eventi.

Come afferma Sieff, nelle news e nei programmi televisivi che trattano l’argomento della salute mentale, l’importanza data alla struttura sintattica tende a prevalere sulla struttura tematica. Ciò significa che l’enfasi viene posta principalmente sui titoli e sulle prime battute del messaggio, piuttosto che sulla complessità e le relazioni tra eventi.

Rogers e Pilgrim (2011, p.39, in Henderson, 2018) spiegano che il framing negativo è rinforzato da un circolo vizioso:

Giornalisti e storytellers giocano sui pregiudizi esistenti nel pubblico (per intrattenere o creare un effetto drammatico). Essi utilizzano schemi di analisi e di rappresentazione già applicati su altre storie in passato [...] si instaura un circolo vizioso conservativo, che viene riproposto e rafforzato da nuovi eventi o linee narrative.

Srivastava et al. (2018) riferiscono tra le tesi sugli effetti della comunicazione mediatica anche la teoria del *social learning*. Secondo questa teoria, le persone acquisiscono conoscenze sui comportamenti e sulle convenzioni sociali - quindi apprendono anche attitudini nei confronti delle persone con disturbi mentali - non solo attraverso l’esperienza diretta di socializzazione, ma anche con l’osservazione e quindi anche tramite i media. Secondo Philo (1996), addirittura, le

rappresentazioni mediatiche delle malattie mentali sono viste così frequentemente da prevalere sulle esperienze personali a riguardo (si veda Smith, 2015).

In merito all'impatto dei media sulle percezioni individuali, infine, risulta interessante la ricerca di Diefenbach e West (2007). Gli autori evidenziano che la maggior parte degli intervistati, pur riconoscendo l'influenza negativa delle rappresentazioni mediatiche dei disturbi mentali sulla società in generale, tende a sminuire l'impatto personale di tali messaggi. Questo fenomeno, definito "effetto terza persona", spiega la convinzione diffusa che i messaggi mediatici influenzino più gli altri che sé stessi. Granello e Pauley (2000) hanno confutato la veridicità dell'effetto terza persona, dimostrando l'esistenza di una correlazione positiva tra il tempo trascorso a guardare la TV e l'intolleranza nei confronti delle malattie mentali. Non solo: è stato anche rilevato che coloro che basano le loro conoscenze sui media sono più favorevoli all'autoritarismo e alle visioni socialmente restrittive rispetto ai disturbi (si vedano Granello et al., 1999, in Smith, 2015). Queste tendenze si osservano anche negli adolescenti: quando i giovani si informano prevalentemente attraverso i media, sviluppano atteggiamenti meno inclusivi e desiderano maggiore distanza sociale dalle persone con malattie mentali (Smith, 2015).

Secondo la psicoterapeuta Chiara De Ros, intervistata da Rota (16 giugno 2022), per molto tempo la salute mentale è stata un tema che dalla televisione veniva trattato con pudore e frettolosità. Nel tempo essa ha però guadagnato spazio mediatico e una maggior focalizzazione sulla prospettiva di protagonisti – e non più personaggi marginali – con problemi di salute mentale; si pensi opere come *A Beautiful Mind*, *Il Lato Positivo* e *La pazza gioia*. In prodotti come *The good doctor* e *Marilyn ha gli occhi neri*, poi, non solo si mostra l'esperienza del protagonista con patologie, ma lo si mette alla pari degli altri.

In realtà, come si vedrà nel paragrafo successivo, la salute mentale nei media è spesso ancora rappresentata in maniera distorta e non accurata. Per quanto riguarda i media italiani, in particolare, Fontanesi (12 marzo 2021) afferma:

Nonostante alcuni timidi passi in avanti da parte delle istituzioni, i disturbi mentali e soprattutto il suicidio sono argomenti ancora trattati come tabù, anche per la nostra cultura ancora molto legata alla visione cattolica per cui l'atto di porre fine alla propria vita è un grave peccato, tanto che in passato i suicidi non potevano essere seppelliti in terra consacrata.

Per Fontanesi, dunque, in Italia i media tradizionali subiscono ancora oggi l'influenza storica del clero e del conservatorismo; nonostante ufficialmente dal dopoguerra sia avvenuta una laicizzazione, resta presente un approccio anacronistico, fatto di tabù e semplificazione. I nuovi media, i social e le piattaforme streaming, invece, si dimostrano più aperti ad affrontare con rispetto la complessità della salute mentale e le sue sfaccettature: ne sono un esempio le serie Netflix *The end of the fucking world* e *Sex Education*.

### 3.2 Le principali problematiche della comunicazione sulla salute mentale

Fin dagli anni Cinquanta, i media hanno contribuito a rafforzare e perpetuare gli stereotipi sull'imprevedibilità, la pericolosità e l'inaffidabilità delle persone che convivono con problemi di salute mentale (Paulillo et al., 2012). L'effetto di rinforzo da parte dei media sugli stereotipi è ampiamente documentato in letteratura, come riportano Smith (2015) e la *review* condotta da Klin e Lemish (2008).

Ma (2017), nella sua *review* sugli studi sulla comunicazione della salute mentale condotti tra il 2003 e il 2015, evidenzia che l'immagine dei disturbi è negativa e stereotipata sia nei “*non fiction news media*” (giornali, riviste, programmi televisivi) che nei “*fictional media*” (film, serie tv, cartoni animati, ...). Le rappresentazioni negative offerte dai media hanno implicazioni sia sullo stigma pubblico, che viene rafforzato dagli stereotipi, sia sull'auto stigma, poiché possono peggiorare la percezione che le persone con disturbi hanno di sé (Corrigan e Watson, 2002).

Un veicolo di stereotipi è anche la pubblicità. Mentre in Europa pubblicizzare i farmaci etici (che richiedono prescrizione medica) è vietato, negli Stati Uniti sono permesse le promozioni Direct-to-Consumer. In questo particolare contesto, è stato dimostrato che il marketing delle aziende farmaceutiche contribuisce alla stereotipizzazione: un esempio è la pubblicità del Prozac, descritto dalla stampa come “la cura miracolosa per la depressione”. L'elevata copertura mediatica sul farmaco ha determinato un aumento significativo delle vendite (Montagne, 2001 e Sayce, 2000 citati in Klin e Lemish, 2008). Il framing della depressione nelle pubblicità ignora le cause psico-sociali del disturbo, per concentrarsi esclusivamente sugli scompensi biochimici su cui il farmaco agisce. Inoltre, i soggetti raffigurati sono tipicamente donne, sottintendendo l'idea che la depressione sia un disturbo femminile. Questo *bias* relativo al genere delle persone con disturbi è presente anche nella comunicazione in generale, oltre che nella pubblicità: come notano Klin e Lemish (2008) alle donne sono tipicamente attribuiti stress, agorafobia e depressione, mentre negli uomini sono sovrarappresentati disturbi gravi come schizofrenia e disturbo bipolare.

Per quanto riguarda le news, sebbene negli ultimi anni stia emergendo un movimento di “giornalismo costruttivo”, incentrato sulle storie di guarigione e sulle soluzioni ai problemi di salute mentale, la ricerca dimostra che le notizie negative godono di maggiore copertura mediatica e maggior impatto sulle persone (Atanasova et al., 2019). Fiske (1980) spiega infatti che le persone tendono a rivolgere più attenzione ai messaggi riferiti a comportamenti negativi ed estremi (l'attenzione, nello studio di Fiske, è stata misurata in termini di tempo trascorso a guardare un'immagine). Secondo Atanasova e colleghi (2019), questa tendenza predominante nei news media fa sì che venga perpetuato uno stereotipo sulla pericolosità delle persone che convivono con disturbi mentali; questa osservazione

resta valida a prescindere dalla zona geografica di riferimento, tanto in Europa, come in America e in Africa.

Atanasova e coautori (2019), evidenziano la carenza di informazioni nelle news provenienti direttamente dalle persone con disturbi mentali o dai loro familiari, nonostante le loro voci abbiano il potenziale di dare una rappresentazione più realistica e rispettosa della condizione mentale cui si fa riferimento.

Tuttavia, di recente si osserva che le parole di chi vive il disturbo mentale sulla propria pelle stiano cominciando a trovare uno spazio nei media tradizionali e soprattutto nei social media, dove le persone possono produrre e condividere contenuti in prima persona, grazie alle scarse barriere all'entrata (Thornicroft et al, 2013, in Atanasova et al., 2019). Come affermano Corrigan et al. (citati da Ma, 2017), le storie di guarigione e le azioni di advocacy hanno iniziato ad essere discusse nei media.

### **3.3 I disturbi mentali nei *fictional* e *non fictional media*: stereotipi e inaccurately scientifiche**

Ai fini di introdurre il ragionamento sugli stereotipi nei media, va precisato che non tutti i disturbi sono trattati allo stesso modo; Packer (2017) spiega infatti che la raffigurazione dei disturbi nella *popular culture* e nei media non è rappresentativa poiché ai fini dell'intrattenimento alcuni disturbi sono sovrarappresentati, mentre altri vengono ignorati:

Gli stati depressivi non fanno un film interessante [a meno che non si arrivi al suicidio]. Le persone depresse dormono di più, si spostano poco, parlano poco e difficilmente socializzano.

[...] Per il cinema, la drammatica fase maniacale del disturbo bipolare è molto più interessante.

Ma (2017) riporta un esempio della differenziazione dei messaggi mediatici a seconda del disturbo trattato: se da un lato la comunicazione sull'ADHD ha toni sempre più informativi, parla delle storie personali e incentiva l'empatia e la normalizzazione (si vedano Ray e Hinnant, 2009, in Ma, 2017), la schizofrenia è tra i disturbi più stigmatizzati.

Henderson (2018) ha condotto delle interviste con professionisti dell'industria dell'intrattenimento e con *story consultant*<sup>7</sup> che hanno collaborato alla scrittura di storyline di personaggi con disturbi mentali in alcune serie televisive come *Doctors*, *Skins* e *Shameless*. Secondo l'opinione degli intervistati, esistono attualmente ancora poche storie di personaggi che superano con successo il disagio o il *distress* senza un supporto medico e farmacologico, si parla dunque di predominanza del "modello medico": il personaggio in condizioni di sofferenza mentale viene indirizzato a cure mediche, mettendo in rilievo la componente fisiologica del disturbo piuttosto che quella psicologica,

---

<sup>7</sup> Gli *story consultant* intervistati erano rappresentanti di un ente di beneficenza per la salute mentale che si occupa di consulenze e campagne contro la discriminazione e lo stigma.

venendo meno al paradigma psicosociale. Di conseguenza, il personaggio viene patologizzato e in diverse occasioni si implica o si esplicita la sua necessità di assumere farmaci al fine di riuscire a gestire il disturbo; nella realtà, invece, non sempre e non tutti i disturbi necessitano una cura farmacologica ai fini della ripresa o della buona convivenza con la condizione. In stati di crisi psicologica, inoltre, il personaggio viene spesso criticato e/o marginalizzato fino al momento del recupero. Tali momenti, come affermano gli intervistati, hanno uno scopo drammatico nella storia e ne costituiscono passaggi salienti. Scrittori e produttori televisivi dovrebbero tuttavia bilanciare le esigenze narrative e la necessità di trasmettere messaggi corretti e non stigmatizzanti.

Smith (2015) conduce una *review* nella quale analizza come il prime time (la televisione di prima serata), le news e i programmi per bambini trattino il tema della salute mentale.

Per quanto riguarda il prime time, la letteratura dimostra come spesso i programmi televisivi in prima serata dipingano i personaggi con disturbi mentali come imprevedibili e violenti (Smith cita Signorielli, 1987 e 1989; Diefenbach, 1997; Diefenbach e West, 2007). I programmi del genere crime o poliziesco, in particolare, contribuiscono all'immagine delle persone con disturbi come pericolose: si pensi a *CSI*, *Criminal Minds* e *Law and Order*, dove spesso i crimini sono imputati a individui con malattie mentali (si vedano Gans-Boriskin e Wardle, 2005; Wilson et al., 1999). Questo stereotipo contribuisce ad una visione allarmistica, mentre non trova riscontro nella realtà dei fatti: secondo le statistiche, la probabilità di commettere un crimine non cambia significativamente negli individui con disturbi (si vedano Taylor e Gunn, 1999, Angermeyer, 2001, Walsh et al., 2002 citati da Carpinello et al., 2007).

Dal punto di vista stilistico, le percezioni di pericolosità sono guidate anche dalle inquadrature, dalle luci e dalle musiche che creano sensazioni di paura nello spettatore (si vedano Wilson et al., 1999, citati da Henderson, 2018).

Lo stereotipo sull'attitudine alla violenza è trasmesso anche nei news media come notiziari, quotidiani e riviste. Wahl e colleghi (2002), citati nella *review* di Smith (2015) hanno analizzato 300 articoli riguardanti i disturbi mentali su giornali cartacei statunitensi e hanno riscontrato che il tema prevalente era appunto la pericolosità: il 26% delle news riportava casi di crimini o violenza attribuiti a qualcuno con un disturbo. In meno del 5% degli articoli era riportato il punto di vista di una persona con il disturbo, suoi familiari o avvocati che si occupavano del caso. Inoltre, per quanto riguarda le tecniche di framing e la struttura sintattica sopra citate, è rilevante notare che spesso le headline degli articoli implicano un legame di causalità tra il crimine e il disturbo, dato nel titolo che si fa esplicitamente riferimento alla malattia mentale. Un caso emblematico di attribuzione di crimini a condizioni mentali è spiegato da McGinty et al. (2014): negli Stati Uniti, le news spesso imputano la

responsabilità di sparatorie a “persone pericolose” con disturbi mentali, piuttosto che ad “armi pericolose” e alla possibilità di accedervi con facilità (si veda Ma, 2017).

Risultati simili sui news media sono stati riscontrati in altri Paesi. In Italia, in particolare, Carpiello et al. (2007) hanno esaminato oltre duemila articoli di giornali italiani riguardanti suicidi o tentati suicidi, omicidi e atti di violenza. Nel 40% degli articoli si ascriveva la responsabilità del fatto ad una persona con un disturbo mentale (e questo avveniva in maggior misura in specifiche casistiche come gli omicidi-suicidi), ma in molti casi questa attribuzione non si basava su diagnosi reali circa le condizioni mentali del soggetto. In alcuni articoli, addirittura, crimini di cui non si conosce il colpevole sono stati imputati a “qualcuno che ha una malattia mentale”. Inoltre, gli articoli nei quali si menziona un disturbo mentale contengono mediamente il 20% di parole in più e presentano più spesso fotografie. Da un lato, si può pensare che la maggior lunghezza sia destinata a spiegare la complessità dell’argomento, ma gli autori ritengono che ciò si potrebbe anche intendere come una prova dell’eccessiva enfasi destinata ai casi legati alle malattie mentali.

La ricerca di Carpiello, tuttavia, ha anche riscontrato un lieve miglioramento della rappresentazione dei disturbi rispetto a ricerche precedenti (gli autori citano Carpiello et al., 1991), per via del minore utilizzo di termini stereotipanti (“pazzo”, “maniacco”, “mostro”). Secondo Paulillo e altri psicologi dell’AUSL di Parma (2012), tuttavia, le notizie di cronaca presentano ancora troppo spesso termini incorretti o usati in modo improprio, ad esempio “raptus”, “folle”, “follia”, “psicopatico” e altre espressioni usate per indicare un “impazzimento improvviso”.

Sieff (2003) cita studi precedenti (Hallam, 2002, e Sieff, 2002) che hanno evidenziato l’abbondante utilizzo di un linguaggio stereotipico e vivido nella descrizione di crimini commessi da una persona con schizofrenia, ai fini di costruire notizie sensazionalistiche. Nella stessa direzione va la ricerca di Magliano et al. (2011), che hanno indagato l’uso dei termini “schizofrenia”, “schizofrenico” e “schizofrenica” negli articoli di giornali italiani pubblicati nel 2008, distinguendo due possibili utilizzi: quello non metaforico, tipico degli articoli che parlano del disturbo o dei servizi per la salute mentale, e quello metaforico, utilizzato per indicare incoerenza/contraddizione, pericolosità/aggressività o eccentricità/stranezza. Nel 73,7% dei casi, si è riscontrato un uso metaforico: vocaboli relativi alla schizofrenia non si riferivano ad un’effettiva diagnosi né al disturbo in sé, ma venivano usati allo scopo di descrivere tratti negativi di soggetti o situazioni.

Un’ultima considerazione da sottolineare è che nei notiziari, quando si parla di un disturbo effettivamente diagnosticato, ci si focalizza perlopiù su casi di fallimento di riabilitazione psichiatrica (Berlin, 1991, in Klin e Lemish, 2008).

I news media, dunque, partecipano alla stigmatizzazione: Paulillo e colleghi (2012) dichiarano che il giornalismo segue un iter volto a produrre notizie “ad effetto” fatto di “automatismi

giornalistici” che passano per la scelta degli intervistati, la narrazione di casi esemplari, l’uso di statistiche. Inevitabilmente si spettacolarizza e semplifica una realtà che semplice non è. Ad esempio, nella narrazione di fatti di cronaca legati a persone con disturbi, spesso non si parla di dinamiche e disfunzioni interpersonali, ma si dà la priorità agli eventi traumatici più suggestivi (come lutti e separazioni). Non si parla dunque del vasto insieme di fattori che portano ad un evento drammatico, ma solo dei più salienti e comprensibili.

Come affermato da Hinshaw e Cicchetti (2000), anche l’analisi della comunicazione mediatica rivolta ai bambini è rilevante in quanto le attitudini e le credenze apprese durante l’infanzia sono spesso mantenute anche nell’età adulta (si veda Smith, 2015). I bambini ottengono informazioni dall’esperienza diretta, ma anche dai genitori e dai media.

Lo studio di Lawson e Fouts (2004), citato da Smith (2015), sui film Disney ha scoperto che l’85% dei 34 film in analisi aveva ricorrenti riferimenti verbali ai disturbi mentali, più di quanto un bambino sperimenterebbe nella quotidianità; tali riferimenti costituivano perlopiù connotazioni negative, con aggettivi come “*crazy*” e “*lunatic*” (pazzo, folle). Dunque, non solo nel prime time e nelle news: anche nei prodotti mediatici rivolti ad un pubblico di bambini è stato riscontrato l’utilizzo improprio di termini legati ai disturbi mentali.

Smith (2015) cita anche il lavoro di Wahl e colleghi (2003), che hanno analizzato sia i film adatti ai bambini che quelli per minori accompagnati: in due film su tre i personaggi con disturbi erano aggressivi e la gran parte degli altri personaggi ne erano intimoriti. I film per bambini trasmettono lo stereotipo sulla pericolosità delle persone con disturbi e consolidano la stigmatizzazione dei personaggi definiti come “pazzi”. Nella maggioranza dei casi, il personaggio con disturbi mentali è un antagonista oppure ha un ruolo comico per via delle sue azioni irrazionali. Vale lo stesso per i programmi televisivi per bambini: quando il personaggio “folle” non ha il ruolo di antieroe, questo è spesso un individuo ai margini della società, che tende a vivere più fallimenti che successi, ad essere ferito o “eliminato” da altri personaggi (si veda Gerbner, 1995, in Smith, 2015). I falsi miti e lo stigma, dunque, sono presenti significativamente nei messaggi mediatici sin dall’infanzia, sebbene i bambini dovrebbero essere un target per immagini positive e corrette atte alla prevenzione dello stigma.

Oltre alla pericolosità, un altro stereotipo presente in larga misura nei media è quello dell’improduttività: secondo Smith (2015) la televisione trasmette l’idea di incapacità delle persone con disturbi e la loro inadeguatezza agli standard produttivi della società (anche in termini di relazioni) sia dal lato contenutistico che stilistico. Per quanto riguarda i contenuti, i personaggi con disturbi sono spesso senza famiglia, senza lavoro o senza identità sociale (si vedano Wahl, 1982 e Wilson et al., 1999, in Smith, 2015); la solitudine e l’alienazione vengono poi trasmesse anche attraverso le scelte di regia: prevalgono primi piani e scene in cui i personaggi sono soli, al fine di

comunicare un senso di isolamento (Rose, 1998, in Smith, 2015). Secondo Olstead (2002) questo stereotipo sull'incapacità di stringere relazioni contribuisce ad una percezione di irrilevanza e inferiorità dell'individuo con malattie mentali, non solo da parte della società ma anche dagli spettatori con condizioni di salute mentale, che sono portati a percepirsi come inadeguati; da ciò può conseguire un circolo vizioso sostenuto dal meccanismo della profezia che si auto-avvera.

Lo stereotipo sull'improduttività è particolarmente rilevante se considerato in prospettiva dell'identità virtuale di cui parla Goffman (si veda il Capitolo 2): i media comunicano che avere un disturbo non sia in linea con gli standard sociali, di conseguenza la persona malata non è legittimata ad essere parte integrante della comunità.

Hylar e colleghi (1991) spiegano che le modalità in cui storicamente il cinema e la televisione hanno rappresentato le persone con un disturbo mentale possono essere raggruppate in alcuni archetipi spiegati di seguito.

1. Lo spirito libero e ribelle: personaggi straniati, che hanno comportamenti in contrasto con le autorità e le norme sociali. Si tratta di soggetti intelligenti, scaltri, ma anche imprevedibili e talvolta crudeli, un esempio è il personaggio di Jack Nicholson in *Qualcuno volò sul nido del cuculo*. Quando il personaggio è così rappresentato, spesso la morale e il finale della storia sottintendono che il disagio mentale del personaggio possa essere risolto con la liberazione dalle imposizioni sociali.
2. Pazzo omicida: la tipologia di personaggi che più fomenta le percezioni pubbliche di pericolosità e di minaccia ai membri della società. Questi personaggi contribuiscono a creare un immaginario di paura legato ai disturbi mentali. È curioso notare che, specialmente nei film di genere horror, la "follia" del personaggio viene spiegata dalla presenza di una possessione; ciò mantiene in vita il modello soprannaturale d'interpretazione della salute mentale, approfondito nel Capitolo 1.
3. La paziente seduttiva: le donne con disturbi sono spesso mostrate in vesti di seduttrici, "ninfomani" – scrivono gli autori – con una sessualità distruttiva per il personaggio tipicamente di sesso maschile che si incarica del loro recupero.
4. Specie dello zoo: si tratta di personaggi la cui dignità viene negata. La rappresentazione mette in rilievo la bestialità del personaggio e lo deumanizza, negandogli attributi tipicamente umani come la cultura, la moralità, l'intelletto.
5. Parassita narcisista: il soggetto è presentato come una persona egoista, amante delle attenzioni, spesso con uno status sociale elevato per cui si trova in uno stato di superiorità rispetto al resto della società, che critica aspramente.

6. Membro illuminato della società: il personaggio con condizioni mentali è considerato con ammirazione, poiché “grazie” alla malattia è in grado di maturare visioni e riflessioni sulla società divergenti dalla massa, scegliendo anche con i suoi comportamenti di rifiutarne le convenzioni costrittive.

Nonostante alcuni di questi archetipi possano sembrare positivi, è rilevante riconoscere che tutti perpetuano uno o più stereotipi e comunicano una distanza significativa tra il personaggio con disturbi e il resto delle persone: una differenza innegabile tra *outgroup* e *ingroup* che, come visto in precedenza, è uno degli elementi fondanti dello stigma.

### 3.4 Il sensazionalismo contro la normalità

È stato visto come le persone che convivono con disturbi mentali siano rappresentate come pericolose, violente, imprevedibili e diverse. Si possono inoltre riconoscere altre due visioni proposte dai media e che si trovano a due estremi opposti: da un lato, l'individuo da compiangere e dall'altro, il soggetto dalle capacità incredibili. Come spiegano Paulillo e coautori (2012), negli interventi mediatici in cui sono presenti familiari di persone che hanno disturbi mentali, queste vengono spesso descritte come pazienti da assistere nei luoghi di cura, da compiangere, da tutelare poiché non autonomi; viceversa, talvolta si parla dei soggetti con condizioni mentali evidenziando le loro eccezionali capacità sportive, artistiche o di altra natura e delle sue imprese straordinarie.

A conferma di quest'ultima possibile rappresentazione delle persone con malattie mentali, Beirne (2018) individua una particolare tipologia di personaggi nelle serie televisive: coloro che ottengono risultati e successi grandiosi proprio grazie ai tratti del loro disturbo mentale. Beirne ha rivolto la sua analisi ai protagonisti di serie TV del genere investigativo/poliziesco:

1. *Sherlock*, dove Sherlock soffre del disturbo antisociale di personalità;
2. *Homeland*, con Carrie Mathison che ha il disturbo bipolare;
3. *Perception*, nella quale Daniel Pierce convive con la schizofrenia;
4. *Hannibal*, dove Will Graham è descritto come un personaggio che ha una mancanza di empatia tale da suggerire la presenza della sindrome di Asperger o autismo;
5. *Black box*, in cui la neuroscienziata Catherine Black soffre di disturbo bipolare;

Si è notato che la condizione mentale dei protagonisti permette loro di risolvere enigmi, proteggere la società da attacchi terroristici e serial killer. Ad esempio, Daniel Pierce in *Perception* è aiutato a risolvere i casi dalle allucinazioni dovute alla schizofrenia. Carrie di *Homeland* e Catherine di *Black box* sono particolarmente performanti negli episodi di mania del disturbo bipolare.

Talvolta, le imprese dei protagonisti sono così straordinarie da garantire loro trattamenti di favore da parte delle istituzioni e della giustizia.

Nonostante si tratti di immagini positive, anche queste perpetuano uno stigma basato sulla diversità e sull'anormalità. Inoltre, l'identità dei personaggi e le loro abilità straordinarie sono indissolubilmente legate al disturbo mentale: quando – e se – i protagonisti assumono farmaci per gestire i sintomi, questa scelta si ripercuote negativamente sulla loro capacità di aiutare le altre persone e di avere illuminazioni eccezionali. Si perpetua dunque uno stigma sulla scelta di richiedere aiuto e trattare il disturbo, oltre che confermare la prevalenza del modello medico di cui parla Henderson (2018).

Anche Packer (2017) riporta che i mass media contengono rappresentazioni o negative o sensazionalistiche dei disturbi mentali: questi vengono spesso romanticizzati e celebrati in quanto complici del genio di grandi artisti. Ne sono esempi le narrazioni su persone che hanno sofferto – o a posteriori è stato ritenuto che abbiano sofferto – di disturbi mentali: si pensi a Van Gogh, Goya, Cobain.

I media ignorano invece una visione normalizzante ed il pensiero di coloro che hanno davvero conosciuto disturbi mentali: sarebbe prioritario, secondo Nairn e Coverdale (2005) rappresentare la normalità, l'ordinarietà della vita degli individui che convivono con un disturbo, il loro ruolo nella società, il loro lavoro. Queste raffigurazioni sarebbero un'importante risorsa contro la stigmatizzazione, in quanto dimostrano l'umanità del soggetto e la sua partecipazione attiva alla società. Come scrivono Paulillo et al. (2012), le occasioni in cui i media danno la parola ai diretti interessati permettono di tracciare descrizioni più lucide e realistiche della loro persona e della salute mentale, volgendo l'attenzione a importanti tematiche come i diritti, le difficoltà occupazionali, le pensioni insufficienti, le condizioni abitative.

Nelle occasioni in cui sono gli esperti a intervenire nel discorso mediatico, invitati per soddisfare la curiosità del pubblico nei confronti dei disturbi mentali, i professionisti sono costretti a condensare in pochi minuti o battute la descrizione di quadri clinici ben più complessi. Trattandosi di contesti che parlano alla massa, i termini tecnici comportano il rischio di incomprensioni e confusione, nasce dunque la difficoltà nel trovare un linguaggio più chiaro e semplice, ma scientificamente corretto. Quando all'esperto è chiesto come si affronta una patologia, generalmente si accenna alla cura farmacologica e alla psicoterapia, inevitabilmente semplificando un quadro ben più ricco e intricato di possibili vie, offrendo un "ottimismo acritico" che non tiene conto dei casi di non rispondenti a tali strade, né delle difficoltà sociali e dello stigma che pesano sulla decisione di intraprendere percorsi terapeutici. Paulillo e i coautori auspicano la creazione di rapporti di stretta collaborazione tra comunicatori e professionisti della salute mentale, al fine di pianificare una comunicazione coerente con il mezzo, ma anche corretta e ragionata dal punto di vista scientifico.

In conclusione, la ricerca dimostra ampiamente che i disturbi mentali sono spesso rappresentati nei media come violenti, pericolosi, imprevedibili o come membri ai margini della società e in qualche modo diversi “dagli altri”.

### **3.5 Stereotipi su altre figure relative all’ambito della salute mentale**

Secondo la *review* di Klin e Lemish (2008) non solo i disturbi sono rappresentati in maniera distorta e stereotipante, ma anche il loro trattamento e le persone che se ne occupano. I professionisti della salute mentale vengono spesso dipinti come persone che abusano del potere sul paziente e ne violano la privacy (si citano Von Sydow e Reimer, 1998). La rappresentazione distorta delle professioni dedicate dalla cura della salute mentale può rafforzare lo stigma sulle condizioni di salute mentale in generale e disincentivare la richiesta di aiuto, in quanto le figure che si occupano del benessere psicologico vengono viste sotto una luce negativa che scredita il settore della psicologia, psicoterapia e psichiatria.

Smith (2015) riporta la classificazione di Gabbard e Gabbard (1999) riferita ai ruoli degli psichiatri nei film fino alla prima metà del Novecento: l’alienista (presente solo in contesti legali), il ciarlatano (un professionista incompetente) e l’oracolo (lo psichiatra onnisciente). Anche Schneider (1987) propone una categorizzazione dei personaggi dei film che si occupano di salute mentale:

- Dr. Dippy: il terapeuta incapace e confuso;
- Dr. Evil: un personaggio carismatico con intenzioni malevole, un individuo manipolatorio e non affidabile;
- Dr. Wonderful: una figura estremamente altruista, dedita al proprio lavoro, competente e sempre disponibile. Qualità positive che tuttavia spesso portano il personaggio a oltrepassare i confini dell’etica professionale, a riservare trattamenti di favore ad alcuni pazienti e a subirne le conseguenze nella propria vita privata.

Infine, Pirkis et al. (2005) segnalano un’ultima tipologia di terapeuta nei film: Dr. Sexy. Si tratta tipicamente di donne seduttive e non professionali, la cui sessualità – e non la terapia – diventa la chiave per la guarigione del paziente. Le psichiatre (e le donne in generale) sono più soggette alla sessualizzazione nei media rispetto agli uomini (Reiter, 1999, in Smith, 2015).

Smith (2015) riporta anche la categorizzazione più recente proposta da Wedding e Niemiec (2003) che distinguono otto possibili set di tratti dei terapeuti nella televisione: (1) arrogante e inefficace, (2) freddo e autoritario, (3) pericoloso e onnisciente, (4) competente e autoritario, (5) motivante e ben intenzionato, (6) passivo e apatico, (7) seduttivo e immorale, (8) scaltro e manipolatore.

Sebbene esistano anche personaggi che si occupano della salute mentale con motivazione e competenza (Wedding e Niemiec, 2003, in Smith, 2015) appare evidente come storicamente siano

prevalse raffigurazioni negative, utili ai fini dell'intrattenimento, ma che danneggiano la reputazione della professione. È interessante lo studio di Maier et al. (2014) circa l'influenza delle rappresentazioni mediatiche di psicologi, di coloro che sono in terapia e delle persone con disturbi mentali. La ricerca ha coinvolto 318 partecipanti e ha indagato le loro impressioni su personaggi di film e show televisivi come *Grey's Anatomy*, *Scrubs*, *A Beautiful Mind*. Quando la percezione del terapeuta nel film/ tv show era positiva, i partecipanti dimostravano anche una migliore opinione degli psicologi in generale e di conseguenza un minor senso di stigma nei confronti della ricerca di aiuto psicologico.

Sebbene sia chiaro che i media non siano l'unico fattore che incide sulla volontà di rivolgersi a professionisti della salute mentale, appare evidente la necessità di rappresentazioni positive del settore della psicologia, psicoterapia e psichiatria.

Lo psicologo ed esperto di media James C. Kaufman, citato da Stringer (2016), afferma: "La società è lentamente progredita verso una maggiore comprensione e minore stigma associato ai disturbi mentali e alla terapia, e i media riflettono questo cambiamento".

Si ritiene che in anni recenti le rappresentazioni mediatiche dei professionisti della salute mentale siano gradualmente migliorate: nella serie *I Soprano*, ad esempio, il protagonista Tony Soprano vede regolarmente la dottoressa Melfi, che rappresenta realisticamente come opera un terapeuta e normalizza la scelta di andare in terapia (Stringer, 2016). Nella stessa direzione, la serie *In Treatment* raffigura professionisti che sono "umani, imperfetti e riescono comunque a fornire una buona terapia nonostante le sfide" (Sudakov, 8 dicembre 2021).

### **3.6 La comunicazione dei suicidi: effetti agli estremi opposti**

È doverosa una riflessione specifica sulla comunicazione del fenomeno del suicidio che, come è stato visto nel Capitolo 1, è legato alla salute mentale ed ha grande impatto sulla società.

I media dovrebbero avere il ruolo di fornire ai pubblici informazioni eticamente corrette ed attendibili. Tuttavia, il moderno *infotainment*<sup>8</sup> e i ritmi rapidi della diffusione di notizie sui mass media, fanno sì che i giornalisti e gli altri professionisti dell'industria rispondano sempre più ai desideri e alla curiosità delle audience, piuttosto che al dovere di informazione (Corbo e Zweifel, 2013). La conseguenza è spesso la spettacolarizzazione dei casi di suicidio ed il mancato rispetto della privacy delle persone coinvolte.

---

<sup>8</sup> "Infotainment" è un termine derivato dalla fusione di "information" ed "entertainment". A partire dagli anni Ottanta, negli Stati Uniti e poi nel resto del mondo, sia nei giornali che nella televisione l'informazione ha iniziato a adattarsi alle tecniche dell'intrattenimento per soddisfare obiettivi commerciali. La notizia deve quindi stare alle regole che permettono di raggiungere un maggior numero di ascolti (Treccani, 2012a).

La comunicazione di casi reali o fittizi di suicidi dovrebbe invece essere gestita con estrema attenzione, poiché sono stati distinti due possibili effetti sociali: l'effetto Werther, che causa comportamenti imitativi nel pubblico, e l'effetto Papageno, che aiuta invece a prevenire i comportamenti suicidari.

L'effetto Werther identifica un effetto imitativo dei comportamenti suicidari dovuto all'influenza mediatica. Il termine, coniato dal sociologo David Phillips nel 1974, si ispira all'aumento di casi di suicidio registrato in seguito alla pubblicazione del libro *I dolori del giovane Werther* (1774) di Goethe. L'Effetto Werther si innesca quando ad un caso di suicidio viene rivolta un'elevata copertura mediatica caratterizzata da una comunicazione dettagliata e sensazionalistica, che determina un contagio in termini di comportamenti suicidari (Quaranta, 22 gennaio 2024; Zani, s.d-a). Questa conseguenza negativa è stata spiegata con le teorie del *social learning* e dell'identificazione (Domaradzki, 2021).

Secondo la teoria del *social learning*, poiché i modelli di comportamento sono imparati anche attraverso l'osservazione, allora soggetti vulnerabili potrebbero apprendere dai media che il suicidio è una risposta possibile ai problemi personali. Il concetto di identificazione orizzontale spiega invece che le persone tendono a identificarsi con chi si trova in situazioni simili alla loro: in situazioni di crisi o difficoltà, vedere o leggere una notizia sulle vittime del suicidio potrebbe portare a riconoscersi in loro. L'identificazione orizzontale e l'effetto imitativo sono più pronunciati negli individui che condividono età, sesso, nazionalità o status con la vittima di suicidio (Domaradzki, 2021). Esiste, inoltre, anche l'identificazione verticale, secondo cui i soggetti tendono a imitare i comportamenti di persone ammirate e/o famose. Stack, citato da Domaradzki (2021), ha riportato che le storie sui suicidi di celebrità – se riportate in modo sensazionalistico – hanno 14.3 volte più probabilità di provocare comportamenti imitativi.

Domaradzki (2021) ha condotto una revisione sugli studi della comunicazione dei suicidi. È emerso che l'effetto Werther può durare da pochi giorni fino a nove settimane.

La World Health Organization (2023) riporta che la letteratura ha prodotto risultati consistenti sull'effetto imitativo dovuto alle notizie e alle narrazioni sui casi di suicidio, che diventa un rischio particolarmente probabile in presenza di alcuni fattori:

- copertura mediatica elevata su casi di suicidi particolarmente impattanti;
- la notizia di suicidio riguarda persone tenute in alta considerazione, ad esempio celebrità;
- il rischio di comportamenti imitativi è maggiore quando gli spettatori o i lettori possono identificarsi con il protagonista della notizia;
- specifici sottogruppi della popolazione sono particolarmente esposti al rischio di mettere in atto comportamenti suicidari imitativi: ci si riferisce agli adolescenti, alle persone con disturbi mentali,

alle minoranze, alle persone che hanno esperienze pregresse di tendenze suicidarie o che hanno vissuto lutti dovuti al suicidio;

- il contenuto e lo stile della notizia possono aumentare il rischio che incorra l'effetto Werther quando si perpetuano miti sul suicidio, lo si romanticizza o glorifica;
- infine, la presenza di descrizioni dettagliate sui metodi o i luoghi del suicidio potrebbe promuovere l'imitazione.

L'Effetto Papageno agisce in direzione contraria al precedente, con un'azione preventiva sulle tendenze suicidarie. Si ha questo effetto protettivo quando i messaggi mediatici sono incentrati sulle fasi di ideazione suicidaria, piuttosto che sui casi di suicidio, e sottolineano le strategie di *coping* positivo che hanno permesso di superare le circostanze avverse (Quaranta, 22 gennaio 2024; Niederkrotenthaler et al., 2018). WHO e International Association for Suicide Prevention (2023) riportano che alcuni studi hanno dimostrato che le storie nei media riguardanti casi in cui l'ideazione suicidaria è stata affrontata con esiti positivi sono associati a una riduzione della tendenza al suicidio e un aumento della ricerca d'aiuto. L'effetto Papageno è possibile quando si trattano casi in cui il suicidio è stato evitato e quando nel messaggio si danno informazioni su come affrontare pensieri suicidari e dove trovare supporto.

Si noti che gli effetti spiegati non sono limitati ai news media: nella *review* condotta da Domaradzki (2021) si è analizzato anche l'impatto delle rappresentazioni mediatiche di suicidi fittizi nei *fictional media*: sebbene in misura minore rispetto alle notizie di casi reali, anche i casi immaginari possono comunque provocare comportamenti imitativi. Nella *review* si citano, ad esempio, gli studi di Hawton et al. (1999) e Ostroff et al. (1985) che hanno riscontrato un aumento dei tentativi di suicidio in seguito alla trasmissione di serie televisive che raffiguravano il suicidio (*Surviving e Casualty*).

Nel documento *Preventing suicide: a resource for media professionals* WHO e International Association for Suicide Prevention (2023) raggruppano i principi da tenere a mente per parlare di suicidio in modo corretto, evitare l'effetto Werther e ricercare l'effetto Papageno:

- includere nel messaggio – idealmente all'inizio - informazioni sulle fonti di aiuto (servizi di prevenzione al suicidio, medici e professionisti, gruppi di mutuo aiuto) evitando però di fare liste troppo lunghe. Le risorse fornite dovrebbero essere disponibili 24 ore su 24;
- educare il pubblico sul fenomeno del suicidio evitando di fare riferimenti ai falsi miti – anche se fatti per contrastarli – perché tendono a rimanere più impressi nella memoria;
- riportare storie di persone che sono riusciti a superare i pensieri di suicidio grazie all'aiuto ricevuto dalle risorse e applicando strategie di coping positivo, che potrebbero essere adottate dal pubblico;

- fare particolare attenzione quando – e se – si riporta il suicidio di persone influenti o celebrità: questi casi dovrebbero piuttosto essere trattati come tragedie che si sarebbero potute prevenire;
- ponderare la decisione di intervistare familiari o amici della persona deceduta per suicidio;
- ricordare che trattare di casi di suicidio può impattare anche su chi si occupa della notizia: i *media professionals* dovrebbero essere preventivamente informati sulle strategie per mantenere il proprio benessere psicologico e sui servizi di supporto alla salute mentale;
- evitare di dare troppa rilevanza o copertura nel mezzo di comunicazione a casi di suicidio;
- non semplificare le ragioni e le dinamiche che portano al suicidio (ad esempio imputandolo alla fine di una relazione);
- evitare di usare linguaggio sensazionalistico, ad esempio non inserendo la parola “suicidio” nella headline, a meno che non sia accompagnata da “prevenzione”;
- non includere materiale audiovisivo riferito al fatto, ad esempio link a social media, fotografie, video, registrazioni audio;
- evitare di riportare dettagli circa il metodo utilizzato, il luogo in cui il suicidio è avvenuto o altri particolari come gli ultimi post sui social della vittima, gli ultimi messaggi inviati, tantomeno eventuali biglietti d’addio.

## Capitolo 4 Internet e la *e-mental health*

### 4.1 Il Web 2.0 e l'applicazione in ambito sanitario

Nel precedente capitolo è stata analizzata la comunicazione della salute mentale sui mass media, i mezzi di comunicazione predominanti fino agli anni Novanta. Sui media tradizionali, si ha una comunicazione rivolta alla massa: il pubblico è passivo e si considera uniforme, pertanto i messaggi sono omologati. Nella comunicazione di massa, vige una relazione gerarchica tra mittenti e destinatari: i messaggi sono comunicati da uno a molti, in una logica unidirezionale e *top-down*. È la natura stessa dei media a comportare questa asimmetria relazionale: si pensi alla radio, alla televisione, ai giornali, dove sono pochi soggetti ad avere le competenze e l'accesso alla produzione dei messaggi, mentre il pubblico è in una posizione fissa di ricezione.

Nonostante l'avvento di Internet e del World Wide Web (che risale agli anni Novanta), fino ai primi anni Duemila la comunicazione rimane basata su questo stesso approccio. Nel Web 1.0, infatti, vigono il paradigma informativo (per il quale il web è un ambiente usato per la ricerca di informazioni) e il paradigma del *broadcasting*: come nei mass media, i flussi di informazione vanno da uno a molti e il pubblico è passivo (Cosenza, 2022). Secondo Thackeray et al. (2008) il Web 1.0, anche definito "*read-only internet*", è costituito da applicazioni e sistemi statici, contenuti permanenti e pubblicati esclusivamente da chi ha le competenze tecnologiche e l'accesso ai software necessari: la distinzione tra utenti e provider è quindi stabile e netta.

Nel corso del 2004 e 2005 si inizia a parlare di Web 2.0: la graduale integrazione di mail, forum di discussione, chat, blog, e altre tecnologie permette lo sviluppo di una comunicazione "da molti a molti" e tra pari, non più *top-down* ma *peer to peer*. Come scrive Cosenza (2022), il Web 2.0 è caratterizzato da "interazione, collaborazione, dialogo, social media, contenuti prodotti dagli utenti (*user-generated contents*), comunità virtuali". Si passa dunque da una comunicazione unidirezionale ed un pubblico passivo e omogeneo, tipica della comunicazione di massa, ad una "comunicazione bidirezionale basata sull'interattività" (Mancini, 2012). In questo contesto, il destinatario è attivo poiché può decidere quali messaggi vedere, può rispondere e può produrre in prima persona; la caratteristica fondamentale del Web 2.0 è la facilità con cui le informazioni sono generate e trasmesse. Muta quindi il paradigma comunicativo: il pubblico, non è solo oggetto, ma soggetto della comunicazione. Gli utenti possono allora essere definiti "*produsagers*" (Bruns, 2006), termine che arriva dall'unione di "*users*" (utilizzatori) e "*producers*" (creatori). Secondo Bonsón e Flores (2011), il Web 2.0 ha permesso una "democratizzazione tecnologica" in cui tutti hanno la capacità di creare e pubblicare contenuti.

La trasformazione digitale diviene particolarmente rilevante nel settore sanitario: già nel 2000 si comincia a parlare di *e-health* (sanità elettronica) per indicare le applicazioni di Internet in ambito sanitario, così come si parla di *e-commerce* (commercio elettronico) o *e-mail* (posta elettronica). Nel 2001 Eysenbach propone una definizione accademica di *e-health*:

un campo emergente all'intersezione tra informatica medica, sanità pubblica e imprese, con riferimento ai servizi sanitari e alle informazioni fornite o migliorate attraverso Internet e le tecnologie correlate. In un senso più ampio, il termine caratterizza non solo uno sviluppo tecnico, ma anche uno stato d'animo, un modo di pensare, un atteggiamento e un impegno per un pensiero globale e in rete, per migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale, regionale e mondiale, utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Eysenbach, 2001).

Nella *e-health* nascono nuove opportunità di comunicazione e informazione sanitaria, di cui beneficiano sia le strutture che i pazienti:

1. la trasmissione di dati tra istituzioni è facilitata;
2. i consumatori/pazienti dei servizi sanitari possono interagire online con i sistemi delle strutture e possono comunicare online con altri pazienti (Eysenbach, 2001).

Ai fini del presente elaborato è rilevante soprattutto il secondo punto, relativo alla centralità dei pazienti nella *e-health* (Uribe-Toril et al., 2021). Si parla di Medicina 2.0 per indicare le caratteristiche della salute elettronica tipiche del Web 2.0: la partecipazione dei pubblici e la collaborazione. Gli “*e-patients*” sono attivi, compiono ricerche, si connettono tra loro, si scambiano opinioni e consigli sulla base delle esperienze personali: le loro conoscenze non dipendono più soltanto dal personal e medico e dai mass media (Fernández-Luque e Bau, 2015).

Internet, insomma, cambia il rapporto tra pazienti e sanità e il modo in cui gli individui cercano informazioni mediche e prendono decisioni sulla propria salute: le ricerche sulla salute online sono aumentate negli ultimi anni e tramite il web i pazienti accedono al supporto tra pari, ad esempio sui forum di supporto e sui social media (Uribe-Toril et al., 2021). Ciò può avere effetti positivi per, ma è importante sottolineare che questo boom di informazioni può anche avere implicazioni negative: la ricerca di informazioni sulla salute fisica e psichica è una tra le attività più frequenti nei motori di ricerca (Fox, 2013), che può tuttavia portare ad un circolo vizioso per cui la ricerca frequente e prolungata dei propri sintomi alimenta preoccupazioni già presenti o ne fa nascere di nuove (State Of Mind, s.d.). A questo proposito, Starcevic (2017) parla di *cybercondria* (neologismo ottenuto dalla fusione dei termini “cyber” e “ipocondria”) per indicare “la tendenza a ricercare online persistentemente informazioni mediche in associazione al progressivo incremento dei livelli di ansia relativi alla propria salute” (State Of Mind, s.d.).

Nella *review* sistematica di Da Fonseca et al. (2021) si sono considerati gli studi sulla *e-health* pubblicati tra il 2014 e il 2019, per identificare le pratiche più comuni e le malattie trattate: tra gli ambiti di applicazione della sanità elettronica rientra anche il settore della cura della salute mentale.

Riper e colleghi (2010) parlano infatti di *e-mental health* (salute mentale elettronica):

La “*e-mental health*” può essere intesa come un termine generico per descrivere l’uso delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT) – in particolare le numerose tecnologie legate a Internet – quando queste tecnologie vengono utilizzate per supportare e migliorare le condizioni di salute mentale e le malattie mentali. [...] La salute mentale elettronica comprende l'uso delle tecnologie digitali e dei nuovi media per la fornitura di screening, promozione della salute, prevenzione, intervento precoce, trattamento o prevenzione delle ricadute, nonché per il miglioramento dell'erogazione dell'assistenza sanitaria (ad esempio, cartelle cliniche elettroniche), servizi professionali istruzione (e-learning) e ricerca online nel campo della salute mentale.

Alla luce della definizione riportata, si sottolineano due strumenti principali della *e-mental health*:

1. le tecnologie digitali che consentono il supporto pratico della salute mentale: Internet è infatti il primo strumento che ha permesso di creare e accedere a risorse gratuite o a basso costo per la salute mentale inesistenti fino a venti o trent’anni fa (Barak e Grohol, 2011);
2. i nuovi media, che permettono lo sviluppo di una comunicazione in materia diversa rispetto a quella sui media tradizionali, poiché caratterizzata dai tratti del Web 2.0 visti all’inizio di questo paragrafo.

In modo speculare, le implicazioni sulla salute mentale degli individui si muovono lungo due direzioni:

1. c’è la possibilità di usufruire un supporto diretto al benessere psicologico, grazie agli interventi psicologici *Internet-based*;
2. la diffusione di una nuova comunicazione sulla salute mentale, dove i diretti interessati possono far sentire la loro voce e trovare supporto sociale, permette la diffusione di messaggi diversi rispetto a quelli presenti sui media tradizionali e, potenzialmente, il contrasto degli stereotipi.

I paragrafi successivi approfondiranno ambedue i punti, riflettendo sia sulle tecnologie digitali e che sui nuovi media; questi ultimi verranno ulteriormente approfonditi nel Capitolo 5, che in particolare analizza la comunicazione della salute mentale sui social media.

## 4.2 Nuove tecnologie a sostegno della salute psicologica: terapie digitali, applicazioni per smartphone e Intelligenza Artificiale

Barak e Grohol (2011) evidenziano le opportunità offerte da Internet in ambito di salute mentale. Gli autori parlano di *web-based interventions* per indicare l'insieme di risorse basate sulle tecnologie digitali che sono destinate al supporto del benessere psicologico. Le potenzialità offerte da Internet superano quelle dei mass media, in quanto questi ultimi possono arrivare esclusivamente a educare la popolazione attraverso i messaggi, ma non possono aiutare concretamente gli individui.

Esempi di *web-based interventions* per la salute mentale, riportati da Barak e Grohol (2011) sono i seguenti:

- terapia e *counseling* online, dove paziente e professionista interagiscono attraverso piattaforme o tecnologie digitali;
- siti mirati alla psicoeducazione, che raggruppano informazioni sulla salute mentale;
- interventi auto-guidati e interattivi, cioè tecnologie attraverso le quali l'utente trova risorse utili e può intraprendere un programma di auto-aiuto, ad esempio app per lo smartphone;
- gruppi di supporto e blog online, definiti come interventi guidati e focalizzati sui pari; di questi si parlerà nel paragrafo successivo focalizzandosi sulle implicazioni nella comunicazione della salute mentale;
- altri tipi di interventi digitali, ad esempio quelli che utilizzano la realtà virtuale.

Santoro (2022), esperto di *digital health* e sperimentazione clinica, afferma:

Negli ultimi anni sempre più spesso l'*Information and Communication Technology* ha offerto soluzioni nel campo della psicologia e della salute mentale. Interventi psicologici *internet-based*, app, soluzioni basate su social media sono stati suggeriti come strumenti, in alcuni casi complementari, in altri alternativi, agli usuali interventi di psicoterapia.

Secondo la *review* di Juchich e Di Giacomo (2022), gli interventi web o *app-based* si dimostrano efficaci nella promozione della salute mentale e nell'identificazione di disagi psicologici e condizioni subcliniche; i trattamenti digitali si rivelano benefici soprattutto tenendo in considerazione i casi di utilizzatori che altrimenti non riceverebbero alcun trattamento per via della mancanza di tempo o denaro. Essi hanno dunque il potenziale di abbattere le barriere dovute allo stigma, alle disparità sociali e geografiche. Dalla *review*, inoltre, risulta che i suddetti interventi "potrebbero migliorare la qualità dei percorsi psicoterapeutici, aumentando l'aderenza agli stessi e fornendo nuovi stimoli alla relazione terapeutica".

In questo paragrafo si discutono le evidenze scientifiche in merito ad alcune *web-based interventions* che offrono all'utente di Internet la possibilità di occuparsi della propria salute mentale: terapie digitali, applicazioni di auto-aiuto e l'intelligenza artificiale.

## Terapie digitali

Come anticipato nel primo Capitolo del presente elaborato, soprattutto durante la pandemia la “telepsichiatria” è andata incontro ad una forte espansione. Esempi emblematici sono le piattaforme Unobravo<sup>9</sup> e Serenis<sup>10</sup> che spopolano nei social grazie al marketing *influencer-driven*.

Gli interventi definiti “terapie digitali” (*Digital Therapeutics* o DTx) sono “tecnologie che offrono interventi terapeutici che sono guidati da programmi software di alta qualità, basati su evidenza scientifica ottenuta attraverso sperimentazione clinica metodologicamente rigorosa e confermatrice (cioè le sperimentazioni cliniche randomizzate)” (Gussoni 2022, in Santoro 2022). La gran parte degli interventi digitali per la salute mentale sono basati sulla terapia cognitivo-comportamentale, che è per sua natura facilmente trasferibile in formato elettronico, e mirano dunque alla modifica di comportamenti e schemi disfunzionali di ragionamento.

Tra i vantaggi delle terapie digitali ci sono sicuramente l’accessibilità fisica ed economica: le sedute di DTx si svolgono da remoto e hanno un prezzo più abbordabile rispetto alla terapia standard (in media 50 euro ciascuna). Tiberio (28 maggio 2024) sottolinea inoltre che negli ultimi anni le aziende che si occupano di terapia digitale hanno contribuito, con il loro marketing brillante, a modernizzare l’immagine dei professionisti della salute mentale e hanno avvicinato molti giovani al desiderio di iniziare dei percorsi terapeutici.

È tuttavia necessario riconoscere anche le ombre delle DTx (Tiberio, 28 maggio 2024): il rapporto tra paziente e professionista non è in mano alle due parti, ma all’azienda al di sopra; di conseguenza, alcune scelte sono imposte. Nella logica di rispettare la nuova immagine di professionista della salute mentale come confidente, agli psicologi che collaborano con la piattaforma è generalmente imposto l’uso del “tu”<sup>11</sup> ai fini di stabilire un rapporto di vicinanza quasi amicale con il paziente. Inoltre, spesso non è l’utente della piattaforma a decidere a quale professionista rivolgersi, ma è l’algoritmo a selezionare un match adeguato sulla base di un test compilato dall’utente al momento dell’iscrizione alla piattaforma.

I professionisti che praticano attraverso la piattaforma DTx sono valutati e consigliati dall’algoritmo a seconda del tasso di pazienti che hanno proseguito la terapia dopo la prima seduta e dei punteggi assegnati dopo un determinato numero di colloqui. Ciò può indurre ad un meccanismo di “seduzione” che il professionista si trova a mettere in atto per ottenere una buona recensione e continuare ad ottenere pazienti.

---

<sup>9</sup> <https://www.unobravo.com/>

<sup>10</sup> <https://www.serenis.it/>

<sup>11</sup> La scelta di rivolgersi al paziente con la seconda persona singolare o con la terza singolare non è irrilevante nella pratica clinica: il professionista valuta le necessità del paziente, le specifiche del caso e la natura del rapporto che si instaura tra le parti. Per approfondimenti sulla scelta tra “tu” e “lei” si veda <https://www.inpsiche.it/che-significato-ha-la-scelta-del-tu-o-del-lei-in-una-relazione-clinica-per-paziente-e-terapeuta/>

Infine, non si devono ignorare le ripercussioni sul settore *mental healthcare*: l'offerta delle terapie digitali segue di pari passo lo smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale e, soprattutto, espone psicologi e psicoterapeuti a condizioni lavorative svantaggiose. Il primo colloquio è sempre gratuito e dalle sedute successive il professionista, che ha a carico partita IVA, guadagna circa 30 euro lordi all'ora. Inoltre, gli iscritti devono mettere a disposizione un minimo di ore delle quali in genere vengono effettivamente assegnate ai pazienti solo la metà.

Le DTx sono quindi un campo in espansione e promettente sotto diversi punti di vista, ma mancano le dovute tutele ai lavoratori e in merito all'integrità della relazione paziente-terapeuta.

### *Applicazioni di auto aiuto*

Già nel 2017, gli app-store offrivano oltre 10 mila applicazioni dedicate alla salute mentale, mirate al sostegno nell'affronto di ansia, depressione o altre problematiche (Torous e Roberts, 2017). Successivamente, con l'avvento della pandemia di Covid-19 e le relative condizioni di isolamento, di mancanza di supporto sociale e di inaccessibilità ai servizi per la salute mentale, la popolazione ha ricercato nuovi modi per sostenere il benessere psicologico: nel 2019, più di 50 milioni di persone hanno scaricato app di auto aiuto per il sostegno emotivo (Bernardelli, 2022). Questo genere di app per mobile ha un potenziale notevole per via dell'immediatezza e dell'accessibilità fisica ed economica: le app permettono un "intervento psicologico" in ogni luogo e tempo reale, anche subito prima o subito dopo eventi emotivamente impattanti. Si tratta di applicazioni per smartphone gratuite, parzialmente gratuite e/o che richiedono un pagamento irrisorio rispetto ai prezzi dei servizi per la salute mentale. Non si tratta ovviamente di sostituzioni di una vera e propria terapia, ma di app che sostengono il benessere psicologico e possono rafforzare i risultati della terapia classica.

Secondo uno studio condotto da Beard et al. (2019) su 322 pazienti con problemi psichiatrici in cura presso un ospedale negli Stati Uniti, il 44% aveva tra le app installate nel proprio almeno un'applicazione dedicata alla salute mentale: le più comuni erano quelle dedicate alla mindfulness e alla meditazione, seguite dalle app dedicate al monitoraggio dell'umore: le app segnalate in maggior misura sono state Headspace, Calm e Insight Timer, tutte dedicate alla meditazione. L'81,3% dei pazienti ha affermato di essere favorevole all'utilizzo di un'app per monitorare la propria condizione di salute mentale.

Linardon et al. (2019) hanno condotto una metanalisi su 66 studi circa gli interventi per la salute mentale via app, nei quali veniva confrontati un gruppo di controllo e un gruppo di trattamento. Gli interventi si sono dimostrati efficaci, rispetto alle condizioni di controllo, nel migliorare i sintomi depressivi, di ansia generalizzata e sociale, di stress, di disagio psichiatrico e nel sostegno di una migliore qualità di vita e affettività positiva; per i sintomi da stress post-traumatico e di panico, invece,

non si è rilevato alcun beneficio significativo. Le app quindi si rivelano in molti casi un aiuto efficace, che non sostituisce alla terapia ma può sostenere i risultati di questa e migliorare alcune condizioni di disagio per coloro che non possono permettersi un trattamento psicologico standard.

Lo studio di Camacho et al. (2022) ha valutato 578 applicazioni di Apple App Store e Google Play Store dedicate alla salute mentale e a problemi ad essa legati: la gran parte delle app nel campione erano incentrate sul contrasto di stress, ansia, disturbi minori dell'umore e dipendenza da nicotina. Solamente una minoranza (2%) delle applicazioni miravano a sostenere utenti affetti da schizofrenia. Le app sono state valutate secondo sei dimensioni: l'origine e l'accessibilità dell'app, la privacy e la sicurezza (ad esempio policy riguardo l'uso dei dati, possibilità di cancellare i dati, dichiarazione esplicita dello scopo della raccolta dati), le basi cliniche, le funzionalità ed il coinvolgimento, l'input e l'output e l'interoperabilità. Il 91% di tali applicazioni è stato sviluppato da organizzazioni for-profit, il 4% da governi, il 4% da organizzazioni non-profit, il 3% da compagnie dedicate alla cura della salute e il 3% da istituzioni accademiche. Quasi la metà delle app (44%) condivide i dati personali con terze parti. Solo il 15% delle app aveva condotto studi sull'efficacia. Le funzioni principali delle app sono, in ordine di prevalenza, relative alla psicoeducazione, alla definizione di obiettivi o abitudini, alla mindfulness, al *journaling*, al tracciamento dell'umore e dei sintomi, tecniche di respirazione.

Emerge quindi che le principali criticità relative alle app di auto aiuto sono legate alla gestione dei dati e della privacy e talvolta alla dubbia coerenza con i principi della pratica clinica.

### *Intelligenza artificiale*

Osservatorio Artificial Intelligence (s.d.) definisce “Intelligenza Artificiale” come:

quel ramo della computer science che studia lo sviluppo di sistemi Hardware e Software dotati di specifiche capacità tipiche dell'essere umano. Alcuni esempi potrebbero essere l'interazione con l'ambiente, l'apprendimento e adattamento, il ragionamento e la pianificazione.

Nata a metà degli anni Cinquanta, l'Intelligenza Artificiale (IA) venne inizialmente applicata nel campo della logica matematica. Si parla di “intelligenza” di una macchina quando essa si dimostra in grado di superare il test di Turing, ossia quando il suo comportamento, osservato da una persona, può essere considerato non distinguibile da quello di un umano (Osservatorio Artificial Intelligence, s.d.). Alla base dell'IA, il Machine Learning rende possibile per i computer imparare dai dati e migliorare le prestazioni nel tempo.

Negli ultimi anni, l'Intelligenza Artificiale ha avuto uno sviluppo significativo e i suoi ambiti di applicazione si sono moltiplicati: dal settore di *banking & finance* all'*Internet of Things*, dalla cybersecurity all'AI generativa utilizzata per i processi creativi. Di recente l'IA è stata applicata anche in campo sanitario.

L'IA ha rivelato un potenziale anche nel settore della cura della salute mentale (Bernardelli e Malighetti, 2023):

- nella pratica clinica, nella ricerca e nello sviluppo di farmaci per il trattamento dei sintomi, essa può coadiuvare i professionisti della salute mentale nell'elaborazione di grandi quantità di dati sui pazienti (ad esempio i risultati di test psicologici o dati biometrici), di conseguenza l'IA può anche aiutare nella formulazione di diagnosi, nella valutazione di modelli comportamentali e nell'identificazione di pattern;
- l'Intelligenza Artificiale può essere utilizzata dai singoli al fine di supportare la propria salute mentale.

Riguardo a questo secondo possibile utilizzo dell'IA come sostegno psicologico, in letteratura sono attualmente disponibili ricerche pilota condotte su piccoli campioni che suggeriscono benefici in termini di benessere, riduzione dello stress e della depressione (Bernardelli e Malighetti, 2023). Si tratta in genere di chatbot che forniscono counseling psicologico e programmi di auto-aiuto: ne sono esempi MYLO, SHIM e SABORI, che emulano la conversazione con un terapeuta. Tra i possibili vantaggi dell'IA, pur con i limiti evidenti dovuti all'applicazione di processi automatizzati a bisogni di salute, troviamo l'accessibilità, la scalabilità, il supporto emotivo automatizzato e la possibilità di monitoraggio, che permette di richiedere l'intervento di un professionista.

Nell'offerta di intelligenze artificiali dedicate al supporto della salute mentale esistono anche chatbot che applicano i principi della terapia cognitivo-comportamentale. Woebot, ad esempio, è stato sviluppato dall'Università di Stanford e si è dimostrato in grado di ridurre i sintomi depressivi del gruppo trattato rispetto al gruppo di controllo (si vedano Fitzpatrick et al., 2017) e di intervenire su ansia e depressione legate alla sindrome post-partum (Ramachandran et al., 2020, in Bernardelli e Malighetti, 2023). Lo stesso vale per WYSA, chatbot che si è dimostrato efficace nella riduzione dei sintomi di ansia e depressione di giovani adulti, di studenti universitari e di persone che soffrono di dolore cronico; i risultati sono stati mantenuti anche nel follow-up a distanza di tre mesi dall'intervento.

Li e coautori (2023) hanno condotto una metanalisi e una *review* sistematica sugli studi riguardanti le conversazioni con chatbot basati su IA a supporto della salute mentale. Nello studio sono state incluse 35 ricerche e si è indagata non solo l'efficacia sullo stato psicologico degli utilizzatori, ma anche l'esperienza con le chatbot in analisi. Gli interventi si sono dimostrati utili nell'alleviare il *distress*, specialmente nei gruppi clinici e negli anziani, ma i risultati in termini di benessere psicologico sono meno consistenti: le modifiche sul benessere psicologico richiedono cambiamenti più durevoli nel tempo, mentre le misure di *distress* sono più soggette a fluttuazioni legate anche alla qualità dell'esperienza con la chatbot. Gli effetti terapeutici sembrano essere più significativi se la

conversazione con l'AI non è solo testuale, ma si basa sulla voce, in modo da fornire un'esperienza più simile a quella umana.

ChatGPT, lanciata da OpenAI nel 2018, è forse tra le chatbot più conosciute e le cui capacità si sono sviluppate straordinariamente in pochi anni. Nonostante non sia stato creato ai fini di essere applicato nella mental healthcare, ChatGPT è stato usato anche nel sostegno del benessere psicologico.

Alanezi (2024) ha valutato la performance di ChatGPT nel supporto della salute mentale attraverso interviste semi-strutturate con 24 persone con condizioni di salute mentale (ansia, depressione e disturbi comportamentali), intervistate dopo aver usato quotidianamente per almeno due settimane la chatbot allo scopo di ottenere sostegno emotivo. L'analisi delle interviste ha individuato i seguenti impatti positivi: psicoeducazione atta alla comprensione dei disturbi mentali (riferita dal 60% dei partecipanti), supporto emotivo (50%), motivazione e definizione degli obiettivi, valutazione e monitoraggio della propria condizione, interventi in situazioni di crisi ed esercizi psicoterapeutici, ottenimento di risorse per la salute mentale come libri, giornali e indicare modi per trovare supporto professionale. Le principali problematiche riferite dai partecipanti riguardano la privacy dei dati, la precisione e affidabilità delle informazioni fornite dall'IA, la capacità di valutazione sui disturbi limitata e la scarsa versatilità dal punto vista culturale e linguistico. Un rischio ulteriore è la tendenza dei modelli linguistici di grandi dimensioni a fornire informazioni assolutamente false, definite "allucinazioni" (Blease e Torous, 2023).

Farhat (2023) ha condotto uno studio in cui ha valutato l'efficacia di ChatGPT nel supporto per problemi di ansia e depressione. La ricerca ha valutato l'adeguatezza delle risposte di ChatGPT a una serie di query. Una criticità indicata da Farhat è stato il fatto che il modello talvolta arriva a suggerire elenchi di medicinali, un risultato particolarmente delicato perché i farmaci dovrebbero essere consigliati e assunti solo sotto la guida di un medico.

L'OMS ha affermato:

L'uso dell'intelligenza artificiale (IA) nei servizi di salute mentale e nella ricerca ha un potenziale, ma un nuovo studio dell'Oms [ci si riferisce allo studio *Methodological and quality flaws in the use of artificial intelligence in mental health research: a systematic review*] rileva carenze significative che potrebbero indicare una promozione eccessivamente accelerata di nuovi modelli di intelligenza artificiale che devono ancora essere valutati come attuabili nel mondo reale. [...] L'intelligenza artificiale comporta spesso un uso complesso di statistiche, approcci matematici e dati ad alta dimensione che potrebbero portare a pregiudizi, interpretazioni imprecise dei risultati e un eccessivo ottimismo delle prestazioni dell'IA se non adeguatamente gestite (MSD Salute, 2023).

Oltre alle criticità sottolineate dagli studi presentati finora, uno tra i principali problemi dell'intelligenza artificiale è la scarsa trasparenza sui modelli, che sono prevalentemente privati

(MSD Salute, 2023). Inoltre, Bernardelli e Malighetti (2023) affermano che l'utilizzo dell'IA in modo sregolato, eccessivo o problematico, potrebbe innescare tecnodipendenze dai chatbot o dalle app che offrono interazioni virtuali (si veda Ellis, 2019). L'espansione delle chatbot terapeutiche solleva anche questioni etiche sull'autonomia umana e sulla potenziale messa a rischio di posti di lavoro nel settore mental healthcare.

Thakkar e colleghi (2024) hanno evidenziato come, essendo addestrati su dati storici, gli algoritmi potrebbero presentare bias, pregiudizi e disparità nell'assistenza agli individui, ad esempio a causa della mancanza di sensibilità verso le specificità culturali. I sistemi di intelligenza artificiale potrebbero dunque involontariamente rafforzare lo stigma verso alcune persone. Infine, la mancanza di contatto umano potrebbe determinare una diagnosi errata o la medicalizzazione non necessaria di normali esperienze emotive; l'IA potrebbe non interpretare correttamente i fattori ed i sintomi di un disturbo e produrre, di conseguenza, falsi positivi (viene diagnosticato un disturbo non presente) o falsi negativi (incapacità di cogliere il disturbo esistente).

A prescindere dalle criticità e dalle potenzialità, è necessario ricordare che il sostegno offerto dall'IA non si sostituisce alla terapia condotta da un professionista.

#### **4.3 Nuovi media e possibilità per una comunicazione alternativa della salute mentale**

Poiché l'esperienza di convivenza con la malattia mentale è soggettiva e ricca di sfumature, secondo Karp e Birk (2013) la ricerca dovrebbe impegnarsi a raccogliere, organizzare e analizzare le storie raccontate da coloro che vivono il disturbo mentale in prima persona. Gli autori sostengono infatti che la medicina e la letteratura tendono a comprendere soltanto le opinioni di esperti, mentre le voci di chi convive con un disturbo vengono spesso escluse. Tuttavia, l'ascolto dell'esperienza diretta di malattia mentale consentirebbe di indirizzare al meglio la pratica e gli interventi volti a incentivare l'accesso alle cure. Dal punto di vista concettuale, si sposta l'attenzione dai sintomi alla persona reale: l'obiettivo diventa allora il miglioramento della qualità della vita e non soltanto la cura del disturbo (Marcus et al., 2012, Gillard et al., 2015, e Giacobbe, 2015, in White e Staniford, 2023).

Si è visto nel Capitolo 3 che, nonostante la diffusione dei disturbi mentali nella società, i media tradizionali tendano a perpetuare un'immagine stereotipata e denigratoria, che può avere ripercussioni nella percezione pubblica delle malattie mentali (si rafforza lo stigma sociale) e nell'autopercezione delle persone che ne soffrono (si consolida lo stigma interiorizzato).

Nel Web 2.0, però, cambia il paradigma comunicativo. L'utente è attivo, interagisce con i pari e può produrre e condividere contenuti. Si parla allora di "nuovi media" per riferirsi ai mezzi di comunicazione che nascono con l'evoluzione delle tecnologie digitali e che sono caratterizzati, appunto, da interattività, partecipazione creativa e formazione di comunità di utenti attorno ai

contenuti digitali (Treccani, 2013). Tra i nuovi media rientra il vasto insieme di applicazioni nate su Internet: la posta elettronica, i forum, i blog, i social network.

In relazione al presente elaborato, questa trasformazione è rilevante in quanto implica una crescente possibilità per le persone con condizioni mentali di partecipare al discorso mediatico e offrire delle contronarrazioni rispetto a quelle prevalenti nei media tradizionali, al fine di contrastare gli stereotipi che dominano l'immagine della salute mentale nei mass media. La voce di chi soffre personalmente di problemi legati alla salute mentale permette di ampliare la consapevolezza pubblica sulla loro esperienza di vita e di progettare al meglio gli interventi che incentivano la cura del benessere psicologico (Marcus et al., 2012, in White e Staniford, 2023). Kim e Stout (2010) spiegano, inoltre, che i media *web-based* possono avere un impatto positivo sul contrasto dello stigma sulla salute mentale e la diffusione di informazione, grazie alla multi-direzionalità della comunicazione; l'interattività consentita dai nuovi media permette anche una migliore efficacia rispetto ai media tradizionali, poiché consente maggiore coinvolgimento e comprensione del messaggio.

Come spiegano McLean e colleghi (2018), citati da White e Staniford, la cultura e le sue narrazioni predominanti influenzano l'identità personale. Il quadro narrativo principale presente nella cultura incide sulla formazione dell'identità quando (1) le narrazioni sono conosciute dalla maggioranza della popolazione, (2) esse offrono strutture rilevanti ai fini della definizione del sé, (3) le narrazioni vengono interiorizzate dalle persone in modo inconscio, (4) esse comprendono squilibri di potere tra individui e infine (5) la conformità alle narrazioni è necessaria al fine di essere legittimati nella società. Rispetto all'ultimo punto, gli individui le cui narrazioni sul sé sono conformi alle narrazioni culturalmente accettate sono accettati e valorizzati, mentre coloro che se ne discostano – tra cui le persone che soffrono di disturbi mentali – sono più a rischio di essere marginalizzate e possono essere soggette allo sviluppo di stigma interiorizzato. Si noti la specularità tra il ragionamento sulle narrazioni nella cultura e la riflessione di Goffman sullo stigma conseguente al discostamento dell'identità attuale da quella virtuale, riportata nel secondo capitolo.

Kotliar (2016) afferma: “Le narrazioni organizzano l'esperienza umana, incorporandola nella tipica struttura di una storia, coerente e continua”. Nel 1988 Kleinman conia il termine “*illness narratives*”, per indicare le storie costruite da pazienti al fine di comprendere e organizzare l'esperienza di malattia, che potrebbe costituire una rottura o un'incongruenza nella narrazione del sé (Kotliar, 2016). Secondo Heilferty (2009), citato da Kotliar (2016), la diffusione di Internet consente nuove possibilità per la creazione e condivisione di *illness narratives*.

La narrazione autobiografica fatta dagli individui con disturbi mentali permette quindi la comprensione della propria esperienza e costituisce un possibile punto di riferimento per altri che attraversano situazioni simili, ma anche per i professionisti che se ne occupano e le figure che li

assistono (Stephens e Breheny, 2013, e Basset e Stickley, 2010, in White e Staniford, 2023). Inoltre, per l'utente che condivide la propria esperienza online, l'autonarrazione diventa una modalità per applicare la self-disclosure discussa nel Capitolo 2, un elemento centrale ai fini dell'empowerment personale.

L'analisi delle narrazioni e delle autonarrazioni è rilevante poiché in esse si combinano il mondo interiore dell'individuo e il tessuto sociale in cui è immerso. Dato che nei media tradizionali le malattie mentali sono rappresentate negativamente, è stata sottolineata la necessità di compiere delle ricerche sulle esperienze vissute in prima persona da chi soffre di un disturbo mentale, anche al fine di comprendere come gli individui costruiscono la propria identità personale in uno scenario in cui predomina una concezione negativa sui problemi di salute mentale (White e Staniford, 2023).

### **4.3.1 Un esempio di autonarrazione: i blog**

Nel nuovo ambiente comunicativo digitale, emerge un concetto centrale nella co-creazione delle conoscenze: la blogosfera (Cosenza, 2022). Il vocabolario Treccani (2012b) definisce blogosfera come:

L'ambiente dei blog, percepito e praticato come uno spazio condiviso da utenti che, attraverso mezzi espressivi simili, si scambiano notizie, le approfondiscono in maniera collaborativa e discutono tra loro.

La blogosfera è spesso considerata come antitesi della comunicazione di massa, poiché ogni utente ha la possibilità di partecipare al discorso e di iniziarne uno.

La blogosfera, si legge su Treccani, “rappresenta il bacino d'intervento dei singoli utenti che si sta evolvendo verso aggregati più strutturati, le comunità virtuali”: queste ultime sono “comunità di individui che, attorno a interessi comuni, si organizzano [nell'ambiente digitale] e in questo ambiente prevalentemente interagiscono grazie alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione” (Treccani, 2012c). Un esempio di comunità virtuale è costituito dai social network, sui quali si focalizzerà il capitolo successivo.

I blog sono per loro natura uno dei possibili mezzi a disposizione della narrazione autobiografica riguardante la salute mentale: le persone parlano delle difficoltà, dei sentimenti di impotenza, del recupero e delle strategie di coping apprese. In essi si possono raccogliere resoconti di prima mano sull'esperienza con la salute mentale. Inoltre, nei blog possono nascere conversazioni aperte e possono instaurarsi dinamiche di supporto sociale (White e Staniford, 2023). I blogger che scelgono di parlare della propria salute mentale si danno lo spazio per l'autoriflessione e danno rilevanza al loro vissuto.

White e Staniford (2023) hanno analizzato 12 blog dove i blogger hanno condiviso la loro storia di convivenza con disturbi tra cui con ansia generalizzata, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, anoressia, disturbi bipolare, disturbo di panico e PTSD. Tutti i blogger hanno dichiarato, nel corso della narrazione, di aver avuto accesso alla terapia o al trattamento per la propria condizione mentale. La ricerca ha sottolineato alcuni temi ricorrenti nelle narrazioni che racchiudono la difficoltà della convivenza con un disturbo mentale. Prevalgono sentimenti di incompetenza, invisibilità, inutilità, insicurezza, senso di colpa, paura e così via. Secondo gli autori dello studio, molti di questi sentimenti sono da imputare all'esistenza di stigma interiorizzato e alle strategie di *coping* disadattive che si mettono in atto per sfuggire allo stigma sociale:

- Stavo affogando nella paura e nella bassa autostima. Volevo disperatamente parlare con qualcuno, ma avevo troppa paura per dire qualcosa. A volte lo sento ancora e mento su come mi sento veramente. Ho paura di essere un peso.

Trasversalmente nei racconti, si trovano anche ricorrenti riferimenti alla difficoltà di affrontare attività quotidiane, alla sensazione di non avere il controllo sulla propria vita e all'impatto fisico della malattia mentale:

- Gli attacchi di panico colpivano il mio corpo, dormivo per ore durante il giorno.
- Ho iniziato a sentirmi male fisicamente, era il modo in cui il mio corpo mi diceva che dovevo fermarmi e fare una pausa.
- Molte volte mi sono sentito come se avessi perso la testa, quasi perso me stesso per sempre.

L'analisi narrativa condotta per la ricerca ha evidenziato due principali narrazioni con le quali si parla dell'esperienza con la malattia mentale: l'ostaggio e il sopravvissuto.

Nella narrazione dell'ostaggio prevalgono toni negativi, mancanza di speranza e sentimenti di emarginazione dal resto della società. Il disturbo mentale è un comune denominatore per chi vive nelle stesse condizioni di difficoltà. È soprattutto in questi racconti che si riconosce lo sviluppo di comportamenti disadattivi come il ritiro sociale e talvolta l'autolesionismo. Nella narrazione dell'ostaggio, non esiste la guarigione: si accenna a terapie inefficaci o insufficienti che hanno lasciato un senso di impotenza e che hanno abbandonato l'individuo nella sua condizione di vittima di un sistema sociale che non fa posto alla vulnerabilità. I blogger "ostaggio", ad ogni modo, condividono un senso di responsabilità verso coloro che affrontano la stessa situazione e dichiarano apertamente la loro esperienza per far sentire gli altri compresi.

Le narrazioni dei sopravvissuti, invece, si caratterizzano per la presenza di sentimenti positivi, auto-compassione e soprattutto accettazione; si tratta di racconti che mettono al centro la guarigione e la resilienza. Generalmente, i blogger "sopravvissuti" si trovano in condizioni di remissione del disturbo, che permettono un buon grado di fiducia in sé e nella propria capacità di gestire la malattia; si nota allora che la definizione dell'identità personale si slega dalla presenza del disturbo. È evidente

in questi racconti che chi scrive sta percorrendo un percorso di *empowerment* portato avanti dall'amor proprio e dall'autoaffermazione, che in modo simile alle strategie di coping positive, sostiene l'individuo nell'affrontare le difficoltà psicologiche.

- Ho imparato a identificare e gestire i miei trigger. A volte posso controllarli, evitare una ricaduta. Altre volte non posso. Finisco nel buco nero. Attraverserò il dolore finché non troverò la forza di rialzarmi ancora.

Nelle narrazioni dei sopravvissuti, si riconosce il senso di responsabilità che chi scrive prova nei confronti dei lettori che attraversano un vissuto simile: non solo grazie ai messaggi di empatia, ma anche grazie all'incoraggiamento e alla condivisione di consigli. Infine, in queste narrazioni si riconoscono talvolta anche alcune delle strategie di contrasto allo stigma indicate da Corrigan e Penn (1999), approfondite nel secondo capitolo dell'elaborato: i blogger protestano contro lo stigma e si impegnano nella diffusione di conoscenze sulla salute mentale.

- Mi sento obbligato a diffondere quanto più consapevolezza possibile, oltre che a educare coloro che non sono consapevoli, proprio come lo ero io.
- Parlare è coraggioso, è rompere un confine che non dovrebbe nemmeno esserci.

## Capitolo 5 Social media e comunicazione della salute mentale

Nel Capitolo precedente sono state evidenziate le potenzialità del Web 2.0: interattività, pubblici attivi e partecipi, comunicazione *peer to peer* e multidirezionale. Inoltre, si è accennato al possibile ruolo dei social media per una “nuova” comunicazione della salute mentale basata sulle caratteristiche del Web 2.0: nei social, gli utenti possono creare e condividere i contenuti, dando una voce alla propria storia.

Il presente Capitolo delinea dapprima cosa siano i social media e le loro caratteristiche principali, per approfondire il loro utilizzo a livello globale e nazionale. Ci si concentra poi sull’uso dei social come strumento d’informazione sulla salute e sulla salute mentale, per comprendere le opportunità e le criticità della divulgazione via social. Verranno infine identificati i player della comunicazione della salute mentale e i possibili pubblici.

### 5.1 Definizione di “social media” e dati sull’utilizzo

Ad oggi, non esiste un’unica definizione di “social media”, ma diverse interpretazioni del concetto, proposte nel corso degli anni da numerosi autori. Si riporta la definizione data da Kaplan e Haenlein (2010):

I Social Media sono un gruppo di applicazioni Internet basate sui presupposti ideologici e tecnologici del Web 2.0, che permettono la creazione e lo scambio di contenuti generati dagli utenti.

Secondo il modello *Honeycomb of social media*, proposto da Kietzmann et al. (2011, p. 243), i tratti distintivi dei social si possono raggruppare in sette blocchi funzionali, spiegati di seguito.

1. *Identity*: i social possono richiedere dati personali (ad esempio l’età, il genere, la professione) e possono diventare ambiente dove vengono condivisi opinioni, pensieri e storie personali.
2. *Conversation*: diversi social sono progettati al fine di permettere l’interazione tra utenti, con modalità differenti. La *conversation* indica la misura con cui gli utenti comunicano tra loro.
3. *Sharing*: gli utenti condividono e ricevono contenuti multimediali.
4. *Presence*: i social possono mettere a disposizione degli utenti informazioni sullo stato di attività o raggiungibilità di altri utenti.
5. *Relationships*: il grado di correlazione tra utenti, ossia quanto si ha la possibilità di conversare, condividere e definire la relazione con altri, ad esempio indicandosi a vicenda come “follower” o “amici”. La natura dei rapporti cambia da un social all’altro: su LinkedIn, ad esempio, le relazioni sono formali e professionali, mentre piattaforme come Instagram permettono rapporti più amicali.

6. *Reputation*: è il grado con cui gli utenti possono identificare il proprio status e quello altrui e dei rispettivi contenuti: ad esempio deducendolo dal numero di follower e like, se pubblico.

7. *Groups*: si riferisce alla possibilità di creare comunità virtuali all'interno del social.

Le caratteristiche tipiche del Web 2.0 possono essere riassunte anche secondo il modello delle 5C elaborato da Vuori (2011):

- comunicazione: gli utenti possono pubblicare e condividere contenuti;
- collaborazione: i messaggi sono creati collettivamente;
- connessione: esiste una rete di relazioni tra gli utenti;
- completamento: i messaggi vengono aggiunti, descritti e filtrati grazie all'attività dei diversi *users*;
- combinazione: i contenuti sono modificati e mescolati in una logica di *mix and match*.

Riconosciamo nei social media, dunque, la partecipazione dei pubblici alla comunicazione e l'interattività tra le parti.

A seconda dello scopo principale del media, la società McKinsey & Company (2023) definisce quattro tipologie di social media:

1. i social network sono incentrati sulle relazioni instaurate tra gli users, ad esempio Facebook e LinkedIn;
2. le reti di condivisione multimediale sono utilizzate soprattutto per pubblicare e ripubblicare contenuti audiovisivi e multimediali (immagini, video, testi), si pensi a TikTok;
3. i forum di discussione come Reddit sono dedicati alla conversazione tra utenti;
4. infine, le piattaforme come Tripadvisor si possono classificare come social media in quanto permettono la condivisione di esperienze e la pubblicazione di recensioni su prodotti e servizi.

Si noti che la suddivisione riportata non ha confini netti e le categorie non sono esclusive: Instagram, ad esempio, rientra sia nei social network che nelle reti di condivisione multimediale.

L'agenzia creativa WeAreSocial (2024), in collaborazione con Meltwater, pubblica annualmente il report Digital sui comportamenti e le abitudini delle persone in rete. Secondo il più recente aggiornamento di Digital 2024, risalente allo scorso aprile, sulla popolazione globale (8,10 miliardi di persone) il 61,7% utilizza Internet, vale a dire 5,44 miliardi di persone. La percentuale di individui con accesso ad Internet varia a seconda del Paese di riferimento: in Europa Occidentale, Nord Europa e Nord America si riscontrano i valori maggiori, vicini o superiori al 95%.

Tra gli scopi di utilizzo di Internet, Digital 2024 individua l'accesso ai motori di ricerca, lo streaming di musica, l'invio e la ricezione di email, lo shopping online e altri. Perlopiù, però, Internet viene usato per accedere ad app di messaggistica e a social network: questi ultimi costituiscono l'uso prevalente soprattutto nella popolazione di età compresa tra 16 e 24 anni. Al contrario del declino ipotizzato dai media tradizionali, dunque, i social network si dimostrano ancora assolutamente rilevanti. Digital 2024 riporta infatti che esistono attualmente 5,07 miliardi di account sui social media, vale a dire 259 milioni in più rispetto al 2023 (una crescita di 5,4 punti percentuali). Negli ultimi anni, l'utilizzo dei social media a livello globale è cresciuto esponenzialmente, come si vede nella Figura 5.1, e così la loro importanza nella quotidianità delle persone.

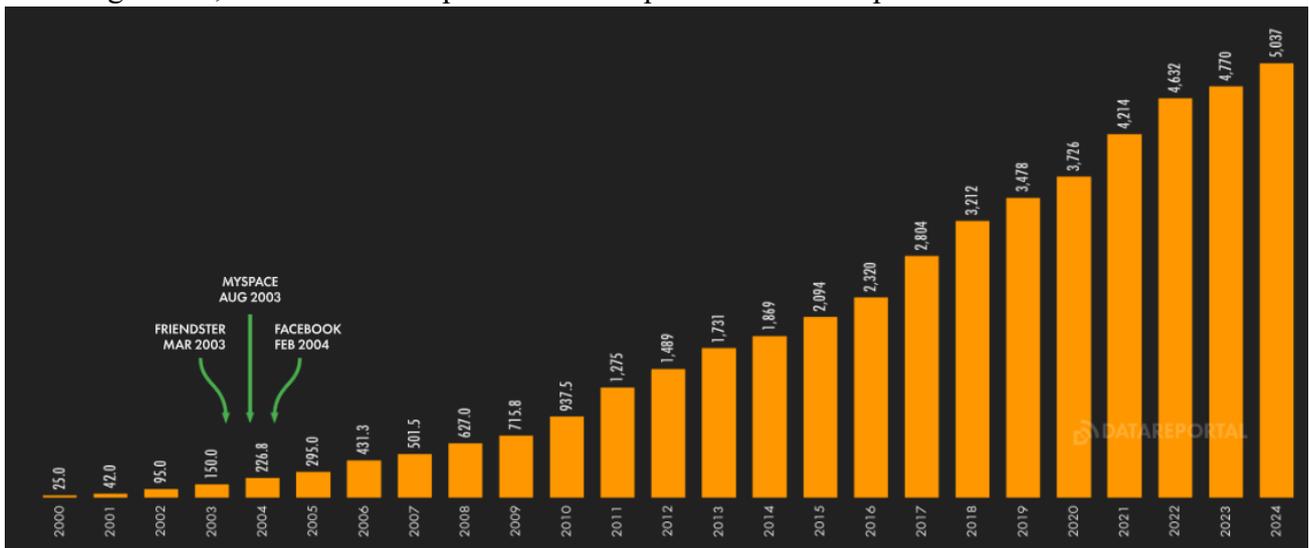


Figura 5.1. Numero di account nei social media (in milioni) dal 2000 al 2024 (fonte: Digital 2024; WeAreSocial, 2024)

In Figura 5.2 sono riportate percentuali relative al numero di utenti sui social rispetto alla popolazione, a seconda della zona geografica. Il maggior numero (relativo) di account si trova in Nord e Ovest Europa, seguono il Sud Europa e il Nord America.



Figura 5.2. Percentuale di account esistenti sui social rispetto alla popolazione (fonte: Digital 2024; WeAreSocial, 2024)

Secondo i dati Digital 2024 (aggiornamento di aprile)<sup>12</sup>, l'utente medio di Internet trascorre online 6 ore e 35 minuti al giorno, di cui 2 ore e 20 minuti su piattaforme social. Sempre i dati di aprile dimostrano che le ragioni primarie per cui si utilizzano i social media sono, in ordine:

- rimanere in contatto con amici e familiari;
- occupare il tempo libero;
- leggere notizie;
- trovare contenuti (ad esempio articoli e video);
- tenersi aggiornati sui topic più discussi;
- trovare ispirazione su cose da fare e da comprare;
- comprare prodotti;
- condividere e discutere opinioni con altri;
- guardare live stream;
- conoscere nuove persone;
- vedere contenuti condivisi dai brand conosciuti;
- seguire sport;
- necessità lavorative;
- seguire celebrità e influencer;
- postare riguardo la propria vita.

Il social dove si trascorre la maggior quantità di tempo è TikTok, per un totale di 34 ore al mese (più di un'ora al giorno). Il social preferito a livello globale è però Instagram, soprattutto per quanto riguarda i giovani di età compresa tra 16 e 34 anni, seguito da Whatsapp e Facebook.

Per quanto riguarda l'Italia, sul totale della popolazione (58,79 milioni di persone), l'87,7% utilizza Internet, dove gli italiani trascorrono in media 5 ore e 49 minuti al giorno. Come nelle statistiche globali, Internet è utilizzato perlopiù per accedere alle app di messaggistica e in secondo luogo per i social network; si tenga a mente, però, che la popolazione italiana ha un'età media di 47,9 anni, perciò le modalità di utilizzo di Internet dei giovani – la fascia della popolazione che più usa i social - hanno un peso ridotto sui dati italiani.

Se si considerano le persone di età compresa tra 16 e 64 anni, il 94,3% usa i social media: soltanto 1,2 punti percentuali in meno rispetto al numero di persone che guarda la televisione. Gli italiani dedicano ai social mediamente un'ora e 48 minuti al dì. Si riportano le ragioni primarie per cui gli italiani usano i social:

- leggere notizie;

---

<sup>12</sup> <https://wearesocial.com/it/blog/2024/05/digital-2024-i-dati-di-aprile/>

- occupare il tempo libero;
- mantenere contatti con amici e familiari;
- trovare ispirazione per cose da fare e da comprare.

Mentre globalmente il primo driver per utilizzare i social è la possibilità di interagire con parenti e amici, in Italia la motivazione primaria è la volontà di informarsi.

Tra i social media, la piattaforma più usata è Whatsapp, seguita da Facebook e Instagram; TikTok si conferma anche nazionalmente il social dove si trascorre la maggior quantità di tempo. Secondo i dati Digital 2024, però, escluse le app di messaggistica Instagram è la piattaforma preferita dagli italiani e quella che conta più accessi nell'arco del mese.

Gli utenti italiani su Instagram ammontano a 27 milioni, ovvero il 45,9% della popolazione totale e più del 50% della popolazione di riferimento, se si considera il fatto che i minori di 13 anni non possono creare un account sulla piattaforma. Secondo stime Statista (2024), quasi la metà degli utenti italiani del social ha tra i 18 e i 34 anni (si veda la Figura 5.3). I format che più creano *engagement* sono i Reels e i caroselli.

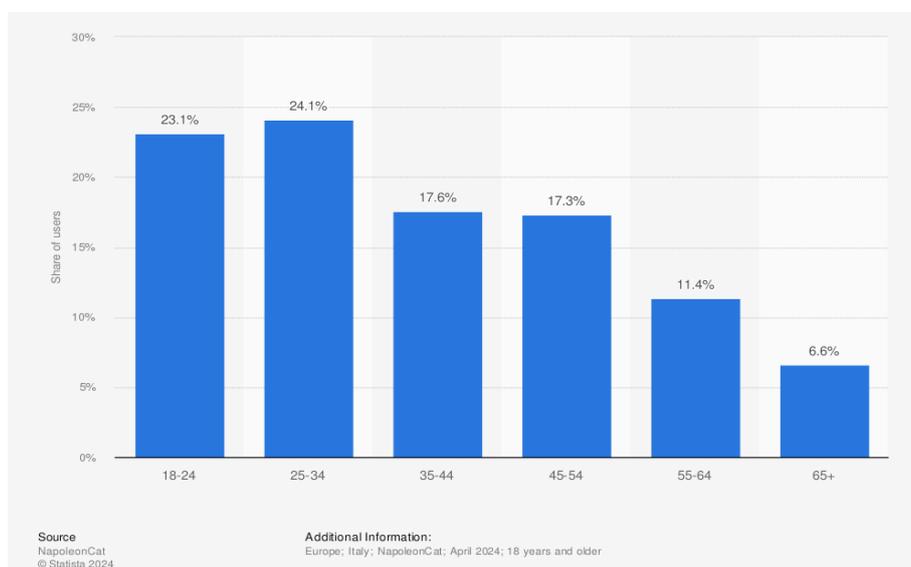


Figura 5.3. Distribuzione degli utenti Instagram italiani a seconda della fascia d'età, dati riferiti ad aprile 2024 (fonte: Statista, 2024)

I social media possono offrire opportunità in termini di intrattenimento ed informazione, ma anche per quanto riguarda il benessere individuale: alcuni studi dimostrano nei social si instaurano talvolta dinamiche di supporto sociale tra pari che possono migliorare l'autostima e accrescere il senso di appartenenza, un bisogno fondamentale per l'uomo secondo Maslow (Best et al., 2013; Verduyn et al., 2017). A fronte dei possibili benefici, nel corso degli anni la rapida crescita nell'utilizzo dei social media ha sollevato diverse preoccupazioni sui loro effetti, specie sui più giovani. I possibili impatti negativi dipendono dal tempo trascorso sui social, dalle modalità e finalità d'utilizzo, nonché dalle vulnerabilità individuali e dai fattori culturali, storici e socioeconomici (Il Post, 24 maggio 2023), ma la comunità scientifica ha individuato alcuni rischi rilevanti. Negli ultimi anni di è parlato spesso

di tecnodipendenza e dipendenza da social media; è da segnalare, tuttavia, che ad oggi questa problematica non è riconosciuta tra le patologie nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) poiché si attendono ulteriori studi che confermino l'esistenza del disturbo.

Ad ogni modo, per “dipendenza da social” si intende un uso compulsivo delle piattaforme, che implica sintomi di dipendenza comportamentale come astinenza e sbalzi d'umore: si ha un'eccessiva preoccupazione nei confronti del (o dei) social che spinge ad essere altamente motivati a connettersi e a dedicare una quantità di tempo e impegno tale per cui le altre attività sociali e quotidiane sono compromesse (Raimondi, 29 aprile 2024). Il meccanismo che porta alla dipendenza da social media si poggia sulla dopamina – il neurotrasmettitore alla base della motivazione – e sui sistemi di ricompensa: la possibilità di trovare nuovi contenuti e intrattenimento velocemente e senza fatica comporta un senso di gratifica immediato che sostiene un sistema di rinforzo positivo, per via del quale si continua a scrollare e a passare tempo sulla piattaforma.

Le conseguenze della dipendenza da social media sono numerose: dagli effetti negativi sul sonno, alle minori capacità di concentrazione, alla riduzione delle relazioni sociali. L'uso eccessivo dei social è stato anche associato alla FOMO (Fear Of Missing Out) e al conseguente incremento di ansia e minore soddisfazione di vita (Dempsey et al. 2019).

In letteratura si trovano risultati contrastanti circa gli effetti dell'interazione sociale online: da un lato, essa sembra favorire l'auto-isolamento e l'evitamento delle situazioni sociali, specialmente per le persone per cui l'interazione faccia a faccia costituisce una difficoltà, ad esempio coloro che soffrono di ansia sociale (Raimondi, 29 aprile 2024). Dall'altro lato, secondo alcune ricerche l'interazione via social rappresenta un'opportunità di socializzazione e partecipazione alla comunità altrimenti inesistenti o ridotte per alcuni soggetti costretti ai margini della società, ad esempio gli individui che convivono con la schizofrenia (Miller et al., 2015, in Beard et al., 2019).

Il sistema di rinforzo positivo sopra spiegato non dipende solo dalla possibilità di vedere nuovi contenuti, ma anche dalle gratifiche metaforiche come i like ai propri post: i “mi piace” rappresentano una forma di conferma esterna dalla quale alcuni soggetti potrebbero arrivare a dipendere (Raimondi, 2024). La ricerca di Hawi e Samaha (2016) ha dimostrato che la dipendenza da social media può comportare una diminuzione dell'autostima e un conseguente abbassamento dei livelli di soddisfazione di vita.

Secondo Verduyn et al. (2017) è il tipo di utilizzo che si fa dei social a determinare i possibili effetti: se l'utente usa attivamente la piattaforma può trarre i benefici di supporto sociale e *self-disclosure* citati in precedenza, mentre un uso passivo porta a dinamiche di confronto con i terzi e a sviluppare sentimenti di invidia. La revisione sistematica di Faelens e colleghi (2021), incentrata sugli studi riguardanti Instagram, arriva a conclusioni simili: gli utenti che utilizzano attivamente la piattaforma

tendono a creare contenuti di auto-rappresentazione positiva, utili nell'ottica della *self-disclosure*; coloro che invece presenziano passivamente su Instagram sono indotti ad un confronto sociale che ha ripercussioni significative sulla percezione di sé e del proprio corpo. Secondo la ricerca, infatti, i social network sono correlati alla bassa immagine corporea e alla probabilità di sviluppare un disordine del comportamento alimentare; gli effetti maggiori sono stati riscontrati nelle ragazze e nelle giovani donne.

L'uso problematico dei social è associato a impatti negativi sulla salute mentale: ad esempio, la crescente prevalenza di ansia, depressione, autolesionismo e suicidi di adolescenti a partire dal 2010 è stata collegata alla diffusione dei social media (Twenge, 2020). Infine, alcuni rischi sono intrinseci alle piattaforme stesse e ai contenuti presenti: gli utenti potrebbero essere esposti a contenuti delicati o inappropriati, a commenti negativi e a cyberbullismo (Best et al., 2014).

## **5.2 I social come strumento di informazione sulla salute**

Nel paragrafo 4.1 è stato chiarito il concetto di *e-health* e la centralità del paziente che essa implica, con la possibilità dei singoli di compiere ricerche, connettersi tra loro e con gli operatori sanitari (Eysenbach, 2001). Già nel 2014, più di un europeo ogni due utilizzava Internet per cercare informazioni sulla salute (Commissione Europea, 2014, in Fernández-Luque e Bau, 2015).

Con l'avvento e la crescita dei social media, ha iniziato a diffondersi il loro utilizzo in ambito sanitario: i medici propagano messaggi attraverso le reti social, i pazienti condividono storie e si instaurano relazioni. Braun (2019), ad esempio, riporta che 8 malati di cancro su 10 usano i social per connettersi con i coetanei (si vedano Chen e Wang, 2021).

Nei social, gli utenti possono produrre contenuti e interagire con altri: in questi ambienti digitali, la comunicazione sanitaria diventa più democratica e incentrata sul paziente (Zhao e Zhang, 2017).

Moorhead e colleghi (2013) affermano:

I social media stanno cambiando la natura e la velocità dell'interazione sanitaria tra individui e organizzazioni sanitarie. Il pubblico in generale, i pazienti e gli operatori sanitari utilizzano i social media per comunicare su problemi di salute.

Ricerche che risalgono a più di dieci anni fa indicavano già i social media – Facebook, in particolare – tra le fonti principali dove le persone ottenevano informazioni sanitarie (Fox e Jones, 2009, e Dawson, 2010, citati da Moorhead et al., 2013). Nel 2017, la *review* condotta da Zhao e Zhang suggeriva che la ricerca di informazioni sanitarie via social stava diventando comune quanto quella via Internet.

Durante la pandemia di Covid-19, l'utilizzo dei social per la comunicazione sanitaria è aumentato rapidamente (Zhong et al., 2020, in Chen e Wang, 2021). Alla luce del vasto utilizzo dei social media,

è stata riconosciuta la loro potenzialità nel veicolare le informazioni, ma è stato anche sottolineato come essi abbiano partecipato a promuovere allarmismo e disinformazione. I social sono stati indicati come fonte dell'infodemia<sup>13</sup> che ha accompagnato l'emergenza sanitaria (Schillinger et al., 2020). Le ricerche circa l'impatto dei social media sulla sanità pubblica non dimostrano risultati univocamente negativi o positivi; in questo paragrafo vengono riportati gli effetti principali sui pazienti e sugli operatori sanitari.

La *review* condotta da Moorhead e colleghi (2013) analizza 98 studi riguardanti le motivazioni d'uso, i benefici e le limitazioni dei social network e dei blog per la comunicazione sanitaria. Secondo lo studio, gli argomenti più ricercati dagli utenti nelle piattaforme riguardano la salute sessuale, il diabete, l'influenza e i problemi di salute mentale.

Dal lato dei pazienti, l'uso dei social per la comunicazione sanitaria ha i seguenti benefici (Moorhead et al., 2013):

- il dialogo con altri pazienti e con gli operatori sanitari è facilitato;
- si possono trovare informazioni utili riferite da terzi, ad esempio recensioni sulle prestazioni dei medici;
- i social permettono di reperire informazioni mediche anche a coloro che per cause socioeconomiche o di altra natura accedono con difficoltà alle strutture sanitarie (ad esempio minorenni, immigrati);
- le informazioni sono facilmente accessibili, con tempistiche e costi ridotti;
- si instaurano dinamiche di supporto sociale ed emotivo tra pari.

Rispetto all'ultimo punto, è curioso notare che Eysenbach et al. (2004) riferiscono che le *community web-based* hanno caratteristiche simili ai gruppi di auto-aiuto, visti nel Capitolo 1. Il supporto sociale permesso dalle comunità virtuali si manifesta in diverse forme (Eysenbach et al., 2004, e Naslund et al., 2020):

- il supporto emotivo riguarda la possibilità di trovare empatia e comprensione da parte degli altri membri della community;
- il supporto informativo si riferisce alla condivisione di informazioni utili e consigli, ad esempio riguardanti sintomi, trattamenti e storie personali di malattia;
- il supporto di rete sostiene il senso di appartenenza a un gruppo di persone con esperienze simili alla propria;

---

<sup>13</sup> Il termine "Infodemia" indica la "circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili". (Treccani, 2020).

- il supporto alla stima indica la possibilità di ottenere incoraggiamento, sostegno e apprezzamento dagli altri utenti.

Le criticità dell'uso dei social media per ottenere informazioni sanitarie, tuttavia, sono diverse (Moorhead et al., 2013):

- per quanto riguarda la qualità e l'accuratezza delle informazioni, queste possono essere incomplete o inaffidabili: spesso non è possibile verificare l'identità e le competenze degli autori da cui proviene il messaggio;
- le informazioni mediche possono essere utilizzate impropriamente, non comprese o interpretate in maniera scorretta;
- il facile accesso a una grande quantità di informazioni sanitarie potrebbe disincentivare la richiesta di un consulto dal vivo con operatori sanitari;
- la condivisione di dati sensibili può comportare rischi per la riservatezza e per la privacy.

Ventola (2014) segnala anche che i social media possono diventare una cassa di risonanza per le storie personali dei singoli individui, che vengono diffuse su larga scala. Nonostante la condivisione di esperienze possa aiutare e far sentire compresi altri utenti, i racconti aneddotici non hanno generalmente valore medico perché le esperienze sono sempre soggettive, sono invece le statistiche e l'evidenza scientifica a determinare l'oggettività e l'affidabilità di un dato.

Anche gli operatori sanitari, oltre che i pazienti, sono player nella comunicazione sanitaria sui social media. Secondo Ventola (2014), la gran parte dei professionisti fa un uso personale dei social, ma è in aumento l'utilizzo per fini professionali: negli ultimi anni, sia medici che pazienti hanno dimostrato un crescente interesse ad interagire online. L'autore cita il sondaggio condotto da Chretien e Kind (2013), che ha rilevato che più della metà dei pazienti desidera che il proprio medico sia presente sui social media. La relazione tra medici e pazienti e la possibilità di una comunicazione circolare offerta dai social media permettono la co-creazione del discorso sulla salute, grazie ai feedback rispettivi tra le parti.

Gli scopi possibili dell'uso professionale dei social da parte del personale medico e delle strutture sanitarie sono numerosi (Moorhead et al., 2013; Ventola, 2014; Chen e Wang, 2021):

- mantenimento della relazione con i pazienti;
- promozione dell'educazione della comunità in materia sanitaria, contrasto delle fake news e della disinformazione;
- prevenzione o incoraggiamento di comportamenti e incentivo all'aderenza alle terapie (ad esempio, le ricerche dimostrano che la relazione online medico-paziente si rivela un ausilio efficace nelle terapie per malattie croniche);

- possibilità di influire sulle policy sulla salute, ad esempio ottenendo l'attenzione dei media tradizionali;
- possibilità di instaurare meccanismi di rinforzo sociale favorevoli a cause di salute pubblica, ad esempio la donazione di sangue;
- l'ampio bacino di utenza dei social media e la potenziale viralità dei contenuti li rende un ambiente adatto alle comunicazioni di rischi sanitari o finalizzate alla sensibilizzazione;
- gli esperti e i ricercatori possono raccogliere dati sulle esperienze dei pazienti e reclutare partecipanti agli studi via social;
- un ultimo uso possibile da citare è l'*infoveillance*, ossia la sorveglianza sanitaria pubblica: le strutture sanitarie e le istituzioni possono acquisire dai social media dati aggregati sulla salute della popolazione o sulle risposte alle politiche sanitarie, tra cui gli obblighi di vaccinazione. Un esempio è dato dalla Croce Rossa, che monitora i post pubblicati durante e dopo i disastri naturali allo scopo di individuare le aree che necessitano aiuti (Ventola, 2014).

Nonostante i numerosi possibili utilizzi, esistono criticità anche per quanto riguarda la comunicazione sanitaria via social da parte dei medici. Ventola (2014) cita lo studio di Dizon e colleghi (2012), che ha rilevato le opinioni di 480 medici e studenti di professioni sanitarie rispetto all'uso dei social network per scopi professionali: dai risultati emerge un evidente scetticismo sull'eticità della pratica.

Un particolare esempio di come la comunicazione sanitaria abbia assunto una crescente rilevanza sui social media è costituito dal concetto di *self-care*, che è recentemente diventato un *trending topic* nelle piattaforme. Per "*self-care*" si intende l'insieme di attività volte a preservare o migliorare il proprio benessere fisico o emotivo, ad esempio l'attività sportiva, la nutrizione, la spiritualità, la meditazione e le azioni a favore della salute mentale. Mullis et al. (2021) si sono chiesti come questo argomento sia comunicato su Instagram, analizzando i 200 post con l'hashtag #selfcare più visualizzati a febbraio 2020. È significativo notare che, sebbene il concetto possa indicare una grande varietà di attività, quasi la metà (43%) dei post riguardavano la salute e di questi la maggioranza era incentrata sulla salute emotiva e mentale. Gli autori scrivono:

La salute mentale è un aspetto essenziale del fenomeno della *self-care* sulle piattaforme social. L'analisi dei post nello studio dimostra l'importanza di incoraggiare la consapevolezza sulla salute mentale e le strategie di coping positive come metodi di *self-care*. Ad esempio, gli esercizi di respirazione e la meditazione sono tecniche di *self-care* che sono in grado di ridurre i livelli di stress e migliorare l'umore.

### 5.3 Come e perché si parla di salute mentale sulle piattaforme social

Si è affermato diverse volte nel presente elaborato che la pandemia di Covid-19 ha impattato direttamente e indirettamente sulla salute mentale della popolazione - in particolare dei più giovani - e ha contribuito alla crescita dell'attenzione verso la tematica. Koinig (2022) afferma infatti che le condizioni di isolamento sociale ed emergenza sanitaria che hanno caratterizzato l'epoca della pandemia, hanno fatto sì che le interazioni sociali si spostassero in larga misura sui social network. Inoltre, spiega Koinig, poiché la pandemia ha comportato l'aumento di stress psicologico, ansia e depressione, e parallelamente l'inaccessibilità fisica ai servizi di supporto, proprio nei social network sono nate numerose conversazioni sulla salute mentale. La ricerca di contenuti social riguardanti il benessere psicologico, infatti, è incrementata negli ultimi anni (Atanasova et al., 2019).

Blair e Abdullah (2018) affermano:

Con la maggiore accessibilità, molti si sono rivolti ad Internet per trovare risposte alle loro domande e per connettersi con altri come loro, che possono comprenderne le esperienze. La condivisione di pensieri, sentimenti ed esperienze online si è dimostrata in grado di migliorare il benessere e di influenzare positivamente il processo di ricerca d'aiuto. [...] La possibilità di creare una community, di affrontare le difficoltà quotidiane [imparando strategie di coping], di combattere lo stigma e di aumentare l'*awareness* sono tra i risultati principali ricercati da molti utenti [che usano i social per parlare di salute mentale].

In realtà, i contenuti social sulla salute mentale esistevano anche prima dell'avvento del Covid: su Tumblr, in particolare, si discuteva già da anni di disturbi mentali e in alcuni post essi venivano addirittura promossi (soprattutto per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare e le tendenze all'autolesionismo). Di recente, tuttavia, il discorso sulla salute mentale è approdato soprattutto su Instagram e TikTok (Koinig, 2022), perlopiù in termini diversi: gli utenti condividono la loro esperienza e normalizzano la tematica, i divulgatori disseminano conoscenza. Il sondaggio e le interviste semi-strutturate condotte da Vornholt e De Choudhury (2021) su studenti universitari dimostrano la pervasività del fenomeno dell'uso dei social come strumento per il supporto della salute mentale: il 70% dei partecipanti aveva recentemente sperimentato stress, ansia o altri problemi relativi alla salute mentale; uno su due aveva utilizzato piattaforme social per raccontare la propria difficoltà o per trovare aiuto.

Secondo i dati riferiti a giugno 2024, l'hashtag #MentalHealth conta 55,4 milioni di post su Instagram – oltre 25 milioni in più rispetto al 2021, in cui erano 30 milioni (Harris, 25 giugno 2021) – e raggruppa 16,9 milioni di video su TikTok, dove il tag è stato visualizzato 17 miliardi di volte (Corzine e Roy, 2024). Si noti che i post sulla salute mentale sono in realtà molti di più dato che (a)

esiste una grande varietà hashtag legati al tema (ad esempio, si possono trovare diversi hashtag riferiti a disturbi specifici) e che (b) non tutti i post sono accompagnati da hashtag.

Il sondaggio condotto da Corriere della Sera e ScuolaZoo, spiega De Cesco (17 ottobre 2022), ha rilevato le opinioni di 3330 partecipanti appartenenti alla Generazione Z. Secondo il 72% degli intervistati, i social media sono l'ambiente dove più si tratta di salute mentale e psicoterapia; l'87% dei partecipanti ha visto contenuti a riguardo su Instagram e TikTok. Inoltre, è significativo che il 36% dei giovani hanno riferito di aver considerato di rivolgersi ad un professionista della salute mentale dopo aver sentito parlare della tematica sui social.

Su Il Corriere della Sera, De Cesco (17 ottobre 2022) riporta quanto affermato da Luigi Janiri, professore di psichiatria alla Cattolica di Milano e presidente della FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia): “Il Covid e la guerra in Ucraina, insieme alla crisi economica e ai disastri ecologici, sono stati fattori psicosociali importanti per l'incremento della richiesta d'aiuto”. Contemporaneamente a questi eventi, la crescita della comunicazione della salute mentale sui social ha incrementato la volontà di rivolgersi a professionisti: Valeria Locati (@unapsicologaincitta su Instagram) spiega che durante la pandemia ha assistito ad un aumento della domanda sui suoi servizi del 30% e che il 70% delle richieste sono arrivate da Instagram.

Nelle pagine a seguire si analizzerà il tipo di contenuti sulla salute mentale presenti sui social (considerando perlopiù studi relativi a Instagram e TikTok); nel paragrafo seguente si spiegheranno i benefici e le criticità della comunicazione social della salute mentale.

Come si approfondirà nel paragrafo 5.5, sono diversi gli attori che partecipano alla comunicazione della salute mentale sui social: da un lato si hanno post ad alta visibilità, condivisi dai “*mental health influencer*” e dall'altro si trovano i post pubblicati dagli utenti della piattaforma (ai quali ci si può riferire con il termine “*user-generated contents*” o UGC, nei quali le persone parlano della propria esperienza. Lo studio di questi ultimi è utile al fine di comprendere come si sviluppa la *self-disclosure* e la comunicazione *peer to peer* sulla salute mentale, quali sono gli argomenti trattati e gli scopi. Koutola (2022) ha condotto un'analisi di contenuto e tematica su UGC pubblicati su Instagram in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale (10 ottobre). Sono stati raccolti 100 post accompagnati dall'hashtag #worldmentalhealthday. Nella gran parte dei post, si accenna implicitamente o esplicitamente allo stigma, ad esempio spronando a combatterlo parlando apertamente di salute mentale. Koutola ha rilevato che i contenuti erano esposti secondo tre modalità di *framing* ricorrenti – non esclusive – e nove *sub-frame*, spiegati di seguito.

1. Nel *frame* persuasivo, i destinatari del post erano esortati a compiere delle azioni favorevoli alla salute mentale. In particolare, sono stati riscontrati:

- 1.1 post mirati alla persuasione delle persone con problemi di salute mentale, che vengono incentivate – spesso rivolgendosi loro con l’imperativo e con il “tu” – a trattarsi con compassione, a non vergognarsi del problema e a cercare aiuto, talvolta indicando risorse specifiche per la salute mentale. Prevalgono toni incoraggianti ed *empowering*;
  - 1.2 post finalizzati alla persuasione di amici e familiari di persone in difficoltà o che hanno un disturbo, dove prevalgono Call To Action che esortano a dare il proprio supporto e ad essere presenti;
  - 1.3 post di persuasione diretta alla società, nei quali si denuncia cosa deve cambiare, si protesta contro lo stigma pubblico e si spiega cosa dovrebbe essere fatto per promuovere la salute mentale.
2. I contenuti dal *frame* interattivo sono finalizzati perlopiù alla connessione con gli altri:
    - 2.1 ci sono post in cui si ricerca il supporto tra pari, confessando paure e insicurezze ed esplicitando il desiderio di ricevere incoraggiamento e compassione
    - 2.2 si trovano post in cui chi è riuscito o sta riuscendo a superare la difficoltà psicologica esprime gratitudine verso le persone che gli sono state vicine;
    - 2.3 sono stati notati, inoltre, post incentrati sul “dare il buon esempio”, dove l’autore si mette in prima linea nell’affrontare il discorso della salute mentale, nonostante “non sia facile”, per aiutare e far sentire compresi gli altri.
  3. Infine, nel *framing* narrativo prevalgono i racconti di storie ed esperienze personali, così categorizzati:
    - 3.1 storie sulla causa del proprio problema, nelle quali si discute o si indaga da dove sia originato il disturbo o disagio psicologico;
    - 3.2 storie “dietro le quinte”, in cui si rivela cosa significa convivere con il disturbo, il suo impatto sulla quotidianità, i sintomi fisici e psicologici;
    - 3.3 storie di sopravvivenza: in modo simile alle narrazioni del “sopravvissuto” viste nel paragrafo 4.3, l’autore del post si guarda indietro, espone il suo vissuto e riconosce con orgoglio il proprio ruolo attivo nel superamento della difficoltà. In questo tipo di *sub-frame*, spesso si afferma che l’esperienza ha permesso di cambiare e di crescere.

La *content analysis* su *user-generated contents* è stata operata anche da Lee e colleghi (2020), che hanno analizzato oltre 700 post di Instagram con l’hashtag #mentalhealth. Di questi, più della metà dei post erano riferiti al benessere generale della persona, trattando ad esempio di dieta ed esercizio fisico; questo risultato dimostra che sui social la salute mentale è intesa anche come concetto ampio legato al benessere individuale. Nei post riguardanti le malattie mentali, ci si riferiva soprattutto ad ansia e depressione: un risultato coerente con il fatto che questi due disturbi sono i più comuni e

prevalenti a livello globale. In questi post i messaggi erano rivolti ai pari al fine di fornire supporto sociale e creare community.

Dewitz e Ackermann (2023) hanno incentrato la loro analisi sui post relativi all'hashtag #anxiety, comprendendo nello studio oltre 700 post Instagram e 900 tweet di Twitter. Lo scopo degli autori è stato comprendere come avviene la comunicazione *peer to peer* e come si concretizza lo scambio di informazioni sull'ansia. Anzitutto, è stato riscontrato che in più del 30% dei post ricorrono spesso altri hashtag in combinazione a quello indagato nello studio, perlopiù #depression e #mentalhealth. È stato riscontrato, inoltre, che Instagram è la piattaforma più adatta al racconto di sé per via del limite di caratteri presente su Twitter.

La ricerca di Dewitz e Ackermann (2023) ha anche dimostrato che, nonostante Instagram sia una piattaforma incentrata sulle immagini, i post sull'ansia erano perlopiù basati sul testo: le *caption* erano utilizzate come una sorta di diario, mentre le immagini avevano importanza secondaria e consistevano soprattutto in selfie e ritratti. La gran parte dei post si focalizzava sull'esperienza personale di ansia; seguono, in ordine di frequenza, (a) post incentrati sul trattamento del disturbo (farmaci, terapia, cure alternative, consigli per ridurre i sintomi), (b) post di *self-disclosure* dove l'autore fa *coming out* sulla propria condizione e (c) post motivazionali nei quali l'autore incoraggia sé stesso o la community a combattere la malattia. Riferendosi soprattutto ai post sul trattamento dell'ansia, gli autori sottolineano che gli utenti diventano “esperti” nell'aiuto di altre persone che affrontano il problema. Anche lo studio di Blair e Abdullah (2018) si è concentrato su Instagram e sui post accompagnati dagli hashtag #anxiety o #depression. Sono stati analizzati 200 post in termini di contenuto, di utilizzo del termine relativo al disturbo e di tipologie di commenti presenti. Gli autori hanno identificato tre possibili usi delle parole “ansia” e “depressione”, a seconda del contesto in cui erano inserite:

1. uso clinico: il post si riferisce al disturbo mentale vero e proprio (ad esempio si faceva riferimento alla terapia e/o alla patologia);
2. uso casuale: i termini sono utilizzati come eufemismo per indicare emozioni di tristezza o preoccupazione;
3. uso non pertinente: i tag sono usati per generare visibilità in post non correlati, oppure accompagnano messaggi che promuovono i disturbi alimentari - che sono spesso in comorbidità con ansia o depressione – al fine di aggirare il *ban* che spesso esclude dalla piattaforma i post con hashtag pro-anoressia o pro-bulimia.

Blair e Abdullah (2018) hanno analizzato, inoltre, i commenti sotto ai post, per capire come il messaggio viene recepito, che reazioni scatena e come si manifesta il supporto sociale. Gli autori parlano di *interaction mirroring*: quando il post ha contenuto positivo e toni ottimisti, prevalgono commenti positivi; viceversa, se i post sono negativi o autocritici (si parla di “*self-deprecating posts*”),

le interazioni sono meno numerose e spesso a loro volta negative. Nel secondo caso, perlopiù, i commenti non sono rivolti all'autore del post, ma a sé stessi, in una sorta di autocommiserazione condivisa che potrebbe essere interpretata come una forma di supporto sociale tra persone accomunate dalla stessa sofferenza. I risultati suggeriscono che si dovrebbe favorire la produzione di post a carattere positivo, in modo da creare un ambiente propositivo, favorevole alla *self-disclosure* e al recupero.

Come Blair e Abdullah, anche Stillwell (2024) ha analizzato sia i post che i commenti, concentrandosi però su TikTok. La ricerca si è focalizzata su 135 video condivisi da influencer e content creator. I risultati evidenziano sei macro-temi legati alla comunicazione della salute mentale su TikTok, qui riportati in ordine di prevalenza:

1. impatto fisico e mentale dei problemi psicologici, ad esempio video in cui si riflette sui sintomi;
2. esperienza diretta, vissuta in prima persona, o indiretta, vissuta da persone vicine all'autore del video;
3. educazione dei pubblici su temi relativi alla salute mentale, tra cui lo stigma pubblico, i trattamenti, i metodi di recupero, i sintomi indicativi di disturbi;
4. consiglio e supporto, finalizzati a incoraggiare i pubblici;
5. prospettiva professionale diretta (nella gran parte dei casi l'influencer/content creator stesso era un professionista della salute mentale) o indiretta (si riferiva l'opinione professionale di terzi);
6. interpretazioni drammatizzate o di altra natura, tra cui rientrano anche i video di natura ironica o sarcastica.

La *self-disclosure* era presente trasversalmente circa nel 60% dei post analizzati.

Stillwell (2024) ha raggruppato, inoltre, i temi ricorrenti nei commenti, anch'essi riportati dal più frequente al meno frequente:

1. informazioni sulla salute mentale in generale e domande di follow-up rispetto al contenuto del video;
2. *self-disclosure*: commenti incentrati su informazioni altamente personali, pensieri, paure, esperienze ed emozioni;
3. conferme: messaggi di accordo rispetto al contenuto del video;
4. *affirmation*: commenti positivi, confortanti e di supporto, incoraggiamento e apprezzamento;
5. espressioni di tristezza e disperazione;
6. opinioni contrarie al contenuto del video;
7. commenti *off-topic* o indecifrabili.

Si riporta anche la ricerca di McLellan et al. (2022): gli autori hanno operato un'analisi tematica su oltre 900 commenti sotto a video amatoriali pubblicati su YouTube al fine di contrastare lo stigma sulla salute mentale. La gran parte dei commenti erano incentrati sulla costruzione di *community* e sulla gratitudine e l'incoraggiamento rivolti all'autore del video. Erano poi presenti commenti in cui si esponeva l'esperienza personale con i disturbi mentali e con lo stigma subito, e commenti – talvolta provenienti da medici e professionisti – volti a fornire spiegazioni sulla condizione mentale. Infine, sono stati rilevati nei commenti alcuni dibattiti sui disturbi mentali, nei quali talvolta era espresso scetticismo nei confronti della malattia, della sintomatologia o del suo trattamento; in questi casi erano perpetuate convinzioni stigmatizzanti.

Dagli riportati studi emerge generalmente una bassa prevalenza di commenti negativi e di attacco al creatore dei post.

#### **5.4 I benefici e i rischi della comunicazione della salute mentale sui social**

##### *Benefici e potenzialità*

La letteratura identifica diversi potenziali benefici derivanti dalla comunicazione della salute mentale sui social media. Come hanno evidenziato gli studi sopra citati, in primis, nascono *community* virtuali (Russo, 2020 in Dewitz e Ackermann, 2023; Naslund et al., 2020) e si instaurano dinamiche di supporto sociale tra pari, che può concretizzarsi nelle diverse forme riportate nel paragrafo 5.2. Secondo Prescott et al. (2019), citati da Dewak (2023), il supporto tra utenti nei social media non si ferma alla comprensione e all'appoggio reciproco, ma può portare a sentirsi meglio con sé stessi e con eventuali diagnosi di disturbi mentali. Le interazioni *peer to peer* tipiche dei social sono inoltre un elemento a sostegno dell'*empowerment*, poiché promuovono l'indipendenza, l'autosufficienza e l'auto-efficacia (Corrigan e Rao, 2012).

Seabrook et al. (2016) hanno compiuto una revisione sistematica di 70 studi pubblicati tra il 2005 e 2016. Gli autori spiegano che i social network, favorendo l'interazione sociale, possono portare allo sviluppo di sentimenti di appartenenza e alla riduzione del senso di solitudine. Questi due effetti consentono la percezione di una migliore qualità di vita; di conseguenza, emerge un potenziale effetto protettivo nei confronti di disturbi depressivi o disturbi d'ansia. Inoltre, sia Seabrook et al. (2016) che Naslund e colleghi (2020) sottolineano che il supporto e la connessione sociale permessi dai social possono essere particolarmente rilevanti per soggetti per i quali le interazioni faccia a faccia costituiscono una difficoltà: gli autori fanno l'esempio di individui con ansia sociale, che non accedono con facilità a tali risorse dal vivo. Le possibilità di interazione non si limitano alla connessione con i pari, ma gli utenti possono entrare in contatto anche con gli operatori sanitari e con i servizi per la salute mentale che hanno un account (Naslund et al., 2020).

La comunicazione della salute mentale sui social permette agli utenti della piattaforma di ottenere informazioni sul tema: se si considera che i destinatari potrebbero essere individui che convivono con problematiche o disturbi, i contenuti possono essere intesi come fonte di psicoeducazione<sup>14</sup> (Dewitz e Ackermann, 2023) e di consigli sulla gestione delle malattie e dei relativi sintomi (Naslund et al., 2020). Tra le principali ragioni del mancato trattamento di disturbi o disagi psicologici non ci sono soltanto le ragioni economiche, ma anche la mancanza di consapevolezza circa i servizi a sostegno del benessere psicologico (SAMHSA, 2018, in Lee et al., 2020). Il ruolo dei social diventa allora particolarmente rilevante perché, dato il loro vasto utilizzo, possono promuovere l'informazione di un ampio numero di persone. Inoltre, Harris (2021) nota che la comunicazione della salute mentale sui social media è talvolta caratterizzata da un *tone of voice* umoristico, che aiuta a sdrammatizzare i sintomi dei disturbi mentali e potenzialmente rende le diagnosi meno scoraggianti.

Se la comunicazione è diretta al vasto pubblico generalista, essa può contribuire all'aumento dell'*awareness* della comunità sul tema. Comunicare la salute mentale sui social può allora diventare una modalità per attuare la strategia di educazione finalizzata al contrasto dello stigma (Corrigan e Penn, 1999). Secondo Harris (2021), infatti, i social media stanno cambiando il modo in cui si parla di salute mentale e si stanno allontanando dagli stereotipi che ricorrono nei media tradizionali.

I contenuti social possono avere lo scopo di advocacy per il tema della salute mentale (Dewitz e Ackermann, 2023), e dunque rappresentare una strategia di protesta contro lo stigma (Corrigan e Penn, 1999).

Considerando la prospettiva degli utenti o creator che condividono sui social la propria esperienza, i social media sono possibili strumenti per la contronarrazione e la *self-disclosure*, che mettono in moto il processo di *empowerment* personale (Harris, 2021; Dewitz e Ackermann, 2023). Dewitz e Ackermann (2023) scrivono: “Rispetto all'auto-efficacia, questi post [*di self-disclosure*] enfatizzano l'*empowerment*, dato che ammettere il proprio disturbo mentale può essere visto come un primo passo verso la guarigione”. Sui social, gli utenti possono far sentire la propria voce, parlare liberamente di sé e della propria normalità: la partecipazione dei diretti interessati al dialogo sulla salute mentale è fondamentale per contrastare gli stereotipi e lo stigma, come affermato da Nairn e Coverdale (2005). Inoltre, la condivisione delle esperienze dirette di disturbi mentali può aiutare l'evoluzione dei criteri diagnostici (Jaramillo, 10 aprile 2023).

La natura interattiva dei social permette di instaurare un dialogo con coloro che vivono esperienze simili, ma anche con persone che non soffrono di problemi relativi alla salute mentale. In questo senso, allora, i social diventano anche uno strumento per l'attuazione della strategia di contatto tra la

---

<sup>14</sup> Per psicoeducazione si intende l'istruzione fornita all'individuo riguardo a una situazione o condizione particolare che provoca stress psicologico; essa è un elemento importante del processo terapeutico, soprattutto nella Terapia cognitivo-comportamentale (Burani, s.d.)

comunità e le persone che hanno disturbi mentali, che come spiegano Corrigan et al. (2005) è la modalità più efficace per combattere lo stigma sociale.

La possibilità di condividere informazioni, di aumentare la consapevolezza, di contrastare lo stigma, di interagire con professionisti e di indicare risorse per il benessere psicologico rendono la comunicazione della salute mentale sui social uno strumento per incentivare alla ricerca di aiuto.

Per quanto riguarda i benefici, si cita infine anche la possibilità dei social di raggiungere un vasto numero di persone e di influire anche sui media tradizionali, grazie alla possibile viralità dei contenuti.

Albalawi e Sixsmith (2015), citati da Koutola (2022), ritengono infatti che i social media influenzano il processo di *agenda setting*, poiché danno rilievo ai temi, rendendoli più noti e discussi nella società.

Un esempio emblematico è rappresentato dalla campagna legata alla *World Record Egg*: postata il 4 gennaio del 2019 su Instagram, la foto di un uovo si prefissava di raccogliere oltre 18 milioni di like e superare Kylie Jenner, l'influencer più seguita al tempo. In meno di 10 giorni, il post è arrivato a 52,9 mila like (The Courier, s.d.), diventando un record non solo su Instagram ma su tutte le piattaforme social. Heidi Iuliano, digital strategist e content creator, spiega le dinamiche che hanno reso virale il post: minimo sforzo (basta il tap sul tasto “mi piace”), la volontà ed il bisogno di far parte di una community (in questo caso, la community che si coalizza per settare un nuovo record), il sentimento condiviso “l’unione fa la forza”.

Intervistato da Creative Moment (2021), il creatore dell’account Chris Godfrey, spiega:

[io e il team] Ci siamo sentiti come le altre star di *reality show* e simili, spinti alle luci della ribalta: sentivamo tutto il mondo che ci guardava in attesa della prossima mossa. Era una forte pressione.

E cosa fa un uovo sottoposto alla pressione? Si rompe! Questa fu la nostra idea.

Nacque l’idea della “*Cracking Campaign*”: nelle foto postate successivamente sull’uovo era apparsa una crepa, che stimolava la curiosità dell’audience. Ad un mese dalla prima foto, il potenziale dell’account venne sfruttato decidendo di trasmettere uno spot<sup>15</sup> durante il SuperBowl. Nello spot l’uovo si rompe, affermando “Recentemente ho iniziato a rompermi. Sto sentendo la pressione dei social media. Se anche tu stai passando un momento difficile, parlane a qualcuno. Possiamo farcela”. Gli spettatori venivano invitati a visitare un sito web dedicato al sostegno della salute mentale.

La *Cracking Campaign* costituisce un esempio di come il potenziale virale dei social media e le dinamiche che li guidano possano essere usati per influire anche sui media mainstream e accrescere la visibilità di temi legati alla salute mentale.

---

<sup>15</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=gInFYiFhSVw>

## Rischi e criticità

Per quanto riguarda le criticità della comunicazione della salute mentale sui social media, il primo rischio fra tutti è l'autodiagnosi, ossia l'auto convinzione di soffrire di un disturbo mentale, senza che questo sia stato confermato da un professionista (Jaramillo, 10 aprile 2023). Su *Johns Hopkins Medicine*, Ellen McVay (31 agosto 2023) scrive:

Sempre più spesso i professionisti della salute mentale osservano che bambini e ragazzi si "autodiagnosticano" disturbi mentali dopo aver visto influencer che ne parlano su TikTok e altre piattaforme di social media. Sebbene la consapevolezza e la comprensione dei problemi di salute mentale siano importanti, una certa esposizione su queste piattaforme può essere dannosa.

Lo psichiatra infantile e adolescenziale Larry Mitnaul, citato da Murphy (20 luglio 2023), afferma di aver notato un trend in crescita nell'autodiagnosi a partire dal 2021, coerentemente con le osservazioni circa l'espansione della comunicazione della salute mentale sui social durante la pandemia. Secondo l'esperto, le autodiagnosi più comuni sono quelle di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbi dello spettro autistico<sup>16</sup>.

L'autodiagnosi è facilitata dai social secondo diversi punti di vista: gli utenti possono ricercare sintomi e trovare i disturbi correlati ad essi e possono riconoscersi nelle esperienze aneddotiche di altri; negli ultimi anni, inoltre, nei social network spopolano test, e checklist per "verificare" se si ha un dato disturbo (ad esempio i video "Abbassa un dito se...") che "sclerotizzano e semplificano i discorsi sulla salute mentale" (Doda, 14 settembre 2022). Rispetto a questo genere di contenuti, Doda parla di *buzzfeedification* della salute mentale, ovvero la sua riduzione ad un gioco o quiz.

Appare chiaro che i contenuti sulle piattaforme non sono sufficienti per una diagnosi, che dovrebbe essere fatta da professionisti della salute mentale alla luce dell'intensità dei sintomi, della loro durata nel tempo e del loro impatto sulla vita.

Redshaw (2 agosto 2023) riporta che dal sondaggio condotto su mille americani da *The Intake* emerge che una persona su quattro si è autodiagnosticata un disturbo basandosi su informazioni trovate sui social media e che questo accade perlopiù tra Millennials e Generazione Z, rispetto alle altre generazioni. Di questi, però, solo il 43% si è rivolto a medici o professionisti per avere una conferma della malattia.

Sono proprio i giovani ad essere più soggetti all'autodiagnosi, poiché sono la fascia di popolazione che più utilizza i social media (specialmente quelli dove si concentra la comunicazione della salute mentale: Instagram e TikTok) e che si rivolge alle piattaforme per ottenere informazioni sulla loro

---

<sup>16</sup> Va precisato che l'ADHD e il disturbo dello spettro autistico sono disturbi del neurosviluppo, ossia un o specifico sottogruppo di disturbi psichici che si manifestano durante lo sviluppo del sistema nervoso. Impattano sul benessere individuale dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale (si veda <https://psiche.santagostino.it/disturbi-neurosviluppo/>).

salute mentale (Murphy, 20 luglio 2023). Si tenga in considerazione che gli adolescenti sono particolarmente suscettibili ai contenuti sulla salute mentale in cui potrebbero riconoscersi, poiché si trovano in una fase di formazione identitaria dove il senso di appartenenza e il supporto sociale sono di grande impatto (McVay, 31 agosto 2023). Identificarsi nella storia o nei sintomi di un creator, allora, può portare alla conclusione (erronea) di avere lo stesso disturbo.

L'autodiagnosi può impattare negativamente sull'individuo, in quanto porta alla messa in dubbio di sé e alla preoccupazione per il proprio stato di salute mentale, e di conseguenza a stress, sentimenti di inadeguatezza e modifiche comportamentali - ad esempio disturbi del sonno - che potrebbero anche peggiorare le condizioni psicologiche attuali (Ahmed e Stephen, 2017, in Dewak, 2023; McVay, 31 agosto 2023). Inoltre, Hasan et al. (2023) riportano che l'autodiagnosi può spingere a sviluppare cybercondria riguardante la salute mentale, concetto definito nel paragrafo 4.1 (si veda p. 60). Oltretutto, l'autodiagnosi può comportare interpretazioni errate e semplicistiche: spesso, infatti, i diversi disturbi mentali condividono sintomi e caratteristiche, che tuttavia non hanno lo stesso significato e ai quali non si risponde con lo stesso trattamento (Jaramillo, 10 aprile 2023).

C'è il rischio che la comunicazione della salute mentale patologizzi le normali esperienze emotive quotidiane o altri stati psicologici non indicativi di una malattia mentale. Il sociologo Joseph Davis, citato da Bahorsky (2022) afferma:

Abbiamo medicalizzato il disagio emotivo inserendolo in categorie piatte e omogenee come “depressione” e “ansia”, e le persone ne vivono le conseguenze. I termini clinici stanno sostituendo le nostre parole legate alle emozioni.

Riguardo all'autodiagnosi, Foulkes ed Andrews (2023) avanzano l'ipotesi della *prevalence inflation* (inflazione sulla prevalenza [di disturbi mentali]), per la quale l'aumento della consapevolezza sulla salute mentale ha portato ad una crescita di casi attraverso due meccanismi:

1. L'*awareness* permette un maggiore riconoscimento di condizioni di salute mentale e di sintomi che sarebbero altrimenti passati inosservati o comunque non sarebbero stati segnalati. Gli sforzi per la sensibilizzazione della comunità, presenti soprattutto in Occidente, permettono allora di incentivare la richiesta precoce di aiuto e la prevenzione di complicazioni, cronicizzazione e potenzialmente di suicidi;
2. L'accesso all'informazione, dall'altro lato, potrebbe portare gli individui ad accorgersi anche delle forme più lievi di disagio emotivo e interpretarle come disturbi mentali, in una dinamica di “psichiatrizzazione” delle esperienze quotidiane di stress o sofferenza. La sovrainterpretazione di tali stati emotivi può portare anche ad un effettivo aumento dei sintomi, poiché la (auto)diagnosi potrebbe influire sul concetto di sé, diventando una sorta di profezia che si auto avvera. Ad esempio, se un soggetto che sperimenta ansia si convince di avere un disturbo d'ansia, potrebbe allora fare più caso alle proprie paure ed entrare nel circolo

vizioso dei comportamenti evitanti, finendo per peggiorare l'ansia iniziale che provava verso determinate situazioni.

L'autodiagnosi, ad ogni modo, non necessariamente implica solo conseguenze negative: anzitutto, secondo Davis (citato da Bahorsky, 2022), l'autodiagnosi nasce dalla ricerca di un senso di riconoscimento e convalida dei propri stati d'animo, più che dalla volontà di diagnosticare un problema. Inoltre, quando all'autodiagnosi segue un consulto con professionisti della salute mentale, essa diventa un mezzo di prevenzione e diventa fonte di spunti di conversazione con il terapeuta, che permettono uno sguardo approfondito sul sé (Jaramillo, 10 aprile 2023).

Se ce n'è la possibilità, bisogna sempre cercare l'opinione professionale per supportare la comprensione di sé e capire le cause [di sintomi o esperienze emotive]. [...] Una diagnosi accurata è un processo collaborativo, dove l'expertise e l'esperienza vissuta si incontrano a metà strada (Jaramillo, 10 aprile 2023).

Date le considerazioni sull'autodiagnosi, risulta interessante lo studio di Hasan et al. (2023): gli autori hanno sottoposto i partecipanti a stimoli che consistevano in post di Instagram relativi al disturbo d'ansia, distinti in normalizzanti e non normalizzanti. I post che normalizzavano il disturbo lo trattavano come un argomento la cui discussione è socialmente appropriata e asserivano la "normalità" della condizione. I post non normalizzanti affermavano la necessità di trattare l'ansia in quanto è una malattia mentale. Di seguito sono riportati esempi di *caption* di uno e dell'altro tipo di post.

- Testo normalizzante: "[...] Ho l'ansia, che in parole povere significa che mi preoccupano cose che non dovrebbero preoccuparmi. L'ansia è gestibile ed è possibile superarla. So che avere l'ansia è normale. Molte persone hanno l'ansia e io sono una di loro. Se anche tu soffri d'ansia, scopri di più nel sito in bio. #AnxietyIsNormal #NormalizeAnxiety #TalkToAFriend"
- Testo non normalizzante: "[...] Ho ricevuto una diagnosi di ansia generalizzata, che è un serio disturbo della salute mentale. L'ansia è gestibile ed è possibile superarla. Ma so che l'ansia che sento io va oltre ciò che la maggior parte delle persone sperimentano; è un disturbo mentale. Se anche tu sperimenta l'ansia, visita il sito in bio. L'ansia è un disturbo. #AnxietyDisorderAwareness #TalkToADoctor"

La ricerca ha dimostrato che l'identificazione e l'autodiagnosi erano più probabili nel caso in cui si fosse visto il post normalizzante. Ad ogni modo, la normalizzazione può avere effetti positivi in quanto può far sentire meno isolati e spingere all'autoaccettazione e alla ricerca di aiuto; pertanto, si dovrebbe cercare di massimizzare gli effetti positivi della normalizzazione e minimizzare quelli negativi.

È stata riscontrata la tendenza a non rivolgere le diagnosi solo a sé, ma ad applicarle anche a terzi in una sorta di discriminazione rivolta ad alcuni disturbi specifici, perpetuando lo stigma e peggiorando

la condizione di coloro che ne soffrono (Doda, 14 settembre 2022): è il tipico caso dell'ex partner etichettato come "narcisista".

Su Il Corriere della Sera, De Cesco (17 ottobre 2022) scrive che la comunicazione via social della salute mentale rischia di mitizzare e romanticizzare la terapia, di cui si parla come un impegno qualsiasi che fa parte della routine. Il Post (23 settembre 2022) riprende la riflessione dello psicologo clinico Huw Green sul caso di una psicoterapeuta popolare sui social, che ha affermato che chiunque dovrebbe fare psicoterapia e che ciò dovrebbe essere un prerequisito per diventare genitori. Green sottolinea che, sebbene la terapia possa essere utile, non chiunque se la può permettere per via di motivi economici, culturali o religiosi; essa, allora, non può essere una discriminante né essere indicata come unico modo per prendersi cura della propria salute mentale.

Si riconosce poi che nei social media è ricorrente una eccessiva semplificazione dei concetti della salute mentale: termini con un preciso significato clinico (ad esempio "disturbo ossessivo compulsivo" e "disturbo bipolare") vengono generalizzati ed utilizzati in modo improprio (McVay, 31 agosto 2023). La psicanalista Martina Ferrari (@instasogno su Instagram), citata da De Lillis (16 ottobre 2023), spiega che alla proliferazione di account che parlano di salute mentale si è accompagnata la diffusione del *therapy speak*, cioè l'utilizzo di vocaboli della sfera psicologica. Mentre il "vero" *therapy speak*, che si applica in terapia, indaga approfonditamente le emozioni e i sentimenti, la contaminazione del linguaggio comune con tecnicismi e termini della psicologia ha portato alla "saturazione" di questioni e problematiche che di fatto non sono patologiche. Un esempio è il sovra utilizzo di parole come "trigger" e "gaslighting", che avrebbero in realtà un significato ben preciso.

Naslund e colleghi (2020) hanno evidenziato altri problemi che possono derivare dalla condivisione di contenuti sulla salute mentale: la divulgazione di informazioni personali può avere conseguenze negative sulle relazioni offline e sulle opportunità lavorative o causare altre possibili discriminazioni; online si è esposti al rischio di interazioni ostili, commenti negativi e aggressioni come *hating* e cyberbullismo. Questi rischi possono avere ritorsioni negative sull'autostima e sulla qualità di vita dell'individuo (Seabrook et al., 2016). È curioso notare che la preesistenza di condizioni di ansia o depressione aumenti la probabilità di interpretare le interazioni online come negative o che queste vengano esacerbate a causa della ruminazione<sup>17</sup>; i benefici del supporto sociale, allora, vengono

---

<sup>17</sup> "La ruminazione è una forma di pensiero persistente, circolare e depressivo, che rivolge la propria attenzione al fatto di avere un umore negativo, ai sintomi di tale condizione, alle cause, ai significati e alle conseguenze. [...] Le tematiche sono solitamente orientate al passato, come perdite o fallimenti personali, situazioni stressanti vissute ed altri accadimenti negativi, che vengono analizzate in uno sforzo cognitivo di ricerca delle possibili cause e conseguenze" (Micheli, 1 marzo 2018). Per approfondimenti, si rimanda a <https://www.ipsico.it/news/rimuginio-ruminazione/>

percepiti in misura minore e si incorre in un possibile peggioramento del disturbo. La ruminazione, inoltre, acuisce la tendenza al confronto sociale sui social e le sue conseguenze sull'autostima.

Un'ultima considerazione che rientra nella valutazione dei rischi e dei benefici della comunicazione della salute mentale sui social va rivolta alle piattaforme stesse e all'algoritmo. Motta e colleghi (2024) spiegano che, grazie alla personalizzazione dei contenuti, agli utenti dei social vengono proposti post, video o profili che possano essere simili a ciò che hanno apprezzato o cercato in precedenza. Secondo gli autori, dunque, la comunicazione della salute mentale potrebbe raggiungere coloro che sperimentano problematiche e che non hanno avuto accesso ai servizi di cura per la salute mentale di cui avrebbero bisogno.

Tuttavia, il fatto che l'algoritmo continui a proporre contenuti in linea con gli interessi dell'utente, costringe il soggetto in una cosiddetta “*echo chamber*”<sup>18</sup> (camera d'eco) dove è esposto ripetutamente e frequentemente a post sulla salute mentale (McVay, 31 agosto 2023). Ciò accade anche a causa delle “*filter bubbles*” (bolle di filtraggio), ovvero il risultato dei sistemi di personalizzazione dei risultati, che confinano l'utente nella sua bolla culturale ed ideologica (Wikipedia, s.d.). La psicologa Alexandra Helmet, citata da Murphy (20 luglio 2023), ritiene che le piattaforme dovrebbero prevenire il consumo eccessivo di contenuti specifici sulla salute mentale, ad esempio introducendo notifiche pop-up che incitano a prendere una pausa. Attualmente, sia su Instagram che su TikTok si possono impostare dei filtri sui contenuti che vengono consigliati, inserendo parole, emoji e hashtag che non si desidera vedere; la responsabilità rimane però dell'utente, che deve riconoscere autonomamente quando tali contenuti diventano controproducenti per il suo benessere.

Dalle riflessioni riportate in questo paragrafo, appare evidente che in letteratura sono presenti risultati contrastanti in termini di benefici e rischi. La comunicazione della salute mentale sui social media ha quindi un potenziale sia positivo che negativo. I player della comunicazione devono saper valutare opportunamente il *trade off* tra opportunità e criticità e operare scelte consapevoli circa i contenuti pubblicati sui social media. Nel Capitolo 8 verranno chiariti alcuni principi che dovrebbero guidare la comunicazione della salute mentale nelle piattaforme social.

---

<sup>18</sup> Per “*Echo chamber*” si intende una “situazione in cui informazioni, idee o credenze più o meno veritiere vengono amplificate da una ripetitiva trasmissione e ritrasmissione all'interno di un ambito omogeneo e chiuso, in cui visioni e interpretazioni divergenti finiscono per non trovare più considerazione” (Vocabolario Treccani, 2017). Le *echo chambers* sono tipiche dei mezzi di comunicazione di massa e dei social media.

Per chiarezza, si riassumono in Tabella 5.1 i principali benefici e rischi della comunicazione della salute mentale riportati nelle pagine precedenti.

Benefici e potenzialità	Rischi e criticità
<p>Supporto sociale tra pari;  community e senso di appartenenza;  interazione sociale con altri utenti e con operatori sanitari;  psicoeducazione e informazioni sulla gestione dei sintomi;  miglior riconoscimento delle condizioni di salute mentale;  incentivo alla ricerca d'aiuto e informazioni su servizi e risorse;  <i>empowerment</i> e <i>self-disclosure</i>;  aumento dell'<i>awareness</i> della comunità;  contrasto dello stigma attraverso strategie di educazione, contatto e protesta;  maggiore attenzione al tema della salute mentale, <i>advocacy</i> e implicazioni sull'<i>agenda setting</i>;  viralità e potenziali effetti sui media tradizionali.</p>	<p>Semplificazione e spinta all'autodiagnosi;  personalizzazione dei contenuti da parte dell'algoritmo e conseguente consumo eccessivo di contenuti sul tema; sviluppo di cybercondria;  patologizzazione di normali esperienze emotive;  diagnosi su terzi e conseguente stigmatizzazione verso alcuni disturbi;  sovrainterpretazione di sintomi e possibile peggioramento delle condizioni di salute mentale (profezia che si auto avvera);  <i>therapy speak</i> utilizzato in modo improprio;  esposizione a interazioni ostili, aggressioni (cyberbullismo, <i>hating</i>), commenti negativi o contenuti stigmatizzanti;  conseguenze negative della <i>self-disclosure</i> sulla vita personale (discriminazione);  inaffidabilità delle fonti e disinformazione.</p>

Tabella 5.1. Benefici e rischi della comunicazione della salute mentale sui social media.

## *Rischi e benefici della comunicazione dei suicidi sui social media*

Poiché nell'elaborato si sono dedicate riflessioni specifiche al fenomeno del suicidio e alla sua comunicazione, è significativo considerare anche i potenziali impatti della comunicazione del suicidio sui social media.

L'accessibilità e la possibilità di anonimato rendono i social uno spazio dove si può parlare di argomenti delicati tra cui il suicidio e l'ideazione suicidaria. Il web e i *new media* potrebbero aumentare l'effetto imitativo a causa di contenuti dettagliati sul suicidio e i metodi (Dunlop et al., 2011, in Carlyle et al., 2018). D'altra parte, i social potrebbero essere uno strumento per raggiungere i giovani e diffondere *awareness* sul fenomeno del suicidio e sulle risorse dove trovare aiuto: Robinson et al. (2015) hanno coinvolto stakeholders nella prevenzione del suicidio (ricercatori, organizzazioni e singoli) in un sondaggio; i tre gruppi di partecipanti erano concordi nel ritenere i social media uno strumento i cui benefici potrebbero superare i rischi. La letteratura, tuttavia, sembra suggerire che il potenziale educativo e protettivo dei social media non è sfruttato (Carlyle et al., 2018, citano Perry et al., 2016, e Calear et al, 2014).

In particolare, Carlyle e coautori (2018) hanno indagato il tipo di contenuti su Instagram riferiti al fenomeno e se le loro caratteristiche potrebbero causare l'effetto Werther o l'effetto Papageno. Sono stati raccolti 500 post che presentavano l'hashtag #suicide o #suicidal. La gran parte dei post menzionava la depressione e circa un terzo conteneva riferimenti a disturbi del comportamento alimentare. In molti post, inoltre, si menzionava l'autolesionismo. Nei post che trattavano di idee suicidarie, gli autori hanno riscontrato un maggior numero di "mi piace". Mancano invece, in linea di massima, post focalizzati sulla prevenzione, sulla speranza, sul recupero e sulle risorse utili a coloro che attraversano fasi di difficoltà e hanno pensieri di suicidio o tendenze autolesioniste; sembrerebbe dunque più probabile un effetto di contagio piuttosto che un effetto protettivo.

Carlyle et al. (2018) hanno notato la mancanza di esperti, organizzazioni ed istituzioni nel discorso sul suicidio su Instagram: ad esempio, in un post su quattro erano presenti diversi commenti che esprimevano supporto sociale positivo, ma provenivano da singoli e non da enti pubblici o professionisti. Gli autori dello studio scrivono:

La mancanza di post mirati all'*awareness* sul suicidio pubblicati da enti pubblici o da professionisti che si occupano di salute mentale, fa sì che Instagram sia un probabile conduttore per l'ideazione suicidaria e per la sua normalizzazione, nonché della normalizzazione dell'autolesionismo.

Nello studio si afferma che, sebbene siano state sviluppate per i media tradizionali, le raccomandazioni della World Health Organization sulla comunicazione del suicidio rappresentano attualmente la più completa guida anche per i contenuti social riguardanti il fenomeno del suicidio.

## 5.5 I player della comunicazione della salute mentale sui social

La comunicazione della salute mentale sui social media coinvolge diversi attori: anzitutto, gli utenti, che possono utilizzare le piattaforme per condividere la propria storia e/o per la ricerca di informazioni; sono presenti poi influencer/creator di contenuti sulla salute mentale che hanno un numero significativo di followers; infine, lo Stato e le istituzioni sono possibili player.

Riguardo agli influencer/creator va fatta una distinzione tra *professional mental health influencer* e *non-professional mental health influencer*: i primi sono professionisti della salute mentale formati o in corso di formazione (Pretorius et al., 2022; White e Hanley, 2022, in Stillwell, 2024); i secondi possono essere definiti “*peer mentors*” (McCosker, 2018, in Stillwell, 2024), cioè individui che offrono ai pari supporto, consiglio e incoraggiamento alla luce della propria esperienza.

Di seguito, si presentano alcune considerazioni circa i tre gruppi di player sopra indicati.

### 5.5.1 Utenti delle piattaforme

Robinson et al. (2015) spiegano che gli utenti fanno un doppio utilizzo dei social media: da un lato, usano le piattaforme per cercare informazioni o aiuto riguardo alla propria situazione, dall'altro partecipano alle dinamiche di supporto sociale verso altri utenti, e ciò ha di per sé un valore positivo e terapeutico sulla persona. Hanno dunque un ruolo sia passivo, in quanto fruitori di contenuti, sia attivo poiché collaborano alla comunicazione sul media, producendo commenti e contenuti in prima persona.

Poiché alcuni utenti delle piattaforme potrebbero star attraversando situazioni di difficoltà psicologica, alcuni studi hanno analizzato come cambia l'uso dei social media negli individui che convivono con un disturbo mentale.

Beard e colleghi (2019), ad esempio, hanno condotto uno studio circa l'utilizzo dei social da parte di 322 pazienti di un ospedale psichiatrico degli Stati Uniti. L'età media del campione era di 33,49 anni e i disturbi più diffusi erano depressione maggiore, disturbo bipolare, disturbo d'ansia, DOC, disturbi legati allo stress e disturbo psicotico. I risultati hanno dimostrato che i partecipanti accedevano ai social media almeno una volta all'ora (e gli individui di genere femminile controllavano il telefono più frequentemente rispetto alla media), ma che l'utilizzo era prevalentemente passivo in quanto raramente i soggetti postavano contenuti. Questo risultato può essere rilevante in quanto nel paragrafo 5.1 si è sottolineato che l'uso passivo dei social media incentiva il confronto sociale, da cui derivano ripercussioni negative sull'autostima (Verdyun et al., 2017; Faelens et al., 2021).

Birnbaum e colleghi (2015) hanno analizzato, attraverso interviste semi-strutturate, come cambia l'utilizzo dei social network tra 80 giovani con disturbi dello spettro psicotico e disturbi dell'umore non psicotici. In entrambi i gruppi è stato riferito un cambiamento nelle abitudini d'utilizzo dei social

all'insorgenza dei sintomi: i soggetti con disturbi psicotici ricercavano perlopiù informazioni sulle cause, mentre quelli che soffrivano di disturbi dell'umore non psicotici cercavano soprattutto consigli su come fermare la sintomatologia. È importante sottolineare che le informazioni trovate dai partecipanti sono state talvolta insufficienti o scorrette e hanno talvolta portato alla convinzione che i sintomi si sarebbero risolti autonomamente, ritardando la ricerca di aiuto. La comunicazione dovrebbe invece incentivare l'intervento precoce.

Si nota, dunque, l'interesse provato da utenti con disturbi mentali nei confronti dei contenuti sulla salute mentale. Naslund e colleghi (2017) hanno indagato le opinioni di 135 persone che affermavano di soffrire di un disturbo mentale (disturbo schizofrenico, bipolare o disturbo depressivo); dai risultati emerge che l'85% del campione è interessato a programmi per il sostegno del benessere psicologico condivisi via social e, di questi, il 90% avrebbe desiderato trovare contenuti su come affrontare i sintomi del disturbo. Inoltre, più della metà dei partecipanti hanno dichiarato di usare i social per condividere la propria esperienza di convivenza con la malattia mentale e due intervistati su tre hanno riferito di usare i social per connettersi con altri utenti che hanno un disturbo mentale: ciò conferma le potenzialità delle piattaforme per il supporto *peer to peer*.

### **5.5.2 Content creator e influencer (*non-professional mental health influencer*)**

Si ritiene che la nascita degli "influencer della salute mentale" possa essere in larga parte attribuita alla pandemia di Covid-19 e al conseguente aumento della comunicazione via social sulla salute mentale (Marciano et al., 2022, in Stillwell, 2024; Koinig, 2022): si tratta di creator che parlano del tema basandosi sull'esperienza personale e che creano con i propri follower una community estesa, mirata al sostegno reciproco. Gli influencer, in modo simile agli opinion leader e alle celebrities, hanno un potere di influenza sugli utenti che li seguono, grazie alla fiducia e al grado elevato di ammirazione e identificazione che si instaurano nei loro confronti (Koinig, 2022). Proprio rispetto all'identificazione, si segnala che il ruolo dell'influencer può essere positivo – oltre che per la condivisione di informazioni sulla salute mentale – anche perché chi guarda può riconoscersi in lui e sentirsi parte di un *ingroup* che valuta positivamente; questo, come visto nel Capitolo 2, ha implicazioni positive sull'autostima del singolo e sulla prevenzione degli impatti negativi dello stigma.

Koinig ha suddiviso i post prodotti da influencer della salute mentale in tre tipologie:

1. Post a carattere motivazionale o informativo, che stimolano l'*empowerment*;
2. Post comici e umoristici in formato fumetto;
3. Post che ritraggono l'influencer stesso (selfie) accompagnati da *caption* riguardanti la salute mentale.

Secondo lo studio, basato su un sondaggio che ha coinvolto 500 partecipanti, i post più efficaci nella trasmissione del messaggio sono quelli del terzo tipo, poiché danno un “tocco umano” al contenuto, oppure quelli motivazionali. I fumetti, invece, sono stati valutati meno positivamente in quanto sono cognitivamente più complessi da elaborare.

Si noti che lo studio non ha compreso i contenuti video, come i Reels, né i caroselli, che sarebbero le due tipologie di post più apprezzate secondo i dati Digital 2024 (WeAreSocial, 2024).

### **5.5.3 Professionisti della salute mentale (*professional mental health influencer*)**

La partecipazione di esperti alla comunicazione della salute mentale sui social è auspicabile: (a) essi possono condividere informazioni accurate dal punto di vista scientifico; (b) grazie al vasto utilizzo e alla presenza di community, sui social si possono raggiungere numerosi destinatari; (c) gli utenti con disturbi mentali potrebbero beneficiare della connessione via social con i professionisti (Birnbaum et al., 2015). Dal punto di vista lavorativo, coloro che creano contenuti sui social godono di maggiore visibilità e, di conseguenza, maggiore probabilità di essere contattati; i social media possono anche essere usati a scopo di *personal branding* e autopromozione. Il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi (2017) parla infatti di “*digital professional divide*” tra chi usa e chi non usa attivamente le tecnologie dell’informazione.

I professionisti agiscono sui social media come divulgatori, condividendo contenuti mirati alla psicoeducazione e alla diffusione di consapevolezza sul tema della salute mentale, basandosi sulle proprie conoscenze ed esperienze professionali (Triplett et al., 2022).

Haq e colleghi (2022) hanno analizzato come i *professional mental health influencer* utilizzino Instagram. La ricerca è stata condotta su 127 account e oltre 97mila post. A livello di contenuto, il valore informativo (consigli, conoscenze) sembra avere la priorità rispetto al supporto emotivo (comprensione, incoraggiamento, empatia); i post informativi sono stati maggiormente apprezzati anche dalle audiences, ottenendo migliori risultati in termini di “mi piace”. È stato notato che la scelta di utilizzare termini con connotazione negativa, come “rabbia” e “trauma”, aumentava i livelli di *engagement*.

Pretorius et al. (2022) hanno rivolto la loro ricerca ai professionisti della salute mentale (psicologi, terapeuti, psichiatri) classificabili come influencer. Sono stati selezionati 28 account Instagram e Tiktok con un numero di follower superiore a 100mila e si è condotta una *content analysis* su oltre 100 post per ciascuna piattaforma. Gli autori hanno sottolineato l’importanza di includere dei disclaimer sulla propria disponibilità, in modo da stabilire chiaramente come e quando gli utenti possono relazionarsi con i professionisti: chiarire le modalità di contatto è importante perché la letteratura dimostra che i giovani, durante momenti di grande difficoltà psicologica, ricercano aiuti

disponibili 24 ore su 24 (si citano Pretorius et al., 2019). È dunque utile indicare anche delle risorse esterne dove gli utenti possono trovare supporto. Lo studio evidenzia che la credibilità è un elemento importante per raggiungere l'obiettivo di aumentare la consapevolezza pubblica sulla salute mentale; i professionisti dovrebbero perciò fare gli opportuni riferimenti all'evidenza scientifica su cui è basato il contenuto.

#### **5.5.4 Lo Stato e le istituzioni**

Sebbene diverse ricerche citino il potenziale dei social media e la necessità della presenza istituzionale in essi, lo Stato e gli enti pubblici risultano perlopiù assenti o inattivi sui social per quanto riguarda la comunicazione della salute mentale. Daniele Collina (30 giugno 2023), redattore di *Sogni&Bisogni*<sup>19</sup> (sito delle Associazioni per la Salute Mentale e del DSM dell'AUSL di Bologna), scrive:

In Italia l'interesse per la lotta allo stigma è stato piuttosto tiepido, soprattutto a livello delle istituzioni nazionali. [...] Esistono molte iniziative locali e si sta cercando di fare un database delle iniziative in giro per l'Italia. Manca però un grande progetto di lotta allo stigma, organico e diffuso sull'intero territorio e dotato di una regia e strategia complessiva adeguatamente finanziata e basata sulle migliori evidenze scientifiche. Rispetto al panorama internazionale, l'Italia è molto indietro anche sui social network e questo è un limite nel raggiungere la popolazione giovanile.

Le campagne dello Stato italiano in merito alla salute mentale, consultabili alla pagina dedicata sul sito del Ministero della Salute<sup>20</sup> (s.d.-b), sono infatti poche: la pagina riporta quattro campagne dal 2004 ad oggi. Le campagne più recenti, del 2018 e del 2021, si sono focalizzate rispettivamente sulla sensibilizzazione e sui disturbi del comportamento alimentare. La campagna di sensibilizzazione del 2018, dal claim "Da vicino nessuno è normale", ha avuto come target i primi cittadini e le istituzioni; Facebook e Twitter sono stati utilizzati per pubblicare foto dei Sindaci che hanno aderito alla campagna. La campagna del 2021 sui DCA è stata veicolata attraverso video YouTube dove persone che avevano sofferto del disturbo raccontavano brevemente l'esperienza e incoraggiavano a richiedere aiuto.

Appare evidente la scarsa partecipazione dello Stato al discorso sulla salute mentale, specialmente per quanto riguarda i social più utilizzati dai giovani: Instagram e TikTok. Questa osservazione è confermata dal fatto che dall'inizio del 2024 a giugno, né il Ministero della Salute né quello dell'Istruzione hanno pubblicato nei rispettivi profili Instagram (@ministerosalute, @ministeroistruzione) post o storie in evidenza riguardanti il tema del benessere psicologico. Lo

---

<sup>19</sup> <https://www.sogniebisogni.it/>

<sup>20</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/archivioCampagneSaluteMentale.jsp>

stesso vale per l'Istituto Superiore di Sanità (@iss\_social), escluso il post condiviso il 15 marzo in occasione della Giornata Nazionale del Fiocchetto Lilla dedicata ai DCA.

Le organizzazioni nazionali del settore psicologico, come Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (@cnopsicologi) e Società Italiana Psichiatria (@sip\_psichiatria.italiana) pubblicano contenuti relativi alla professione, ma non mettono in atto una vera e propria comunicazione finalizzata all'informazione dei pubblici sulla salute mentale.

È stato visionato anche l'account Instagram della World Health Organization (@who): i post riguardano la salute in generale; è dedicato un numero ridotto di storie in evidenza raggruppate con l'hashtag #LetsTalk e #MentalHealth, riguardanti la depressione, la depressione post partum, l'ideazione suicidaria e il *distress*. Tali stories, comunque, risalgono al 2021 e 2020, nonostante le linee guida della stessa WHO esplicitino la necessità di portare la mental health nelle agende sanitarie e pubbliche.

Secondo Pretorius et al. (2022) le organizzazioni rivolte alla salute mentale e gli enti nazionali dovrebbero prendere spunto dai professionisti/influencer e dal loro modo di promuovere la psicoeducazione attraverso il coinvolgimento dei follower. Koutola (2022) ritiene anche che le organizzazioni potrebbero collaborare con gli influencer per implementare campagne mirate all'*awareness* e al contrasto dello stigma. Secondo Motta (2024) si potrebbero progettare campagne che coinvolgano anche influencer che non si occupano di salute mentale, al fine raggiungere audiences ampie e non solo gli utenti che sono già interessati al tema.

## **5.6 I pubblici e i potenziali scopi della comunicazione della salute mentale sui social**

Quando si parla di comunicazione vanno definiti i pubblici. Questo paragrafo identifica i possibili destinatari e i diversi scopi della comunicazione della salute mentale sui social media, alla luce delle riflessioni presentate nel corso del Capitolo.

Un primo pubblico è costituito dai diretti interessati: persone che attraversano momenti di difficoltà o disagio psicologico e individui che soffrono di disturbi mentali. La comunicazione rivolta a questo gruppo di persone può avere diverse finalità:

- psicoeducazione, attraverso informazioni che permettono una migliore comprensione di sé, delle dinamiche e dei processi psicologici;
- motivazione, supporto, incoraggiamento, spinta all'auto accettazione e all'auto compassione, al fine di contrastare gli impatti negativi dello stigma interiorizzato e/o sociale;
- incentivo alla ricerca di aiuto e all'intervento precoce, anche attraverso l'autopromozione dei professionisti o rimandando a risorse di supporto psicologico esterne: questo è un obiettivo

fondamentale dato il divario terapeutico evidenziato dal Gruppo AXA e Ipsos (2024a), per via del quale il 40% delle persone con difficoltà relative alla salute mentale non cercano aiuto.

Un secondo possibile pubblico è la comunità, il pubblico generalista, che dovrebbe essere raggiunto allo scopo di:

- offrire delle contronarrazioni che danno una nuova rappresentazione della salute mentale rispetto a quella predominante sui mass media, contrastando così lo stigma sociale;
- sensibilizzare nei confronti del tema, promuovere la consapevolezza e prevenire la discriminazione nei confronti di chi soffre di disturbi mentali (Ahad et al., 2023);
- mettere in contatto persone che non hanno disturbi mentali con coloro che ne soffrono o hanno sofferto, attuando la strategia di contatto per combattere lo stigma;
- prevenire l'insorgenza di disturbi e la complicazione delle condizioni di salute mentale: secondo Latha et al. (2020) “la conoscenza e la comprensione dei disturbi mentali, aiutano nel riconoscimento, nella gestione e nella prevenzione”.

All'interno dei due gruppi, poi, si possono definire numerosi sotto-segmenti, ai quali la comunicazione della salute mentale dovrebbe essere adattata. Ad esempio, si possono rivolgere contenuti specifici a:

- giovani donne sulla piattaforma, allo scopo di informare sui rischi del confronto sociale che può accadere sui social specialmente in questa fascia di popolazione;
- manager e datori di lavoro per educare sul tema della salute mentale e prevenire la discriminazione in ambito lavorativo;
- operatori sanitari in quanto figure essenziali nel trattamento dei disturbi mentali, che pertanto devono essere in grado di riconoscere e mitigare lo stigma (Ahad et al. 2023);
- familiari di persone con disturbi mentali, al fine di contrastare lo stigma di cortesia e/o di spiegare come stare accanto a chi soffre.

In generale, come afferma Yanos (citato in APA, s.d.), la comunicazione deve tenere conto delle differenze tra pubblici e adattare il linguaggio e i contenuti al target. La scelta circa i destinatari e gli obiettivi dei contenuti social potrebbe essere definita attraverso la costruzione di un piano editoriale, che determina gli scopi della comunicazione e le strategie per raggiungerli.

## Capitolo 6 Le interviste

Nei precedenti capitoli è stata analizzato il panorama della salute mentale e della sua comunicazione, sia sui mass media che sui social media; si sono spiegati i motivi per cui la comunicazione è impattante sulla società e sui singoli e si è approfondito il recente cambiamento del paradigma comunicativo avvenuto nell'ambiente dei social media. Come suggerisce il titolo dell'elaborato, il presente progetto si focalizza proprio sui social media, per comprendere quali siano le ripercussioni della comunicazione della salute mentale tramite le piattaforme. La letteratura riportata nel Capitolo 5 ha dimostrato che sono possibili diversi effetti, sia positivi che negativi; con la ricerca sperimentale condotta per questo progetto di tesi si sono voluti approfondire ulteriormente gli impatti della comunicazione del benessere psicologico via social media. Sono state raccolte le opinioni degli attori della comunicazione della salute mentale: coloro che producono la comunicazione – i *mental health influencer* – e coloro che ne fruiscono, gli utenti dei social media. Su questi player sono state condotte, rispettivamente, una ricerca qualitativa e una ricerca quantitativa. I metodi prescelti per la raccolta dei dati sono stati:

1. interviste qualitative semi-strutturate rivolte ai *mental health influencer*;
2. indagine campionaria (*survey*), condotta attraverso un questionario che ha raccolto dati sugli utenti.

In questo capitolo, verrà spiegata la ricerca qualitativa, mentre il Capitolo 7 sarà dedicato ad esporre i risultati della *survey*.

### 6.1 Metodologia e intervistati

Le interviste condotte sono semi-strutturate e in profondità. Sono stati coinvolti cinque partecipanti: le intervistate sono micro-influencer<sup>21</sup>, di cui quattro *professional mental health influencer* e una *non-professional mental health influencer*, che hanno esposto riflessioni sulla comunicazione via social secondo una prospettiva interna. Le micro-influencer sono state selezionate e contattate attraverso Instagram.

Le interviste sono state effettuate per via telematica; le rilevazioni si sono fermate quando è stata notata la saturazione dei contenuti.

Le tracce del questionario, riportate in Appendice, sono composte dalle domande principali che sono state rivolte alle intervistate. Talvolta, nel corso delle interviste sono state poste ulteriori domande di

---

<sup>21</sup> Ci si è basati sulla classificazione riportata nel sito [www.digitalforbusiness.com](http://www.digitalforbusiness.com), secondo cui i micro-influencer sono seguiti da un numero compreso tra 10mila e 100mila follower. Per approfondimenti sulle tipologie di influencer, si veda <https://www.digitalforbusiness.com/mega-macro-micro-nano-influencer/#:~:text=Gli%20influencer%20non%20sono%20tutti,o%20piccole%20nicchie%20di%20mercato.>

specificazione (*follow-up*) per approfondire spunti emersi durante il colloquio. La durata delle interviste è compresa tra 30 e 45 minuti.

Prima di iniziare, i partecipanti sono stati informati sugli scopi della ricerca, specificati di seguito, ed è stato chiesto il consenso alla registrazione del colloquio. Insieme a ciascun partecipante sono stati stabiliti accordi sulla possibilità di citare le riflessioni emerse. I file audio sono stati trascritti e i dati sono stati elaborati secondo il metodo dell'analisi tematica (Braun e Clarke, 2006), cioè identificando dei codici rilevanti ai fini della ricerca e raggruppandoli in temi.

Lo scopo della ricerca qualitativa è stato quello di raccogliere riflessioni circa la considerazione pubblica della salute mentale e la sua comunicazione, basate sull'opinione professionale e/o sull'esperienza diretta di produzione di contenuti per i social media.

Segue una breve presentazione delle *mental health influencer* che hanno preso parte alle interviste, utile a chiarire la loro attività professionale offline e online.

1. Francesca Picozzi (@francescapicozzipsico su Instagram), psicologa clinica specializzata in sessuologia, prossima alla specializzazione in psicoterapia. Lavora come psicologa, specialmente con i giovani, e come creatrice di contenuti sulle piattaforme Instagram e TikTok, utilizzando soprattutto un tono di voce ironico.
2. Lucrezia Marino (@lumore.psi): psicologa, psicoterapeuta e sessuologa clinica. Su Instagram crea contenuti che trattano tematiche legate alla psicologia, alla sessuologia e soprattutto alla psicoterapia.
3. Chiara Maiuri (@chiamaiuripsicologa), psicologa clinica e psicoterapeuta. Oltre all'attività in studio come libera professionista, opera come consulente per il Tribunale di Milano e collabora con la fondazione Progetto Itaca<sup>22</sup>, dedicata al sostegno delle persone affette da disturbi mentali e delle loro famiglie. Sui social, Maiuri crea contenuti sulla salute mentale per il suo profilo o per collaborazioni con altre pagine, tra cui @profilodiventi<sup>23</sup>.
4. Francesca Parisi è una psicoterapeuta cognitivo-comportamentale e psicologa clinica, si occupa anche di EMDR<sup>24</sup>. Sui social, crea contenuti relativi alla salute mentale che pubblica nel suo account @terapiadinterni.
5. Dana Topliceanu (@mcdanald.s) è una content creator che su Instagram e TikTok parla di salute mentale, riportando la sua personale esperienza relativa al disturbo d'ansia e al DOC, al fine di sensibilizzare i pubblici e far sentire rappresentati gli utenti con vissuti simili.

---

<sup>22</sup> <https://progettoitaca.org/>

<sup>23</sup> Il progetto editoriale VENTI è stato avviato dalla Youtuber e scrittrice Sofia Viscardi nel 2019 e si è concluso a marzo 2024. È stato indirizzato ai giovani attraverso contenuti su TikTok, Instagram, YouTube e podcast su Spotify.

<sup>24</sup> L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è una metodologia che tratta disturbi causati da eventi stressanti o traumatici sfruttando i movimenti oculari alternati o altre forme di stimolazione. Per approfondimenti: <https://www.stateofmind.it/emdr/>

## 6.2 Discussione dei risultati

Dall'analisi tematica delle interviste sono emersi cinque temi rilevanti ai fini della ricerca:

1. la crescente importanza attribuita alla salute mentale;
2. la comunicazione nei mass media e nei social media;
3. i benefici e gli aspetti critici della comunicazione della salute mentale via social;
4. l'impatto personale della scelta di pubblicare contenuti;
5. gli obiettivi e i principi che dovrebbero guidare la comunicazione della salute mentale.

Di seguito, ci si sofferma su ciascun punto, riportando alcune importanti considerazioni fatte dalle intervistate.

### *La crescente importanza attribuita alla salute mentale*

Nel corso delle interviste è stato evidenziato un cambiamento in merito alla considerazione pubblica della salute mentale, avvenuto nel corso degli ultimi anni. I partecipanti sono concordi nell'affermare che la salute mentale ha recentemente guadagnato un proprio spazio tra le priorità dei singoli e della società. La dottoressa Parisi afferma:

Il concetto di salute mentale è iniziato e cambiato con la Legge Basaglia: si è cominciato a capire che la sofferenza mentale non andava ostracizzata. Poi, pian piano e soprattutto negli ultimi anni – e nelle ultime generazioni – c'è stata un'evoluzione nell'approccio alla salute mentale. [...] Quando abbiamo un problema di salute fisica, cerchiamo delle spiegazioni. Ad oggi, facciamo lo stesso con i problemi della salute mentale. Prima, ciò che riguardava le emozioni non veniva indagato.

Questo cambiamento è stato attribuito principalmente a due fattori: l'impatto del Covid e la diversa mentalità delle nuove generazioni nei confronti della salute mentale.

La pandemia di Covid-19, come conferma la letteratura (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021; Hossain et al., 2020), ha avuto un forte impatto psicologico sulle persone, con il quale ci si è necessariamente dovuti confrontare. Secondo la creator Dana Topliceanu, infatti:

Con il Covid, un gran numero di persone si sono trovate a vivere una condizione di sofferenza anche psicologica: eravamo chiusi in casa, lontani dalla famiglia o dagli amici durante una situazione di pericolo. Di conseguenza i disturbi – ad esempio quelli d'ansia – hanno avuto la meglio, soprattutto tra i più giovani. Ciò ha costretto anche la generazione dei genitori ad ascoltare il malessere dei propri figli, quindi a riconoscere il dolore psicologico che c'è.

Le considerazioni sono in linea con i dati riportati nel primo capitolo, secondo i quali negli ultimi anni si è assistito ad un deterioramento della salute mentale dei giovani (AXA e Ipsos, 2024a), anche a causa degli effetti del Covid-19 (WHO, 2022b; Invernizzi, 16 gennaio 2022).

Secondo le intervistate sono proprio i giovani a promuovere una maggiore attenzione nei confronti del benessere psicologico. Maiuri e Picozzi hanno evidenziato come i Baby Boomer e la generazione X siano cresciuti in un contesto in cui la salute mentale non rientrava tra le priorità individuali né tra gli elementi del benessere della persona. La generazione dei Millennial ha cominciato ad acquisire consapevolezza e a parlare della propria sofferenza, perlopiù, però, con persone fidate. I ragazzi delle generazioni Z e Alpha sono più aperti delle precedenti, parlano della loro sofferenza mettendo in atto ciò che Picozzi ha definito un “*coming out* generazionale”. Secondo Chiara Maiuri, per le generazioni più giovani “la salute mentale è una priorità sia in termini personali che in termini comunicativi. È quindi un tema di cui occuparsi, preoccuparsi e di cui parlare.”.

L’impatto della pandemia e della mentalità aperta dei giovani vanno nella stessa direzione: si attribuisce più importanza alla salute mentale e se ne parla di più, anche nei media.

Con i lockdown e l’isolamento sociale, inoltre, le persone hanno cercato nuovi modi per connettersi tra loro e trovare supporto (come sostiene Koinig, 2022); d’altro canto, l’impossibilità di esercitare le normali attività quotidiane, tra cui il lavoro, ha fatto sì che molti abbiano trovato metodi alternativi per impiegare il tempo libero e sfogare la propria creatività. Non sorprende allora che la gran parte delle *mental health influencer* intervistate abbiano cominciato a pubblicare contenuti sui social proprio durante la pandemia.

### *La comunicazione nei mass media e nei social media*

Dalle interviste emergono importanti considerazioni circa la comunicazione della salute mentale proposta dai media tradizionali e dai social media. Anzitutto, è stata riconosciuta un’evoluzione del discorso mediatico sulla salute mentale in generale, che è passato dall’essere focalizzato esclusivamente sulla problematicità – quindi sui disturbi mentali e sui fatti di cronaca – al trattare anche di benessere psicologico e di prevenzione. È cresciuto l’interesse rivolto alla salute mentale da parte dei programmi tv, dei talk show, delle testate giornalistiche, delle produzioni televisive (Picozzi cita *Sex Education* e *In Treatment*). Tuttavia, in linea con quanto sostenuto da Harris (2021), le *mental health influencer* intervistate hanno riconosciuto che i mass media mantengono un approccio tradizionale e una comunicazione obsoleta, rispetto ai social media. Topliceanu spiega:

I social hanno una comunicazione più vicina all’utente, cercano di sviscerare gli argomenti con empatia e comprensione. Mi sembra invece che la televisione, la radio e gli altri media tradizionali propongano una comunicazione ancora molto distaccata.

Maiuri e Topliceanu concordano nell’affermare che mass media e social media si rivolgono a target diversi: rispettivamente, la comunicazione è indirizzata agli adulti e ai giovani, con dei toni di voce diversi.

Attraverso i social media, i professionisti hanno l'opportunità di entrare in contatto con i giovani parlando la loro lingua e avvicinandoli alla professione. A questo proposito Lucrezia Marino afferma:

Io e molti colleghi della mia generazione [Millennial] abbiamo fatto vedere – e dico “vedere” non a caso, ma perché c'è proprio un impatto visivo – un'immagine completamente diversa dello psicologo o psicoterapeuta: un'immagine più giovanile, più vicina anche nei modi. Questo ha permesso alle nuove generazioni di sentirsi più accolte.

Nei social media, inoltre, anche i non-esperti che hanno avuto esperienza diretta di determinate problematiche possono partecipare alla comunicazione; grazie a ciò, sottolinea Topliceanu, coloro che hanno sperimentato disturbi o altre condizioni di salute mentale possono prendere la parola e dare un volto alle problematiche, facendo sentire rappresentate le persone che affrontano situazioni simili. Secondo quanto emerge dalle interviste – che confermano la posizione di Collina (30 giugno 2023) e quanto esposto nel paragrafo 5.5.4 – lo Stato rimane generalmente assente in ambito di comunicazione della salute mentale. Parisi nota: “Moltissime persone oggi non sanno cosa sia un DSM, mentre conoscono Unobravo e piattaforme simili. È una questione di marketing e di comunicazione: il Paese dovrebbe comunicare di più”. La scelta di promuovere una nuova comunicazione della salute mentale è attualmente in mano ai singoli utenti e professionisti che utilizzano i social media: Maiuri definisce il cambiamento nella comunicazione della salute mentale una “rivoluzione partita dal basso”.

### *I benefici e gli aspetti critici della comunicazione della salute mentale via social*

Dalle riflessioni delle intervistate sono emerse importanti considerazioni circa gli effetti della comunicazione della salute mentale, che in parte confermano e in parte arricchiscono quanto visto nel Capitolo 5. Prima fra tutte, emerge la preoccupazione per l'autodiagnosi: Maiuri spiega che il rischio è che un sintomo venga decontestualizzato e interpretato senza considerare la situazione che lo circonda, l'intensità, la durata, l'influenza sulla vita personale. D'altra parte, secondo Picozzi, l'autodiagnosi può essere vista come un tentativo di dare un nome a un dolore sconosciuto. L'autodiagnosi diventa particolarmente problematica nei casi in cui essa non viene discussa con un professionista, ma rimane un'etichetta che il soggetto si è apposto e/o alla quale potrebbe cercare di porre rimedio autonomamente. Si riportano le parole di Maiuri:

Quello che credo sia da evitare ad ogni costo è l'autodiagnosi, non solo per una questione di mancanza degli strumenti – cosa peraltro vera – ma perché non sempre si riesce a condurre a chiedere aiuto ad un professionista. Un tema legato alla diagnosi avrebbe senso se venisse riportato in sede di terapia: quando i pazienti riferiscono di pensare di avere un disturbo, io li accolgo volentieri perché ciò mi permette di leggere come si sentono e di discuterne assieme a loro.

L'autodiagnosi potrebbe essere una conseguenza della generalizzazione: talvolta, sui social si parla di sintomi senza specificare il contesto in cui si manifestano; ciò può portare chi si riconosce nella sintomatologia a concludere di avere il disturbo cui il contenuto è riferito.

La grande mole di informazioni sul tema della salute mentale, oltretutto, rischia di “bombardare gli utenti” – citando Marino – e di creare confusione. La libertà di parola che caratterizza social media implica l'impossibilità di esercitare un controllo a monte sulla correttezza delle informazioni: c'è dunque il rischio della disinformazione.

Dalla diffusione di tecnicismi, inoltre, consegue che “chi ne ha la possibilità, li utilizzi”, come spiega Marino. Picozzi spiega che a volte si usano termini diagnostici per parlare di “sensazioni che in realtà sono umane e riguardano la vita di tutti i giorni”. Queste considerazioni sono coerenti con quanto riportato da De Lillis (16 ottobre 2023) e McVay (31 agosto 2023).

Un'ulteriore criticità risiede nel fatto che, sebbene la comunicazione della salute mentale sui social sia generalmente diretta al contrasto dello stigma, accade che alcuni contenuti perpetuino concezioni negative e stereotipanti. Talvolta, ad esempio, le descrizioni riferite ad alcuni disturbi (come il disturbo narcisistico di personalità o il disturbo bipolare) si concentrano più sull'effetto del problema sugli altri che sul vissuto interno dell'individuo; questo non accade per altri disturbi come la depressione o il disturbo d'ansia.

Un altro esempio di stereotipizzazione è costituito dalla comunicazione sugli psicofarmaci, che spesso trasmette messaggi sbagliati poiché demonizza o, al contrario, incentiva eccessivamente la terapia farmacologica, perpetuando lo stigma sulla scelta di rivolgersi agli psichiatri.

Considerando ora i benefici della comunicazione della salute mentale, alcuni sono già emersi: la promozione dell'attenzione e dell'apertura nei confronti del tema e l'aumento dell'importanza che vi si attribuisce. Parisi afferma:

Io ritengo che il fatto che si stia iniziando a parlare di salute mentale sia positivo. Non se ne sta parlando sempre correttamente, è vero, ma se ne sta parlando. Nel nostro lavoro [di professionisti della salute mentale] tutto inizia a muoversi grazie alle parole; allora anche nella considerazione della salute mentale le cose si stanno muovendo. Ora stiamo facendo degli esperimenti, come quelli che sono stati fatti nel corso della storia, quindi si fanno cose giuste e cose sbagliate; man mano, poi, la comunicazione diventerà sempre più raffinata.

È stato inoltre sottolineato che la comunicazione della salute mentale sui social media consente agli utenti di acquisire informazioni alle quali altrimenti non avrebbero avuto accesso; Marino descrive questa opportunità con una metafora: “È come se ci trovassimo in una grande biblioteca, dove abbiamo la possibilità di leggere tantissimi libri.”.

Picozzi, peraltro, riflette sul fatto che i social media funzionino come un amplificatore: il fatto che si tratti apertamente di salute mentale può incoraggiare anche i più timorosi a esporsi con maggiore

tranquillità. Maiuri conferma: “Per le persone, diventa meno stigmatizzante parlare della propria salute mentale e dire che si va dallo psicologo.”. La *self-disclosure* da parte di alcuni incentiva anche altri a riconoscere i propri problemi e ad occuparsene. Inoltre, com'è stato ampiamente trattato nel corso dell'elaborato, la *self-disclosure* permette di intraprendere il percorso di *empowerment* (Corrigan e Rao, 2012), come testimonia Dana Topliceanu:

C'è un aspetto molto positivo, che è quello di sentirmi utile. È per me una sensazione di gioia impagabile. [...] Trovare questa vocazione mi ha aiutato a dare un senso a ciò che mi era successo e a vederci il buono.

La possibilità di conoscere e interagire con i *mental health influencer* e con gli altri utenti crea un senso di comunità che è importante per il benessere della persona (Eysenbach et al., 2004; Naslund et al., 2020; Dewak, 2023). Topliceanu spiega che con la community si instaura un rapporto alla pari, dove il sostegno è reciproco e dove le persone si danno speranza a vicenda.

La comunicazione della salute mentale, inoltre, favorisce (o dovrebbe favorire) la ricerca d'aiuto: dal punto di vista contenutistico, si possono indicare risorse utili per il supporto psicologico. Inoltre, la possibilità di vedere un professionista, di conoscere il suo stile comunicativo e di contattarlo in modo semplice e veloce, ad esempio inviando un *direct message*, facilita l'accesso alle cure. I social media permettono di avvicinare i professionisti alle persone, com'è stato dichiarato anche da Naslund et al. (2020).

### *L'impatto personale della scelta di pubblicare contenuti*

L'ultimo tra i benefici sopra riportati si riflette anche sulle opportunità lavorative dei *professional mental health influencer*: Maiuri, ad esempio, afferma che tra il 50% e il 60% dei suoi pazienti sono arrivati da richieste ricevute attraverso i social.

Per la gran parte delle intervistate, il lavoro sui social è diventato una professione parallela rispetto a lavoro in studio (nel caso di Topliceanu, *non-professional mental health influencer*, il lavoro di content creator è diventato il principale impiego); inoltre, è stato riferito che si sono ampliate le opportunità relative a progetti e collaborazioni.

Dal punto di vista di coloro che producono i contenuti, i rischi segnalati sono principalmente due:

- la possibilità di essere contattati per dare consigli su situazioni o esperienze personali, cosa che i professionisti non possono fare efficacemente, non conoscendo il contesto specifico;
- l'esposizione a commenti negativi: comunicare con i social media permette di raggiungere un vasto numero di persone, con sensibilità diverse rispetto al tema della salute mentale, un rischio che è stato evidenziato anche da Naslund et al. (2020). La ricezione di commenti ostili può avere un impatto emotivo sui creator. Si riportano, a questo proposito, le parole di Dana Topliceanu:

Certi commenti tendono a scaturire in me delle sensazioni e delle emozioni molto negative. Se, da un lato so che i miei video fanno bene a delle persone, so anche che altre persone, che non sono avvezze al benessere mentale, prendono i miei video nel modo sbagliato. Li sradicano da quello che è loro significato. [...] Questa esposizione ovviamente ricade poi su di me. Col tempo ho capito che è una battaglia che non posso combattere, perché ci sarà sempre qualcuno avrà qualcosa da dire.

### *Gli obiettivi e i principi che dovrebbero guidare la comunicazione della salute mentale*

Nelle interviste sono stati evidenziati alcuni possibili obiettivi della comunicazione della salute mentale sui social, coerenti con quelli identificati nel paragrafo 5.6:

1. divulgazione scientifica mirata all'educazione dei pubblici;
2. normalizzazione dei disturbi e contrasto degli stereotipi,
3. incentivo alla ricerca d'aiuto, tramite la validazione dell'esperienza di disagio/disturbo psicologico e l'indicazione di servizi e risorse per il supporto;
4. autopromozione, anche indiretta, da parte dei *professional mental health influencer*, che attraverso i social guadagnano visibilità e si fanno conoscere.

Rispetto al terzo obiettivo va notato che nelle interviste è stata segnalata la difficoltà nel fornire riferimenti a risorse per la salute mentale presenti sul territorio, in quanto i servizi pubblici sono pochi e difficilmente accessibili. Ciò conferma quanto emerso nel primo capitolo in merito alla scarsità dell'offerta nazionale per il supporto psicologico.

Infine, le intervistate hanno definito alcuni principi che dovrebbero guidare la fruizione e la produzione di contenuti; questi saranno ripresi nel Capitolo 8, per delineare le *best practices* della comunicazione della salute mentale. Tra i rischi, le intervistate hanno sottolineato la possibilità che vengano diffuse *fake news* e disinformazione. Si rende dunque necessario il *fact checking*: è importante che le persone siano educate a riconoscere quali sono le fonti autorevoli e le informazioni affidabili. L'utente deve essere in grado di valutare da chi arrivano le informazioni e saperle interpretare di conseguenza: sia i contenuti prodotti da un professionista che quelli pubblicati da un non-professionista possono avere valore e utilità, ma hanno livelli di oggettività diversi. La responsabilità è sia dei pubblici che dei mittenti: Picozzi parla di "onestà intellettuale" per riferirsi al fatto che chi comunica deve premettere qual è il suo ruolo e su cosa basa quanto afferma, in modo da aiutare gli utenti ad orientarsi nell'interpretazione del contenuto. Le intervistate precisano, in particolare, che i non-esperti dovrebbero limitare la comunicazione alla loro personale esperienza. Poiché il panorama dei social media è ricco d'informazioni, secondo Marino l'utente deve allenarsi ad ascoltare le proprie reazioni, deve imparare, cioè, a riconoscere quali contenuti siano d'aiuto e

quali sono invece controproducenti o fini a sé stessi, ad esempio perché non stimolano una riflessione su di sé.

Per quanto riguarda la produzione di contenuti, le *mental health influencer* intervistate spiegano che prima di pubblicare un post è fondamentale valutare attentamente quale potrebbe essere l'effetto sugli utenti. Topliceanu parla di "empatia":

Prima di postare, mi chiedo: chi guarda questo video cosa ne trae? Ne trae beneficio? Oppure ne trae una nuova paura, un nuovo problema? Se la risposta è sì, il post va cambiato o scartato.

In diverse interviste è emerso che la comunicazione sui social dovrebbe evitare la generalizzazione e gli assolutismi, al fine di non patologizzare esperienze emotive nella norma. Il lessico utilizzato dovrebbe essere accessibile, ma al contempo non dovrebbe semplificare concetti complessi: la comprensione di termini tecnici potrebbe richiedere competenze che non tutti i destinatari possiedono. Potrebbe essere generalmente preferibile l'uso di un linguaggio meno specifico e dal connotato meno forte, come spiega Maiuri:

Un termine sbagliato detto da un professionista ha un peso specifico importante. Si potrebbe ridurre l'uso dello "psicologese", favorendo un linguaggio semplice che non si avvale della terminologia clinica o psicodiagnostica, ma piuttosto spiega i concetti che ci stanno sotto.

In generale lo scopo di chi comunica, secondo Marino, deve essere quello "lanciare dei sassolini", ovvero quello di dare uno spunto che possa far riflettere e generare effetti positivi e propositivi.

## Capitolo 7 Il questionario

Parte della ricerca sperimentale svolta per il progetto di tesi è stata dedicata a rilevare le percezioni dei giovani sulla comunicazione della salute mentale presente sui social, in particolare su Instagram. Si è condotta un'indagine campionaria attraverso la raccolta di questionari. Il sondaggio “Percezioni dei giovani sull'uso di Instagram come mezzo di informazione sulla salute mentale” mira, in primis, ad ottenere feedback da parte degli utenti della piattaforma circa i contenuti riguardanti il benessere – o malessere – psicologico. La popolazione cui è riferita l'indagine è la Generazione Z in quanto la letteratura dimostra che (a) è tra le fasce di popolazione che più hanno risentito degli impatti psicologici del Covid-19 e che (b) è una generazione propensa a ricercare informazioni sulla salute mentale sui social, in particolare su Instagram e TikTok; le interviste, inoltre, hanno rivelato che (c) la Generazione Z è generalmente più accorta verso il tema della salute mentale.

In particolare, l'indagine è riferita ai giovani che, durante l'attività sui social media, intercettano contenuti riguardanti la salute mentale. Tale decisione è stata presa poiché lo scopo primario della ricerca è approfondire gli effetti della visione di post sul tema.

Le domande del questionario sono state riferite a Instagram per diversi motivi:

1. secondo i dati Digital 2024 (WeAreSocial, 2024), esso costituisce in Italia il social preferito e uno dei più utilizzati;
2. è utilizzato prevalentemente da giovani (Statista, 2024);
3. come suggeriscono le caratteristiche della piattaforma stessa e come testimoniano le interviste, Instagram è più adatto all'interazione sociale e alla formazione di community rispetto a TikTok: su Instagram, infatti, si può interagire attraverso commenti, *direct messages* e canali broadcast; inoltre, mentre l'algoritmo di TikTok propone nella pagina “Per te” perlopiù creator e contenuti nuovi, la homepage di Instagram privilegia i post pubblicati da account seguiti, favorendo una maggiore continuità nelle relazioni tra utenti della piattaforma.

### 7.1 Obiettivi

L'indagine campionaria è stata condotta allo scopo di rilevare le opinioni dei giovani circa la comunicazione della salute mentale sui social. In particolare, gli obiettivi del questionario sono i seguenti:

1. Delineare i benefici e i rischi percepiti dagli utenti.

È stato stabilito questo obiettivo primario in quanto la divulgazione della salute mentale sui social è una pratica nuova e in fase “sperimentale”, come suggerito dalle interviste. Pertanto, avere chiari gli effetti sui fruitori può essere utile a progettare una comunicazione consapevole

e coscienziosa. Indagare i rischi e i benefici percepiti è anche utile al fine di confermare e approfondire ulteriormente i risultati presenti in letteratura.

2. Rilevare eventuali differenze tra le percezioni di individui con e senza vissuti di disturbi mentali. Può essere interessante comprendere se le attitudini nei confronti della comunicazione della salute mentale cambino a seconda del pubblico di riferimento. Nel Capitolo 5 si è spiegato che i due macro-pubblici sono coloro che hanno un interesse verso la salute mentale per via di esperienze personali e il pubblico generalista: il questionario ha utilizzato come proxy di questi due target, rispettivamente, persone che hanno sofferto o ritengono di aver sofferto di disturbi mentali e individui che riferiscono di non aver convissuto con problematiche relative alla salute mentale. La comunicazione dovrebbe essere adeguata a ciascun target (Yanos in APA, s.d.); pertanto, è utile definire se le percezioni dei due gruppi siano differenti.
3. Raccogliere le opinioni generali sulle potenzialità ed i rischi della comunicazione della salute mentale tramite i social media.

Il sondaggio ha destinato alcune domande alla comprensione del pensiero dei partecipanti, a prescindere dal sotto-target di riferimento: l'ultima sezione è stata destinata al campione nella sua interezza e ha indagato quali si ritengano siano i possibili scopi e le criticità dei post relativi alla salute mentale. Inoltre, si è chiesto di indicare quali contenuti sul tema si desidererebbe vedere.

4. Comprendere le dimensioni del fenomeno.

L'ultimo scopo del sondaggio è stato definire in che misura le persone con e senza disturbi mentali fruiscono della comunicazione sulla salute mentale via social, ad esempio in termini di frequenza. Ciò serve a comprendere quanto la popolazione di riferimento si rivolga ai social media per ottenere informazioni sulla salute mentale.

## **7.2 Metodologia**

L'indagine campionaria è stata condotta con modalità CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*): il questionario è stato creato attraverso la piattaforma Google Forms, che permette la raccolta delle risposte e la simultanea costruzione di grafici di sintesi. Il sondaggio è composto da 19 domande, suddivise in 9 sezioni (si precisa che la prima sezione contiene soltanto l'introduzione al questionario). Il tempo stimato per la compilazione è compreso da 5 e 7 minuti. Poiché la salute mentale è tutt'oggi un argomento delicato, si è deciso di raccogliere le risposte in forma anonima, allo scopo di permettere ai partecipanti di esprimersi liberamente.

A partire dalla domanda 7 – “Hai mai sofferto di un disturbo relativo alla salute mentale?” – il questionario è stato suddiviso in due sezioni speculari, come si può vedere in Figura 7.1. Questa scelta

è stata presa per via dell'obiettivo numero 2, ossia per indagare se coloro che hanno sofferto di un disturbo hanno un rapporto diverso con i contenuti social sulla salute mentale, rispetto a coloro che non hanno sperimentato malattie mentali.

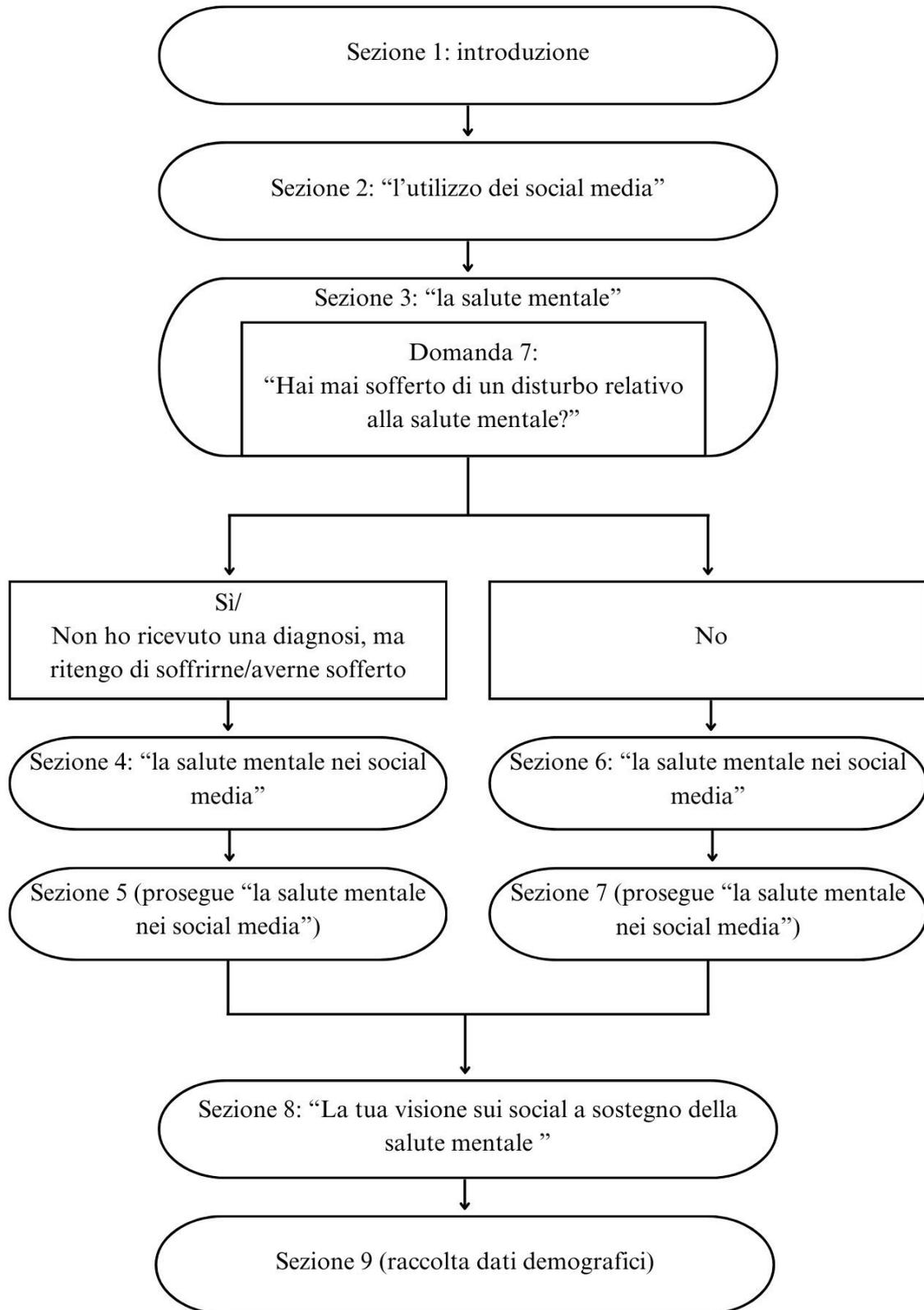


Figura 7.1. Struttura del questionario "Percezioni dei giovani sull'uso di Instagram come mezzo di informazione sulla salute mentale"

Il campione è stato costruito con campionamento opportunistico, o di convenienza, cercando di reclutare soggetti che soddisfacessero due condizioni: l'appartenenza alla Generazione Z e la familiarità con la comunicazione della salute mentale sui social. Ciò è stato fatto attraverso due fasi di somministrazione del sondaggio.

Nella prima fase (1), che ha avuto una durata di 15 giorni, il questionario è stato inviato tramite Whatsapp a giovani con le caratteristiche anagrafiche desiderate, in modo da raccogliere un primo set di dati riguardanti le opinioni dei giovani in generale.

Nella seconda fase (2), di durata uguale alla precedente, il questionario è stato condiviso tramite storie di Instagram negli account delle *mental health influencer* intervistate. La condivisione via Instagram ha permesso di raggiungere giovani che effettivamente hanno familiarità con la divulgazione della salute mentale sulla piattaforma. Questa decisione è stata presa al fine di soddisfare al meglio l'obiettivo primario dell'indagine e raccogliere osservazioni rilevanti circa gli effetti della fruizione di contenuti sulla salute mentale, provenienti da soggetti che li hanno sperimentati in prima persona. La seconda fase di somministrazione, inoltre, ha permesso di raggiungere un vasto numero di persone, consentendo l'inferenza statistica. Nell'arco di un mese sono state raccolte, in totale, 646 risposte. Ad ogni modo, risultati del sondaggio sono stati salvati sia prima che dopo la sua condivisione via Instagram. Sebbene non sia lo scopo di questa ricerca, per completezza nel paragrafo "Risultati" saranno messe in evidenza eventuali differenze tra le risposte raccolte nella fase 1 e dopo la fase 2 di somministrazione del sondaggio. Alcuni risultati sono interessanti, ma non rilevanti ai fini del presente progetto di ricerca (ad esempio il numero di persone che hanno un disturbo mentale o il numero di persone che si sono rivolte a professionisti della salute mentale). Studi futuri potrebbero approfondire le differenze tra giovani in generale e giovani che fruiscono di contenuti sulla salute mentale.

### **7.3 Risultati**

#### *Caratteristiche generali dei partecipanti*

Il 76,1% dei rispondenti ha tra i 18 e i 26 anni, il 14,7% ha tra 27 e 30 anni, il 6,7% ha un'età superiore ai 30 anni e il 2,5% non ha raggiunto la maggiore età.

Il 42% dei partecipanti studia, il 29,3% lavora e il 19,5% studia e lavora. La percentuale rimanente è composta da persone in cerca di lavoro (5,1%), disoccupati (2,6%) o altro (ad esempio dottorandi e tirocinanti).

Rispetto al genere, emerge una prima differenza sostanziale: la fase 1 di somministrazione del sondaggio ha raggiunto il 35,3% di uomini e il 64,7% di donne. La condivisione del questionario da parte delle *mental health influencer* ha spostato le percentuali a 7,1% per gli uomini e 91,8% per le

donne (la percentuale rimanente è composta da individui non binari o che hanno preferito non rispondere).

La gran parte (64,1%) dei partecipanti trascorre sui social media tra una e tre ore al giorno (escluse le app di messaggistica come Whatsapp), un risultato in linea con i dati Digital 2024 (WeAreSocial, 2024). Più di un quarto degli intervistati (27,6%) dichiara invece di dedicare ai social un tempo compreso tra quattro e sei ore al di. Solamente una persona su 646 ha dichiarato di non utilizzare i social.

### Utilizzo di Instagram

Attraverso una domanda a risposta multipla, che permetteva di selezionare più alternative di risposta, è stato chiesto di indicare quali motivazioni spingono ad utilizzare Instagram.

Lo scopo primario per usare la piattaforma è lo svago, seguito dalla volontà di informarsi e dalla ricerca di ispirazione per cose da fare o da comprare.

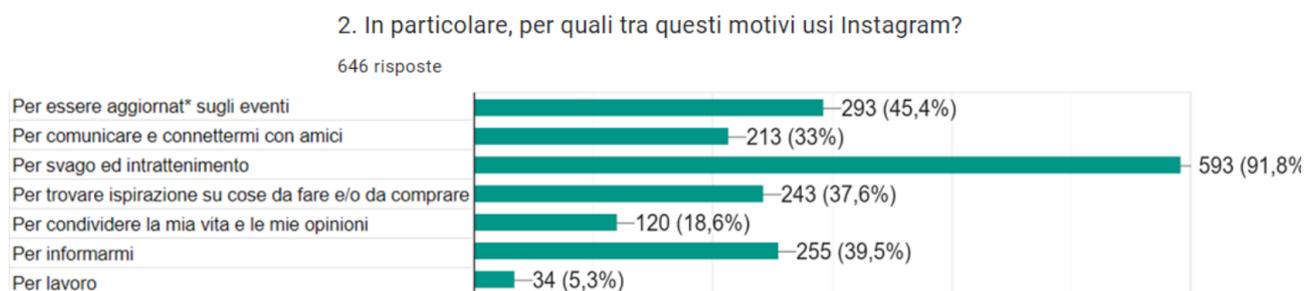


Figura 7.2. Motivazioni dell'utilizzo di Instagram (risposte al questionario)

Alcuni partecipanti hanno aggiunto singolarmente delle motivazioni nella sezione “altro”. Emergono alcune risposte rilevanti: “per dipendenza”, “per dissociarmi”, “per evitare di pensare troppo”, “per trovare contatti di professionisti” e “A volte scrollare i social è l’unica cosa che mi viene da fare quando sono in ansia. In realtà peggiora molto il mio stato ansioso e me ne pento sempre dopo”.

Per quanto riguarda l’informazione via Instagram, il 30,7% dei partecipanti dichiara di intercettare contenuti informativi nelle sezioni “esplora” o “sponsorizzati”, il 18,9% segue o consulta attivamente account e hashtag e il 46% si informa con entrambe le modalità. Solo il 4,5% delle persone non usa mai la piattaforma a fini informativi.

### Condizioni di salute mentale

Il 98% dei partecipanti dichiara di aver attraversato momenti durante i quali il proprio benessere psicologico era messo alla prova. In tali occasioni, i partecipanti si sono rivolti perlopiù ad amici, familiari, partner e professionisti della salute mentale.

I dati sulla scelta di rivolgersi ad un esperto o di cercare supporto online sono cambiati significativamente nelle due fasi di somministrazione: la percentuale di persone che si sono rivolte

ad un professionista è passata dal 43,1% al 75,5% e quella di persone che ha cercato informazioni in rete è cresciuta dal 24,6% al 44,8%. Si tratta in entrambi i casi di una crescita rilevante: i dati suggeriscono che le persone che seguono account social che trattano di salute mentale sono più propensi (a) a rivolgersi ad esperti e (b) a ricercare supporto online.

La maggior tendenza dei fruitori di contenuti sulla salute mentale a contattare professionisti è confermata dal cambiamento rilevato nelle risposte alla domanda 6: “Ti sei mai rivolto a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri o altri professionisti della salute mentale?”. In Figura 7.3 si può vedere come si sono modificate le percentuali con la seconda fase di somministrazione del questionario.

6. Ti sei mai rivolto a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri o altri professionisti della salute mentale?

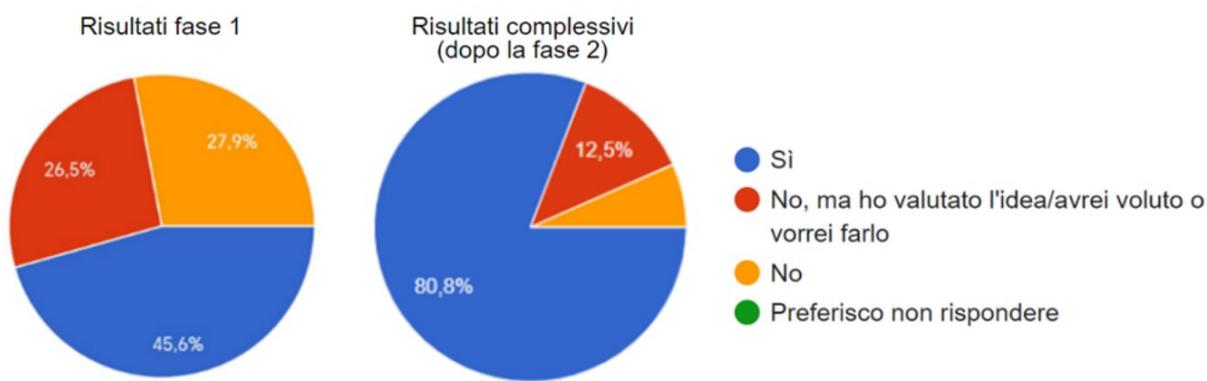


Figura 7.3. Partecipanti che si sono rivolti ad un professionista della salute mentale

Oltre al numero di persone che hanno cercato aiuto da esperti, anche quello di individui che affermano di aver sofferto di un disturbo mentale è cambiato significativamente tra la fase 1 e la fase 2 (si veda la Figura 7.4).

7. Hai mai sofferto di un disturbo relativo alla salute mentale?

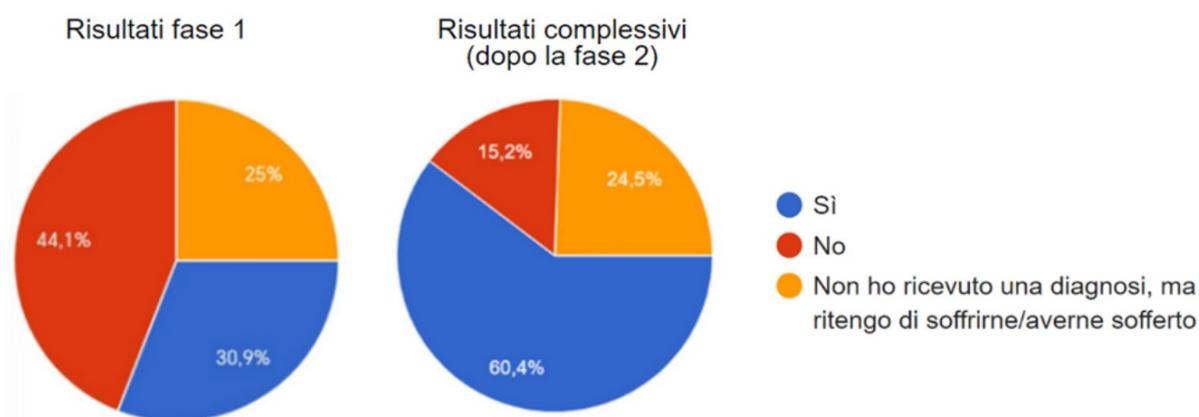


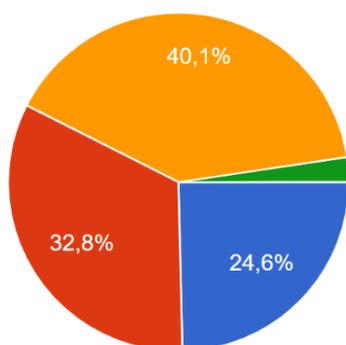
Figura 7.4. Partecipanti che hanno sofferto di un disturbo mentale

## Attitudini nei confronti della comunicazione della salute mentale su Instagram

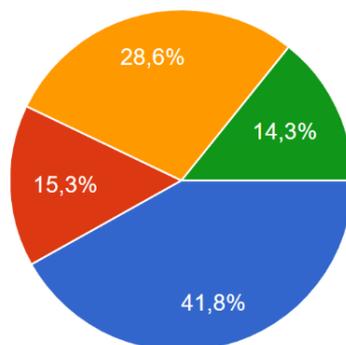
Per semplicità, nell'esposizione dei risultati si indicheranno come "Gruppo A" i partecipanti che alla domanda 7 "Hai mai sofferto di un disturbo relativo alla salute mentale?" hanno risposto "Sì" o "Non ho ricevuto una diagnosi, ma ritengo di soffrirne/averne sofferto" e sono dunque stati indirizzati alle sezioni 4 e 5. Si definiranno "Gruppo B" coloro che hanno risposto "No" e sono stati indirizzati alle sezioni 6 e 7.

### 8. Vedi o leggi contenuti relativi alla salute mentale su Instagram?

A: Partecipanti che hanno avuto o ritengono di aver avuto un disturbo della salute mentale



B: Partecipanti che **non** ritengono di aver avuto un disturbo della salute mentale



- Sì, mi capita occasionalmente di intercettare contenuti che riguardano la salute mentale (sezioni "consigliati"/"esplora"/sponsorizzati/altro).
- Sì, seguo o consulto profili/hashtag/parole chiave relativi al tema.
- Entrambe le opzioni precedenti
- No, mai.

Figura 7.5. Modalità con cui si intercettano contenuti sulla salute mentale su Instagram

Dai risultati riportati in Figura 7.5 emerge che in totale, il 72,9% di persone che hanno sofferto di un disturbo della salute mentale (considerando anche coloro che ritengono di averne sofferto, ma non hanno ricevuto una diagnosi) segue account o hashtag che trattano di salute mentale. La percentuale scende di circa 30 punti percentuali nei soggetti che non hanno esperienze di malattie mentali. La percentuale di persone che non ha mai visto questo tipo di contenuti passa da 2,4% nel gruppo A al 14,3% nel gruppo B.

Nella domanda 10 è stato richiesto con che frequenza si vedono diverse tipologie di contenuti social:

1. Informazioni sulla propria salute mentale;
2. Contenuti divulgativi condivisi da professionisti della salute mentale;
3. Contenuti condivisi da content creator, influencer, attivisti o altre figure note che parlano di salute mentale;
4. Post/video motivazionali;
5. Racconti e storie personali relativi a problemi di salute mentale;
6. Contenuti che insegnano strategie di coping o altri metodi per migliorare il benessere psicologico (meditazioni guidate, *breathwork*, tecniche di rilassamento, ...);

### 7. Post/video di qualsiasi natura (ironica, educativa, ...) relativi alla salute mentale.

La maggioranza del gruppo A è esposta a contenuti riguardanti la salute mentale con una frequenza che varia da una volta alla settimana fino a tutti i giorni (perlopiù, comunque, i contenuti vengono intercettati più volte a settimana). I post visti più volte a settimana da un maggior numero di persone del gruppo A sono i “Racconti e storie personali relativi a problemi di salute mentale” e i “Post e video di qualsiasi natura (anche ironica, educativa, ...)”.

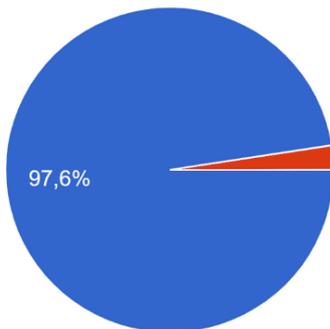
La gran parte del gruppo B, invece, intercetta contenuti sulla salute mentale una o più volte al mese. I post visti più spesso da un maggior numero di persone del gruppo B sono quelli condivisi da creator/influencer o attivisti, i racconti personali e i post di qualsiasi natura compresi quelli ironici.

### *Effetti percepiti*

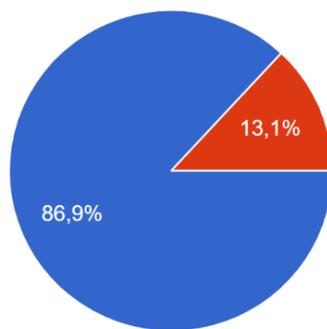
È interessante far caso alle risposte alla domanda 11 (si veda Figura 7.6): nel gruppo A la quasi totalità dei soggetti pensa che i contenuti sulla salute mentale abbiano un effetto su di sé e nel gruppo B più di otto persone su dieci condividono questa opinione (si noti che la percentuale di persone che ritiene di non essere stata impattata dai contenuti sulla salute mentale cresce nel gruppo B).

#### 11. Ritieni che i contenuti che vedi circa la salute mentale abbiano avuto un impatto su di te?

A: Partecipanti che hanno avuto o ritengono di aver avuto un disturbo della salute mentale



B: Partecipanti che **non** ritengono di aver avuto un disturbo della salute mentale



● Si  
● No, non hanno alcun impatto/non mi interessano

Figura 7.6. Partecipanti che hanno percepito un impatto dovuto alla comunicazione della salute mentale sui social

Per quanto riguarda l'effetto della comunicazione della salute mentale, va premesso che sia la domanda 12 (riferita agli impatti positivi) che la domanda 13 (riguardante gli impatti negativi) sono state impostate in modo da permettere ai partecipanti di non rispondere: in questo modo sono state raccolte soltanto le opinioni di coloro che hanno effettivamente percepito effetti dovuti alla visione di contenuti sulla salute mentale. In totale, 594 persone (92% dei partecipanti) hanno riferito un effetto positivo, mentre un impatto negativo è stato segnalato 288 persone (44,6%).

Le persone che hanno sofferto di un disturbo mentale hanno beneficiato dei contenuti in primis perché si sono sentiti compresi (82,2%). In coloro che non hanno avuto malattie mentali, questo effetto è stato riferito dal 48,6% di rispondenti.

La possibilità di accedere ad informazioni che non si conoscevano è stata indicata come effetto positivo da circa 7 persone su 10 (72,2% nel gruppo A e 69,4% nel gruppo B).

In entrambi i gruppi, più del 40% delle persone si sono sentite motivate a prendersi cura del proprio benessere psicologico e a provare empatia o compassione verso altri.

I contenuti sulla salute mentale hanno aiutato a capire di più su di sé rispettivamente il 40,8% del gruppo A e il 44,4% del gruppo B. In ambedue i gruppi, più del 35% delle persone afferma di aver imparato sui social delle modalità per prendersi cura del proprio benessere psicologico.

Una differenza rilevante risiede nel fatto che la comunicazione sulla salute mentale ha promosso l'auto accettazione in oltre il 40% dei soggetti appartenenti al gruppo A, mentre solo il 16,7% del gruppo B ha percepito questo effetto. Alcune persone del gruppo A hanno aggiunto nella sezione "altro" che vedere contenuti riferiti alla salute mentale ha alleviato il loro senso di solitudine.

Sia nel gruppo A che nel gruppo B, i contenuti sulla salute mentale hanno incoraggiato una persona su quattro a considerare di rivolgersi a un professionista.

Per quanto concerne gli impatti negativi attribuiti alla comunicazione della salute mentale sui social, il 26,2% del gruppo A e il 43,8% del gruppo B ritengono di aver visto post scorretti dal punto di vista scientifico o morale. A prescindere dall'esperienza con i disturbi mentali, oltre tre persone su dieci si sono messe in dubbio a causa dei contenuti che avevano visto e più di due partecipanti su dieci hanno provato emozioni negative come tristezza, rabbia e confusione dopo la visione di post sulla salute mentale e hanno ritenuto che la tematica sia iper-rappresentata.

Contenuti definiti "offensivi o insensibili" sono stati notati dal 13,7% del gruppo A e dal 9,4% del gruppo B.

Alcuni effetti negativi sono stati percepiti soprattutto da coloro che hanno (o hanno avuto) un disturbo mentale:

- il 39,8% ha affermato di essersi sentito sopraffatto dalla frequenza con cui vede post sulla salute mentale o a causa della mole di informazioni (21,9% nell'altro segmento del campione);
- il 40,6% sono stati spinti a cercare ossessivamente nuove informazioni (9,4% nel gruppo B).

### *Potenzialità e rischi*

Ai partecipanti alla ricerca è stato chiesto di indicare su una scala Likert quanto ritengono adatta la comunicazione della salute mentale sui social ai fini di diversi obiettivi. I social media sono stati ritenuti ambienti "molto" adeguati soprattutto ai seguenti fini:

- divulgazione e informazione (66,1% dei rispondenti);
- sensibilizzazione del vasto pubblico (64%);
- normalizzazione dei disturbi mentali e contrasto dello stigma (51,4%).

Perlopiù, comunque, si è ritenuto che i social media siano “abbastanza” adeguati anche agli altri obiettivi proposti (si veda la Figura 7.7).

14. I social potrebbero essere utilizzati con diversi obiettivi in merito alla salute mentale, segna quanto li ritieni adeguati per le finalità elencate. \*la visualizzazione da telefono può limitare la visione delle possibilità di risposta, che vanno da "per niente" a "molto"; scorri verso destra per vedere tutte le alternative.

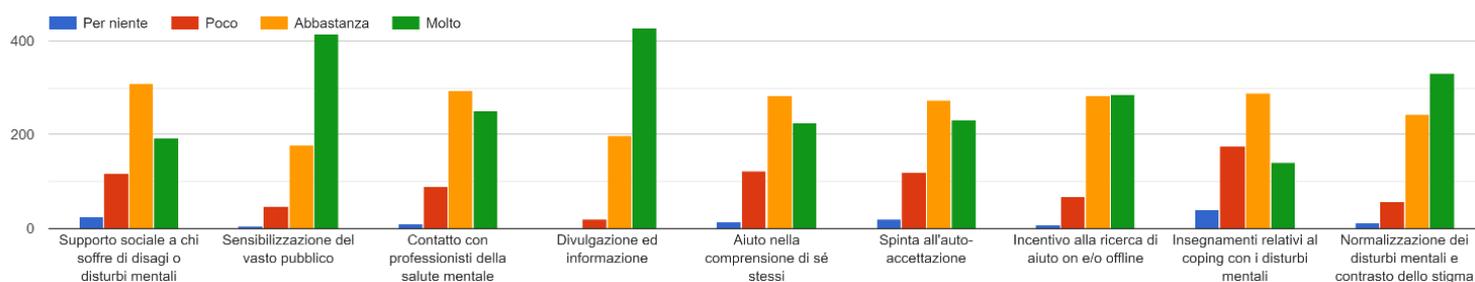


Figura 7.7. Adeguatezza dei social media rispetto ad obiettivi sulla salute mentale

La domanda 15, a risposta aperta, ha richiesto ai partecipanti di indicare quali potrebbero essere i rischi di comunicare la salute mentale sui social media. Sono state raccolte 364 risposte, nelle quali possono essere identificati temi ricorrenti:

1. spinta all'autodiagnosi, a causa della superficialità dei contenuti o del fatto che i concetti relativi alla salute mentale vengono talvolta sovra-semplificati e/o interpretati in modo scorretto;
2. esposizione a giudizi e critiche provenienti da utenti che non conoscono a fondo la tematica e che diffondono credenze stigmatizzanti;
3. impatto psicologico negativo: si sostiene che i contenuti potrebbero peggiorare la salute mentale di alcuni individui, perché potrebbero portare a sentirsi sopraffatti e stressati dalle informazioni o a patologizzare esperienze emotive normali;
4. disinformazione, dovuta al fatto che persone con una competenza ridotta possono condividere consigli o informazioni non corretti dal punto di vista scientifico;
5. semplificazione e banalizzazione della tematica, poiché talvolta si cercano “risposte facili e veloci” che potrebbero disincentivare le persone a rivolgersi a professionisti.

L'autodiagnosi è il rischio indicato più spesso dai rispondenti, che talvolta hanno fatto esempi relativi all'esperienza personale.

Nella domanda 16 è stato richiesto di spiegare le tipologie di contenuti che si trovano utili e/o che si desidererebbe vedere sui social media:

1. post informativi e educativi che spieghino le condizioni di salute mentale, i sintomi (senza però incentivare l'autodiagnosi), le opzioni di trattamento, anche indicando risorse e servizi concretamente disponibili;
2. post normalizzanti che facciano sentire le persone comprese e meno sole nella loro sofferenza e che riducano lo stigma sul tema della salute mentale, ribadendone l'importanza;
3. post incentrati sulle strategie di coping funzionali e sulle pratiche di self-care, che suggeriscano tecniche e metodi per prendersi cura del benessere psicologico (ad esempio, tutorial per la mindfulness, esercizi di grounding, consigli per la gestione dello stress emotivo);
4. contenuti che prevedano la possibilità di interagire con i professionisti del settore della salute mentale, ad esempio *live* e q&a;
5. rappresentazioni inclusive delle numerose possibili esperienze con la salute mentale, comprese quelle meno discusse, con l'accortezza di non generalizzare e ribadire che ogni situazione è personale;
6. discussioni aperte e propositive sulla salute mentale, grazie alle quali si può sentirsi parte della community e interagire con altri individui che hanno esperienze a riguardo;
7. post che motivino, ispirino e aiutino a guadagnare fiducia verso sé stessi, ad esempio storie di recupero che dimostrano che le difficoltà possono essere superate.

#### **7.4 Discussione**

In questo paragrafo, si interpretano e presentano gli aspetti salienti dei risultati.

Per quanto riguarda lo scopo primario dell'indagine, ossia la definizione dei benefici e dei rischi percepiti dai fruitori della comunicazione della salute mentale, un primo dato rilevante è costituito dal fatto che uno o più effetti negativi sono stati segnalati dalla metà delle persone rispetto a coloro che hanno riferito impatti positivi: secondo la gran parte degli utenti, dunque, i benefici della divulgazione della salute mentale sui social superano le criticità.

L'analisi delle risposte suggerisce anche una prima differenza tra i rispondenti con e senza vissuti di disturbi mentali, poiché alcuni effetti riferiti sono più rilevanti a seconda del gruppo considerato.

Coloro che non hanno avuto esperienze di malattie mentali hanno beneficiato dei contenuti sulla salute mentale soprattutto grazie al loro valore informativo e al fatto che si sono sentiti capiti: il risultato è in linea con la riflessione di Dewitz e Ackermann (2023) circa il potenziale educativo della comunicazione sui social media. Quattro persone su dieci del gruppo B hanno anche segnalato che i contenuti li hanno aiutati a capire di più su sé stessi e sugli altri, stimolando l'empatia. Emerge quindi l'opportunità offerta dai social media di avvicinare la comunità a coloro che hanno problematiche relative alla salute mentale, contrastando la stigmatizzazione e la discriminazione.

Gli aspetti negativi più rilevanti riguardano la scorrettezza scientifica o morale dei messaggi e la spinta a mettere in dubbio sé o la propria salute mentale.

Se si considerano i rispondenti che hanno sofferto di disturbi mentali, i benefici indicati da un maggior numero di persone riguardano l'accesso alle informazioni, la possibilità di sentirsi capiti da altri e di comprendere di più su di sé. Tra gli effetti negativi più segnalati troviamo la ricerca ossessiva di informazioni e il sentirsi sopraffatti (impatti riferiti quattro persone su dieci), segue il rischio di provare emozioni negative. Il questionario conferma quanto emerso dalla ricerca qualitativa rispetto al possibile sviluppo di una tendenza a cercare ossessivamente nuovi contenuti. A questo proposito, sono significative alcune risposte alla domanda aperta sui rischi dei contenuti sulla salute mentale:

- Mi è capitato di arrivare a convincermi di soffrire di qualche disturbo o di autodiagnosticarmi patologie. Il rischio è che soggetti più vulnerabili possano diventare ossessionati da queste informazioni, sentendosi sempre di "avere qualcosa che non va" perché bombardati di informazioni spesso anche fuori contesto.
- Essere a conoscenza di quanti siano i disturbi psicologici e di quante persone ne soffrano aiuta a normalizzare la cosa, e a far sentire le persone molto meno sole. In questo anche per me personalmente i profili social che trattano di salute mentale sono stati davvero d'aiuto. Il rischio è di trovarsi a cercare ossessivamente risposte ad ogni stato d'animo ritenuto "negativo" o magari collegato a qualcosa di più profondo dentro di noi. Dovremmo affidarci di più ai professionisti tramite sedute di psicoterapia e vedere i social come un luogo in cui si può essere compresi da chi, come noi, e alla fine come credo tutti, passa momenti difficili. Spingono, invece, a volte, a fare autodiagnosi e ad aumentare l'ansia.

I risultati della ricerca qualitativa rispetto all'autodiagnosi sono confermati anche dai risultati del questionario, in quanto essa è uno dei temi più citati tra i rischi della divulgazione della salute mentale sui social.

Tornando al confronto tra il gruppo di partecipanti che ha convissuto con un disturbo e il gruppo che non ha sperimentato malattie mentali, un'altra differenza rilevante riguarda le dimensioni del fenomeno, ossia quanto e come le persone fruiscono dei contenuti sulla salute mentale. Il questionario dimostra che coloro che hanno sofferto/soffrono di disturbi sono più inclini a ricercare attivamente account o post sul tema, mentre in coloro che non hanno avuto disturbi cresce la probabilità di non aver mai visto contenuti a riguardo. Inoltre, cambia la frequenza con cui si vedono post sul benessere psicologico: da una volta a settimana a una al giorno (a seconda della tipologia di contenuto) tra coloro che hanno sofferto di una malattia mentale e generalmente una o più volte al mese per gli individui senza esperienze di disturbi.

Ad ogni modo, le persone che non hanno avuto problemi relativi alla salute mentale non rappresentano un pubblico irraggiungibile: più di quattro persone su dieci seguono profili che trattano

di benessere psicologico e altrettante intercettano post a riguardo senza averli ricercati. Se il fine della comunicazione della salute mentale è l'educazione del pubblico generalista, allora, l'algoritmo e la sponsorizzazione del post possono essere utili al raggiungimento del target. Inoltre, tra i post che questo specifico pubblico vede più di frequente rientrano quelli condivisi da influencer: i risultati confermano allora le considerazioni di Pretorius et al. (2022) e di Motta (2024) sul potenziale degli influencer e dei content creator (professionisti e non) per la promozione di campagne di *awareness*. Tra le opinioni dei partecipanti sui rischi della comunicazione della salute mentale sui social sono emerse preoccupazioni riguardo ai commenti e alle interazioni negative:

- Purtroppo, molte persone sfogano la propria aggressività sui social e si permettono di giudicare la salute mentale altrui e i modi disfunzionali di coping, cosa che può essere dannosa per chi già soffre di disturbi mentali.

Alcuni partecipanti hanno riconosciuto anche il problema delle diagnosi su altri e della stigmatizzazione che ne consegue:

- [un rischio è] l'aumento dello stigma per alcune categorie (es. narcisismo, attaccamento evitante) [e conseguentemente] l'aumento della visione vittima-carnefice.

La ricerca dimostra che alcuni utenti sono consapevoli del fatto che i contenuti sui social media possono, talvolta, produrre convinzioni non corrette per via della generalizzazione o perché non tutti coloro che vedono hanno le risorse e le competenze per comprendere adeguatamente il messaggio:

- Uno dei maggiori rischi sono le autodiagnosi o quel sentimento di volersi etichettare in tutti i modi per sentirsi accettati o visti, come se il dolore non possa mai essere soltanto sano e fisiologico dolore. Questo, secondo me, [può accadere] soprattutto se si consultano questi contenuti senza l'uso di un "occhio critico".
- Spesso le persone che creano i contenuti non sono professionisti, e spesso d'altra parte chi usufruisce di questi contenuti non ha gli strumenti per interpretarli correttamente, o li legge solo parzialmente, senza approfondire, finendo con il diffondere informazioni false o parziali.

Le differenze emerse tra la prima e la seconda fase di somministrazione del questionario sembrano confermare le riflessioni emerse nelle interviste circa la capacità della comunicazione sui social di avvicinare i giovani ai professionisti della salute mentale: come si vede in Figura 7.3, la percentuale di rispondenti che si è rivolta ad uno psicologo/psicoterapeuta/psichiatra è passata dal 45,6% all'80,8% dopo la condivisione del sondaggio sui social delle *mental health influencer*. Inoltre, una persona su quattro ha affermato di essere stata incoraggiata dai contenuti social a considerare di rivolgersi ad un professionista.

Il questionario dimostra che i pubblici sono concordi con gli esperti circa i possibili obiettivi della comunicazione della salute mentale sui social: divulgazione, sensibilizzazione, normalizzazione e contrasto dello stigma. Infatti, nella domanda a risposta aperta dove era richiesto di indicare quali

contenuti si vorrebbero vedere, i partecipanti hanno indicato post educativi, normalizzanti, propositivi e contenuti che permettano di interagire con i professionisti. Rispetto a quest'ultima tipologia indicata, si comprende che gli utenti non ricercano solo la comunicazione con i pari, ma anche con gli esperti, come era stato sottolineato da Naslund et al. (2020): ciò è possibile grazie all'interattività consentita dai social media stessi.

Si riportano alcune considerazioni interessanti emerse tra le risposte alla domanda 16: “Che tipo di contenuti ritieni siano o sarebbero utili nel sostegno della salute mentale?”.

- Contenuti con disclaimer che indica che il post in questione non va preso come una diagnosi.
- Credo sarebbero più utili contenuti che informino su servizi presenti sul territorio, per creare reti di sostegno o rafforzare quelle già esistenti.
- Contenuti che spingano ancora di più a normalizzare i problemi di salute mentale nelle loro sfaccettature e che creino sempre più inclusione sia in ambito sociale che lavorativo. Quest'ultima cosa fondamentale dato che questi problemi creano isolamento.
- Esperienze personali (problematiche, metodi, soluzioni, non soluzioni) che aiutano il conforto e accendono il confronto, e che spingano a provare le emozioni senza vergogna e severità, ma con curiosità e tenerezza verso sé stessi (e non solo verso gli altri).

In conclusione, si può affermare che il questionario ha raccolto risposte in linea con la letteratura scientifica, con quanto considerato nel presente elaborato e con la ricerca qualitativa basata sulle interviste. L'indagine campionaria si è rivelata particolarmente utile ai fini dell'ascolto dei destinatari della comunicazione della salute mentale, che percepiscono in prima persona gli impatti. Il sondaggio ha permesso di rilevare l'esperienza diretta degli utenti e di comprendere quali effetti, tra i numerosi possibili, siano effettivamente significativi. Grazie alla ricerca è stato possibile identificare tanto le preoccupazioni quanto le aspettative dei pubblici; inoltre, si è potuto verificare che l'opinione di chi produce la comunicazione sulla mentale è coerente con il pensiero delle persone a cui è destinata. Emerge una buona consapevolezza dei pubblici e, in generale, un'attitudine positiva nei confronti dell'utilizzo dei social media per la divulgazione. Com'è stato messo in luce, però, la comunicazione va pianificata attentamente, tenendo conto delle criticità.

## Capitolo 8 Linee guida per la comunicazione della salute mentale sui social media

I Capitoli 5 e 6 hanno evidenziato quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi della comunicazione della salute mentale attraverso i social media. Sebbene i rischi siano rilevanti, è bene riconoscere che la natura multidirezionale e partecipativa della comunicazione sui social media renderebbe difficile regolare e limitare il fenomeno. È possibile, piuttosto, promulgare una corretta informazione circa le opportunità e le criticità, allo scopo di rendere consapevoli i player della comunicazione.

In questo senso, può essere utile elaborare delle *guidelines* che indichino come massimizzare i benefici e minimizzare i rischi. Attualmente, a livello nazionale non esistono delle linee guida che rispondano a questo scopo.

Nel 2010, con la Carta di Trieste, è stato proposto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti e dalla Federazione della Stampa Italiana un "Codice Etico/protocollo deontologico" per la comunicazione della salute mentale, destinato però ai giornalisti e ai *news media*; alcuni principi sono trasversali, ma non sufficienti a definire come parlare del tema sui social media. Oltretutto, secondo Collina (30 giugno 2023) la Carta di Trieste è un documento "sconosciuto alla gran parte degli operatori dell'informazione e alla quasi totalità degli operatori della salute mentale".

Per quanto riguarda la comunicazione digitale da parte dei professionisti della salute mentale, lo scorso anno la Commissione Deontologica dell'Ordine degli Psicologi del Lazio (2023) ha pubblicato il *Vademecum deontologico per l'auto-presentazione e l'esposizione degli psicologi e delle psicologhe nel web*. Nel documento si fa riferimento all'art. 1, comma 525 della L. 145/2018 relativa alle "comunicazioni informative": la norma stabilisce che le comunicazioni contengano informazioni «funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria». Con riferimento alla legge, nel vademecum si sottolinea che l'auto-promozione - che potrebbe essere un obiettivo implicito della comunicazione da parte del professionista - non deve avere carattere suggestivo, ovvero non deve fare leva sulla dimensione emozionale per indurre qualcuno ad una condotta che altrimenti non avrebbe avuto; i destinatari devono ricevere informazioni obiettive sui professionisti. In generale, nel vademecum si afferma che la presenza online deve rispettare i parametri etico-giuridici e condizioni di "decoro, dignità e corretto esercizio della professione", poiché il professionista rappresenta non solo sé stesso, ma indirettamente veicola anche l'immagine sociale dei colleghi. Nonostante il documento costituisca un primo riferimento per la corretta comunicazione in ambito digitale, è bene riconoscere che contiene perlopiù indicazioni per un uso dei social che sia in linea con le norme che regolano la professione e con il Codice

Deontologico; sono ridotte, invece, le considerazioni specifiche sulle modalità, sui contenuti e sul linguaggio della comunicazione.

Rispetto ai comunicatori che non sono professionisti, di recente, è nata l'iniziativa Itaca Lab, promossa dalla fondazione Progetto Itaca e alla quale collabora anche la psicologa Chiara Maiuri: si tratta di un percorso di formazione rivolto ai giovani creator, finalizzato a dare gli strumenti per parlare di salute mentale in modo corretto (De Cecco, 13 luglio 2023).

Sulla base del presente elaborato, della letteratura scientifica analizzata e dei risultati della ricerca sperimentale, questo capitolo si prefissa l'obiettivo di definire delle *best practices* che i player della comunicazione della salute mentale dovrebbero tenere a mente nella propria attività sui social. Nei paragrafi 8.1 e 8.2, sono riportate, rispettivamente, le indicazioni rivolte ai produttori di contenuti e ai fruitori. I punti segnalati dal simbolo asterisco sono tratti dalle riflessioni condivise su Instagram dalla psicologa e psicoterapeuta Camilla Stellato (@camillastellato), con la quale ho avuto modo di confrontarmi sul tema.

Le linee guida sono presentate di seguito in modo schematico e sintetico, sotto forma di schede informative che riassumono i punti chiave da rispettare quando si parla di salute mentale sui social media. Le *best practices* rivolte a chi produce contenuti sono raggruppate in tre sezioni: (1) etica e trasparenza, (2) linguaggio e (3) contenuti. Rispettivamente, le tre sezioni raccolgono:

1. principi per una comunicazione della scienza che sia affidabile e propositiva;
2. indicazioni sul linguaggio da adottare per far sì che il messaggio risulti efficace, comprensibile, non ambiguo e non fraintendibile.
3. consigli sugli argomenti da comprendere e da evitare, allo scopo divulgare in modo corretto e promuovere l'impatto positivo dei contenuti.

Sono poi esplicitate alcune considerazioni aggiuntive destinate nello specifico a *professional mental health influencer* e *non-professional mental health influencer*: il ruolo ricoperto dalle due figure e le competenze specialistiche in loro possesso sono diverse; di conseguenza, i comunicatori dovrebbero osservare ulteriori accortezze specifiche a seconda della categoria cui appartengono.

Per quanto riguarda le *best practices* indirizzate agli utenti delle piattaforme social, sono stati distinti:

- principi che dovrebbero guidare la fruizione dei contenuti sulla salute mentale (per prevenire gli effetti negativi come la sensazione di sopraffazione e l'autodiagnosi);
- buone norme per interagire correttamente con gli altri utenti, al fine di dare supporto e di prevenire i commenti ostili, che erano stati segnalati tra i rischi della comunicazione sui social da alcuni soggetti che hanno preso parte alla ricerca quantitativa.

## 8.1 Best practices per comunicatori e divulgatori: come parlare correttamente di salute mentale sui social

### Best practices per comunicatori e divulgatori: come parlare correttamente di salute mentale sui social

#### Etica e Trasparenza

Nel contesto di comunicazione della scienza, è necessario rispettare criteri di chiarezza e affidabilità. È fondamentale operare scelte mirate a collocarsi in un paradigma di public engagement, dove:

- in contesti precisi e ben delimitati anche pazienti o persone coinvolte possono partecipare al dialogo;
- la differenza di ruolo tra esperti e non esperti è comunque definita.

#### Empatia

prima della pubblicazione del contenuto, considerare gli effetti che esso potrebbe avere sui pubblici. Riformulare o scartare post che potrebbero risultare problematici o urtare la sensibilità di alcuni utenti.

#### Linguaggio

Produrre comunicazione implica fare scelte consapevoli sul linguaggio utilizzato. Nella divulgazione della salute mentale, si deve prevenire la generalizzazione e la patologizzazione delle normali esperienze emotive.

**Evitare l'uso metaforico e/o improprio dei termini**  
la terminologia tecnica va usata con consapevolezza e oggettività. Un uso dei termini al di fuori del loro significato clinico può contribuire a trasmettere stereotipi negativi.

Evitare di utilizzare termini non scientifici, negativi e stigmatizzanti come “folle”, “malato di mente”, “pazzo”.

#### Person-first language

un linguaggio focalizzato sull'individuo e non sulla diagnosi aiuta a validare l'esperienza soggettiva senza ridurre l'identità ad un'etichetta sulla condizione di salute mentale (Mental Health America, s.d.). Ad esempio preferire “persona che convive con la schizofrenia” a “schizofrenico”.

#### Evitare assolutismi

che potrebbero generalizzare concetti complessi e/o patologizzare anche esperienze emotive nella norma o comunque non sintomatiche di un disturbo es. parole come “sempre”, “mai”, “tutt\*”, “sicuramente”,...

#### Onestà intellettuale

precisare il proprio ruolo e in qualità di quali basi si parla di salute mentale (formazione professionale, esperienza diretta/indiretta, passione personale,...). Lee e colleghi (2020) propongono l'uso di hashtag distinti che separino i racconti personali dalle informazioni scientifiche, ad esempio #mymentalhealthstory e #mentalhealth.

#### \*Riferimenti bibliografici

tutelare i fruitori esplicitando la fonte ed il grado di absolutezza dell'informazione.

Ad esempio, va specificato se un contenuto si basa sull'osservazione dei pazienti o su una metanalisi.

#### Prevenire l'autodiagnosi

attraverso disclaimer che precisino che il contenuto non va inteso come parametro per diagnosticare un disturbo.

#### Limitare i tecnicismi e il therapy speak

Ove possibile, ridurre l'utilizzo di termini clinici e psicodiagnostici; favorire invece un linguaggio comprensibile, capace di trasmettere i concetti alla base.

#### Adattare il linguaggio al target

il linguaggio va adattato al target di riferimento (Yanos, 2023), tenendo conto delle diverse competenze e sensibilità. Ad ogni modo, se si parla al vasto pubblico, il linguaggio adoperato dovrebbe essere accessibile, in modo da permettere anche agli utenti che non sono in possesso di competenze specialistiche di comprendere adeguatamente il messaggio.

#### Considerare le funzioni linguistiche

Può essere utile fare scelte linguistiche mirate a seconda dell'obiettivo: alcune delle funzioni del linguaggio individuate da Jackobson, ad esempio, possono essere idonee a specifici scopi:

- la funzione conativa del linguaggio può essere adatta a stimolare la ricerca di supporto psicologico;
- la funzione emotiva può aiutare a far sentire il destinatario compreso, accettato, motivato;
- la funzione referenziale può essere preferibile se l'obiettivo della comunicazione è l'aumento dell'awareness dei pubblici.

(dallo studio di Aviva e Widyastuti, 2022)

## Best practices per comunicatori e divulgatori: come parlare correttamente di salute mentale sui social

### Contenuti

Il messaggio della comunicazione dovrebbe essere sviluppato al fine di produrre effetti positivi sui destinatari e tenendo a mente la necessità di combattere lo stigma e contrastare gli stereotipi negativi.

#### Incentivare la richiesta d'aiuto

I post sulla salute mentale dovrebbero "normalizzare" il dialogo sulla salute mentale, ma anche sottolineare l'importanza dell'intervento precoce ai fini del recupero e della prevenzione di possibili complicazioni di disagi e disturbi psicologici.

A tale scopo, è utile spiegare le opportunità e i benefici del trattamento e indicare risorse concrete e servizi per il supporto della salute mentale.

#### Evitare gli stereotipi

non produrre messaggi che creino o rafforzino gli stereotipi su chi convive con un disturbo mentale, ad esempio quelli individuati dalla Carta di Trieste (2010): inguaribilità, pericolosità, improduttività, incomprendibilità, inaffidabilità.

#### Scaturire riflessioni

I contenuti dovrebbero essere mirati a porre domande, più che a dare risposte. Una comunicazione della salute mentale efficace dovrebbe stimolare il destinatario a riflettere su di sé e a considerare nuove prospettive.

#### Incoraggiare all'auto compassione e alla compassione verso gli altri

la comunicazione deve essere in grado di promuovere l'empatia verso sé e verso terzi, al fine di prevenire lo stigma interiorizzato e quello pubblico.

#### Focalizzazione sul vissuto interno

quando si tratta di un disturbo mentale, è necessario concentrarsi sull'esperienza emotiva del soggetto che ne soffre e non sulle ripercussioni sulle altre persone, cosa che perpetuerebbe la stigmatizzazione e il senso di colpa.

#### Trasmettere messaggi positivi

come auspica la Carta di Trieste (2010) si dovrebbe "promuovere la diffusione di storie di guarigione e/o esempi di esperienze positive improntate alla speranza e alla possibilità".

## Considerazioni aggiuntive rivolte ai mental health influencer

### Professional mental health influencer

esperti e professionisti della salute mentale formati o in corso di formazione che compiono attività di divulgazione nei social

La Commissione Deontologica Ordine degli Psicologi del Lazio (2023) nel *Vademecum deontologico per l'auto-presentazione e l'esposizione degli psicologi e delle psicologhe nel web* spiega che il professionista che comunica sui social deve:

- osservare i **parametri etico-giuridici** e i criteri di "decoro, dignità e corretto esercizio della professione", tenendo a mente che si rappresenta l'immagine sociale dell'intera categoria;
- rispettare la **riservatezza** dei pazienti e degli ex-pazienti;
- evitare di utilizzare strategie suggestive ai fini dell'auto-promozione, cioè messaggi che fanno leva sulle emozioni dell'utente;
- scegliere consapevolmente in che misura condividere informazioni personali: la decisione di condividere la propria vita personale è a discrezione del professionista, ma si consiglia di separare il profilo social personale e quello professionale, per tutelare la propria privacy e stabilire una linea di demarcazione tra i due ambiti di vita.

### Non-professional mental health influencer

peer mentors, content creator, influencer e altri comunicatori che offrono agli utenti supporto, consiglio e incoraggiamento alla luce della propria esperienza

Coloro che trattano di salute mentale, ma non hanno una formazione professionale a riguardo, dovrebbero:

- utilizzare preferibilmente **I-statements** (come consiglia la psicoterapeuta Chiara Maiuri), cioè focalizzarsi su di sé e sottolineare che si sta parlando della propria esperienza soggettiva;
- ricordare ai destinatari che quanto è valido o utile per sé potrebbe non esserlo per altri, anche nel caso in cui si condivida la stessa diagnosi;
- assicurarsi della scientificità e della correttezza del messaggio, se si condividono informazioni che dovrebbero essere oggettive;
- evitare ed essere consapevoli del potenziale allarmismo che potrebbe derivare da alcuni contenuti. Ad esempio raccontare un'esperienza negativa con uno psicofarmaco potrebbe disincentivare altri dalla decisione di rivolgersi ad uno psichiatra: nel riportare la propria storia va ricordato che gli effetti dei trattamenti sono soggettivi e che la cura viene impostata ed eventualmente risistemata con il supporto di un professionista.

## 8.2 *Best practices* per gli utenti dei social media: come approcciarsi alla comunicazione della salute mentale e trarne beneficio

### Best practices per gli utenti dei social media: come approcciarsi alla comunicazione della salute mentale e trarne beneficio

#### Fruizione dei contenuti

- **Fact checking**: imparare a riconoscere una fonte e un'informazione attendibile (o non attendibile).
- Per prevenire impatti negativi sulle emozioni e sensazioni di sopraffazione, imparare ad **ascoltarsi** e a capire quando il consumo di una determinata quantità o tipologia di contenuti diventa **controproducente** per il proprio benessere psicologico. Eventualmente, impostare dei filtri ai contenuti che la piattaforma propone.
- Diffidare dai contenuti "veloci" nel determinare quale sia il proprio stato di salute mentale, ad esempio post del genere "Se fai queste 5 cose hai il DOC", "3 modi per non avere l'ansia" e così via.
- Evitare di fare **autodiagnosi** basandosi sulla generalizzazione delle informazioni ottenute e sull'identificazione con altri: l'esperienza con la salute mentale è soggettiva e va considerata alla luce del contesto specifico. Ad ogni modo, se si ritiene di avere un disturbo, è necessario rivolgersi ad un esperto che sappia valutare la situazione, i sintomi e l'eventuale trattamento.

#### Interazioni sulla piattaforma

- Prima di condividere un'informazione, assicurarsi che sia scientificamente corretta.
- **Rispettare** gli altri utenti e chiunque parli della propria esperienza: non esprimere giudizi, valutazioni o commenti negativi e stigmatizzanti.
- \*Dialogare e dare **feedback costruttivi** agli autori dei contenuti, in modo da aiutare chi comunica a comprendere le necessità dei pubblici e ad affinare la comunicazione della salute mentale.
- Nei commenti e nelle interazioni, utilizzare **I-statements**: concentrarsi su di sé - e non sugli altri - e sottolineare esplicitamente che si parla della propria esperienza, che è soggettiva e personale.

## 8.3 Limitazioni e prospettive per future ricerche

Prima di tutto, è bene chiarire che gli ambienti digitali cambiano rapidamente e così fanno i social: le considerazioni presentate in questa tesi, dunque, devono essere viste come una fotografia del contesto attuale.

In secondo luogo, va chiarito che le *best practices* proposte potrebbero non essere esaustive: come è emerso nel corso delle interviste, la comunicazione della salute mentale sui social è in fase sperimentale e va quindi affinata per prova ed errore. Le future ricerche potrebbero ulteriormente approfondire quali siano aspetti a cui fare attenzione, magari attraverso interviste in profondità o focus group con gli utenti dei social. Trattandosi di un fenomeno relativamente recente, la comunicazione della salute mentale sui social media potrebbe evolvere nel prossimo futuro e potrebbero emergere nuove opportunità e criticità. La ricerca dovrebbe proseguire e progredire, monitorando quali siano gli effetti sulla società e sui diversi possibili pubblici.

Per quanto riguarda la ricerca sperimentale svolta per questa tesi, è bene ricordare un aspetto fondamentale che è già stato chiarito nella spiegazione della metodologia: il campione non può e non deve essere considerato rappresentativo della Generazione Z, in quanto sono stati raggiunti soprattutto giovani che hanno familiarità con la comunicazione della salute mentale sui social. Ricerche future potrebbero coinvolgere un maggior numero di partecipanti e focalizzarsi sui giovani in generale, attraverso un campionamento non opportunistico, ma casuale. In questo modo si potrebbe indagare quanto la divulgazione sui social sia effettivamente in grado di raggiungere la Generazione Z. Potrebbe essere utile e interessante anche coinvolgere anche altre generazioni, al fine di determinare quali siano gli strumenti più adatti a promuovere l'informazione a seconda dell'età del target.

Dai risultati del questionario emergono altri obiettivi che potrebbero guidare i prossimi studi:

- indagare maggiormente le differenze tra persone che hanno convissuto con disturbi mentali e coloro che non ne hanno avuti in termini di attitudini nei confronti della divulgazione della salute mentale nei social media: questo potrebbe essere utile per approfondire come raggiungere al meglio ciascun gruppo; inoltre, gli studi potrebbero concentrarsi su coloro che hanno sperimentato disagi psicologici (ma non disturbi), per capire se l'esperienza li ha avvicinati alla comunicazione della salute mentale;
- ricercare dati a conferma o disconferma del fatto che il pubblico della comunicazione del benessere psicologico sui social sia prevalentemente femminile: questo permetterebbe di definire maggiormente il target e potrebbe motivare la progettazione di contenuti specifici rivolti al pubblico di genere maschile;
- comprendere se e come i post sulla salute mentale possano incentivare la ricerca d'aiuto, ad esempio con una ricerca basata sul *sequential explanatory design* (ossia attuando una ricerca che include una prima fase quantitativa e dopodiché una fase qualitativa) e/o attraverso un focus group con gli utenti dei social media;
- infine, si potrebbero indagare gli effetti sui fruitori a seconda delle diverse tipologie di post, del format e del tono di voce utilizzato, al fine di identificare non solo i benefici e rischi per la salute mentale, ma anche i risultati in termini di engagement, apprezzamento, memorizzazione e comprensione del messaggio. Da una ricerca di questo tipo potrebbero emergere importanti considerazioni circa le modalità per comunicare efficacemente.

## Conclusione

Questo progetto di tesi ha presentato il panorama relativo alla gestione e alla percezione della salute mentale, per poi analizzare quale sia il ruolo della comunicazione nel rafforzamento o, viceversa, nella lotta allo stigma. È stato spiegato come i media influenzino l'opinione pubblica e contribuiscano a costruire opinioni, atteggiamenti e modelli di comportamento.

Si è analizzato in che modo i mezzi di comunicazione di massa parlino di salute mentale e quali siano le problematiche principali. Anzitutto, negli anni la rappresentazione dei disturbi mentali si è basata su stereotipi negativi come la pericolosità e l'improduttività, tanto nei *fictional media* quanto nei *news media*: film, serie tv e notiziari hanno contribuito a perpetuare l'idea che il soggetto con disturbi sia imprevedibile, violento e in generale inadatto alla società. Questa modalità di raffigurare le malattie mentali rimarca una differenza tra "noi" e "loro", tra *ingroup* e *outgroup*, che costituisce la premessa per la stigmatizzazione (Link e Phelan, 2001). Parallelamente, esistono rappresentazioni mediatiche totalmente all'opposto, che glorificano e romanticizzano i disturbi, incentrando la narrazione sulle capacità eccezionali e straordinarie dei soggetti che ne soffrono: anche in questo caso, però, il sensazionalismo allontana le persone con problemi di salute mentale dal resto della comunità.

Nei media tradizionali, la salute mentale è spesso trattata dall'alto, con una prospettiva esterna e non realistica; perlopiù, vengono trascurate le voci dei diretti interessati, che sarebbero in grado di raccontare la loro verità e quotidianità, nonché di fare luce sulle discriminazioni subite. L'autonarrazione diventa possibile, invece, nel Web 2.0 e nei social media, grazie al nuovo paradigma comunicativo che prevede la partecipazione degli utenti e la co-creazione della comunicazione, in una logica non più *top-down*, ma *peer to peer*. I nuovi media consentono allora una nuova rappresentazione della salute mentale, che negli ultimi anni si è dimostrata focalizzata sulla divulgazione dell'informazione e sulla promozione del benessere psicologico, aspetto che prima restava in ombra: in passato, parlare di salute mentale significava trattare soprattutto delle patologie legate ad essa.

La comunicazione sui social media rappresenta uno strumento per contrastare sia lo stigma sociale - perché si promuove l'*awareness* sull'argomento - che quello interiorizzato: la possibilità di esprimersi e di raccontare la propria esperienza costituisce un metodo per la *self-disclosure* e per l'*empowerment*, fondamentali per arginare lo stigma auto-percepito e per favorire il benessere psicologico dell'individuo che convive con un disturbo (Dewitz e Ackermann, 2023).

Inoltre, la comunicazione sulla salute mentale sui social permette di raggiungere un vasto numero di persone e di educare al riconoscimento dei sintomi di disagi e disturbi psicologici, incentivando la richiesta di aiuto offline e consentendo di accedere al supporto sociale online (Naslund et al., 2020).

Tuttavia, la divulgazione attraverso le piattaforme sottintende dei rischi non irrilevanti: in primis, l'autodiagnosi e la patologizzazione di normali esperienze emotive (Foulkes e Andrews, 2023). Inoltre, la semplificazione e la generalizzazione possono causare anche la diagnosi su terzi e il mantenimento di stereotipi negativi su determinati disturbi, anche per via dell'utilizzo improprio di tecnicismi che si diffondono nel linguaggio comune. L'utente è altresì esposto a possibili interazioni ostili e discriminazioni, che potrebbero turbare il benessere psicologico. Infine, è da tenere a mente che nei social media la rapidità dello scambio di informazioni e il fatto che chiunque possa partecipare alla comunicazione implicano il rischio della disinformazione.

Trattandosi di un fenomeno recente, la ricerca sulla comunicazione della salute mentale sui social è ancora limitata; è però già stata individuata una figura centrale: il *mental health influencer*. Si tratta di professionisti o non professionisti che pubblicano contenuti sul tema, finalizzati a informare i pubblici e/o a offrire supporto. Gli altri player della comunicazione individuati in questa tesi sono gli utenti (i fruitori dei contenuti), lo Stato e le istituzioni; questi ultimi attualmente non partecipano attivamente, ma dovrebbero farlo in futuro: il potenziale informativo degli strumenti digitali è stato sottolineato anche dalla Commissione Europea (2023).

Con la ricerca sperimentale condotta per questa tesi si sono volute approfondire le opinioni e le percezioni degli attori della comunicazione, attraverso uno studio qualitativo e uno quantitativo. Comprendere il pensiero dei soggetti coinvolti nel fenomeno è essenziale per definire al meglio le sue potenzialità e criticità, sulla base di quanto riferito da chi le vive in prima persona.

Con delle interviste semi-strutturate si è contemplata una prospettiva interna, grazie all'ascolto di alcune *mental health influencer* professioniste e non. L'analisi tematica delle interviste ha consentito di definire i benefici e gli aspetti negativi della divulgazione della salute mentale sui social e di stabilire quali obiettivi e quali principi dovrebbero guidare i comunicatori e i fruitori. Inoltre, dalle interviste sono emerse importanti considerazioni su come e perché si sia evoluta la comunicazione della salute mentale e sulle differenze tra media tradizionali e digitali rispetto al discorso sul benessere psicologico. In generale, i risultati hanno confermato e arricchito la letteratura esaminata nel corso dell'elaborato.

La ricerca quantitativa si è rivolta invece al pubblico della comunicazione: gli utenti dei social media e in particolare i giovani, poiché secondo la letteratura e le interviste sono la fascia di popolazione che più usufruisce dei contenuti sulla salute mentale. Tramite un questionario, si sono volute indagare le percezioni dei giovani circa gli effetti della divulgazione sui social. Grazie alla condivisione del sondaggio sugli account Instagram delle *mental health influencer* intervistate, sono state raccolte oltre 600 risposte. Al fine di comprendere se l'attitudine nei confronti dei contenuti social dipenda dall'esperienza personale con la salute mentale, il questionario è stato strutturato in modo da poter

distinguere le risposte date da partecipanti che hanno o non hanno sperimentato un disturbo psicologico.

I risultati hanno dimostrato che le persone che hanno convissuto con un disturbo sono tendenzialmente più propense a fruire spesso (una o più volte a settimana) di contenuti sulla salute mentale e a ricercarli attivamente, ma anche gli individui che non hanno sofferto di disturbi rappresentano un pubblico della comunicazione: soltanto il 14,3% dei rispondenti di questo gruppo non ha mai visto post relativi al benessere psicologico.

Il sondaggio ha permesso di rilevare quali siano i rischi e i benefici percepiti dai giovani utenti dei social media, in merito alla comunicazione della salute mentale. I rispondenti che hanno avuto disturbi hanno indicato tra gli effetti positivi soprattutto l'accesso alle informazioni, l'essersi sentiti capiti e l'aver appreso nozioni che hanno permesso una maggior comprensione di sé. Gli effetti negativi principali riguardano la ricerca ossessiva di nuovi contenuti, l'autodiagnosi e il sentirsi sopraffatti dalla quantità di post sul tema. Anche coloro che non hanno sperimentato disturbi mentali hanno segnalato tra i benefici l'informazione e il sentirsi capiti, oltre che il fatto di essere stati stimolati a provare empatia verso terzi. Tra i rischi, invece, è emersa soprattutto la preoccupazione per l'inaffidabilità delle informazioni ed è stato riferito che i contenuti social hanno portato a mettere in dubbio il proprio stato di salute mentale.

Sulla base della letteratura scientifica analizzata nel corso dell'elaborato e dei risultati del progetto di ricerca, è stato sviluppato un prodotto finale per questa tesi: un insieme di *best practices* volte a guidare gli attori della comunicazione della salute mentale sui social. Attualmente, infatti, non esistono delle linee guida complete che regolino il fenomeno e spieghino come sfruttarne le potenzialità. Le riflessioni degli intervistati e le percezioni dei partecipanti al questionario, dunque, sono state elaborate al fine di definire quali principi dovrebbero essere rispettati da comunicatori e fruitori per ottimizzare i vantaggi e ridurre al minimo le conseguenze negative della divulgazione via social media.

Come è stato anticipato, il numero di studi sulla comunicazione del benessere psicologico attraverso social è ridotto; è tuttavia fondamentale che la ricerca prosegua: la divulgazione tramite social media rappresenta uno strumento rilevante per l'educazione della comunità, per il contrasto dello stigma e delle sue conseguenze e per l'incentivo alla ricerca di supporto psicologico. È dunque necessario che si comprenda come essa dovrebbe essere impostata in modo strategico, per cogliere appieno le opportunità offerte dal mezzo di comunicazione. Inoltre, è auspicabile che le istituzioni e gli enti pubblici riconoscano il potenziale dei social e li impieghino a loro volta al fine di promuovere il benessere psicologico dei cittadini.

## Bibliografia

Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., e Junquera, P., 2023, *Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review*. *Cureus*, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>

Alanezi, F., 2024, *Assessing the Effectiveness of CHATGPT in delivering Mental health support: A Qualitative study*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 17, 461–471. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s447368>

Alhourri, A., Shokor, M. A., Marwa, K., Sharabi, A., Arrouk, D. M. N., Al Hourri, F. N. e Al Hourri, H., 2023, *COVID-19 and Its Impact on Healthcare Workers: Understanding Stigma, Stress, and Quality of Life*. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.37846>

Alleva, G. (a cura di), 2017, *La salute mentale in Italia: cosa ci dicono i dati dell'Istat*. XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia. Roma, 22 febbraio 2017.

American Psychiatric Association [APA], s.d., *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>

Amsalem, D., Jankowski, S., Pagdon, S., Markowitz, J. C., Martin, A., e Dixon, L. B., 2023, *Stigma reduction via brief video interventions: comparing presentations by an actor versus a person with lived experience*. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230215>

Atanasova, D., Koteyko, N., Brown, B., Crawford, P., 2019, *Mental health and the media: From illness to wellbeing*. *Sociology Compass*, 13(5), <https://doi.org/10.1111/soc4.12678>

Aviva, Y.N. e Widyastuti, 2022, *EXPLORING LANGUAGE USED OF ENCOURAGEMENT IN THE MENTAL HEALTH CAMPAIGN ON INSTAGRAM: MODALITY MEANINGS*. *Celtic : A Journal of Culture, English Language Teaching, Literature and Linguistics*, 9(2), 255–273. <https://doi.org/10.22219/celtic.v9i2.22946>

Bahorsky, R., 2022, *Calling Dr. TikTok: experts weigh in on an alarming social-media trend*. *Art & Sciences Magazine*. University of Virginia. <https://give.as.virginia.edu/news/story/calling-dr-tiktok-experts-weigh-alarming-social-media-trend>

Barak, A., Grohol, J. M., 2011, *Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions*. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155–196. <https://doi.org/10.1080/15228835.2011.616939>

Beard, C., Silverman, A. L., Forgeard, M., Wilmer, M. T., Torous, J., e Björgvinsson, T., 2019, *Smartphone, social media, and mental health app use in an acute transdiagnostic psychiatric sample*. JMIR Mhealth and Uhealth, 7(6), e13364. <https://doi.org/10.2196/13364>

Beirne, R.C., 2018, *Extraordinary minds, impossible choices: mental health, special skills and television*. Medical Humanities; 45:235-239.

Berine, R. (2018), *Extraordinary minds, impossible choices: mental health, special skills and television*. Medical Humanities, medhum-2017-011410–. doi:10.1136/medhum-2017-011410

Bernardelli, L., 2022, *Guida psicologica alla rivoluzione digitale. I pericoli delle tecnopatologie, le opportunità delle psicotecnologie*. Giunti Editore.

Bernardelli, L., Malighetti, C., 2023, *IA e salute mentale, un rapporto complesso: usi pratici, strumenti, rischi*. Agenda Digitale. <https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/ia-e-salute-mentale-un-rapporto-complesso-usi-pratici-strumenti-rischi/>

Best, P., Manktelow, R., e Taylor, B., 2014, *Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review*. Children and Youth Services Review, 41, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.001>

Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Correll, C. U., Kane, J. M., e Confino, J., 2015, *Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders*. Early Intervention in Psychiatry, 11(4), 290–295. <https://doi.org/10.1111/eip.12237>

Blair, J. e Abdullah, S., 2018, *Supporting Constructive Mental Health Discourse in Social Media*. In Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth '18). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 299–303. <https://doi.org/10.1145/3240925.3240930>

Blease, C., Torous, J., 2023, *ChatGPT and mental healthcare: balancing benefits with risks of harms*. BMJ Ment Health; 26 (1); e300884; <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300884>

Bonsón, E., Flores, F., 2011, *Social Media and Corporate Dialogue: the Response of Global Financial Institutions*, Online Information Review, Vol. 35, No. 1, pp. 34–49.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bruns, A., 2006, *Towards Producers: Futures for User-Led Content Production*. Proceedings Cultural Attitudes towards Communication and Technology 2006, pp. 275-284

Camacho, E., Cohen, A., e Torous, J., 2022, *Assessment of Mental Health Services Available Through Smartphone Apps*. *JAMA network open*, 5(12), e2248784. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.48784>

Carlyle, K. E., Guidry, J., Williams, K., Tabaac, A., e Perrin, P. B., 2018, *Suicide conversations on Instagram™: contagion or caring?* *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 11 (1), 12–18. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1436500>

Carozza, P., 2021, *Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità*. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3(2), 15-26. doi: 10.14658/PUPJ-jhcep-2021-2-3

Carpiniello, B., Girau, R., Orrù, M.G., 2007, *Mass-media, violence and mental illness. Evidence from some Italian newspapers*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(3), 251–255. doi:10.1017/s1121189x00002359

Carraresi, D. C., 5 luglio 2021, *Stigma sociale e psicopatologia: il peso sui pazienti DOC*. <https://www.ipsico.it/news/stigma-sociale-e-psicopatologia-il-peso-sui-pazienti-doc/>. IPSICO, Firenze. [consultato il 10 maggio 2024]

Cassata, M. B., Skill, T. D, Boadu, S. O., 1979, *In Sickness and In Health*. *The Journal of communication*, 29(4), 73–80. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1979.tb01744.x>

Catino, F., 27 marzo 2023, *Salute mentale: l'Italia è all'ultimo posto in classifica*. *Panorama*. <https://www.panorama.it/news/salute/salute-mentale-italia-psicologo-cnop>

Cerasa, A., Craig, F., Foti, F., Palermo, L., e Costabile, A., 2022, *The impact of COVID-19 on psychologists' practice: An Italian experience*. *Journal of affective disorders reports*, 7, 100309. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100309>

CESVOT (2006). *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. <https://www.cesvot.it/documentazione/pubblicazioni/i-gruppi-di-auto-aiuto-italia>

Chen, J., e Wang, Y., 2021, *Social media use for health purposes: Systematic review*. JMIR. Journal of Medical Internet Research/Journal of Medical Internet Research, 23(5), e17917.

<https://doi.org/10.2196/17917>

Chen, X., 2021, *The Effect of Media Representations and Stigma on Public Perception of Mental Disorders from Late 20th to Early 21st Century*. Proceedings of the 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021). Advances in Social Science, Education and Humanities Research, volume 615, doi: 10.2991/assehr.k.211220.106

Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., Weye, N., Momen, N. C., Whiteford, H., Iburg, K. M. e McGrath, J. J., 2020, *The cost of mental disorders: a systematic review*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29. <https://doi.org/10.1017/s204579602000075x>

Clément, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., e Thornicroft, G., 2014, *What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies*. Psychological Medicine, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>

Collina, D, 30 giugno 2023, *A che punto siamo con la lotta allo stigma in salute mentale?* Sogni&Bisogni. [www.sogniebisogni.it](http://www.sogniebisogni.it). <https://www.sogniebisogni.it/documenti/articoli/1204-a-che-punto-siamo-con-la-lotta-allo-stigma-in-salute-mentale>

Commissione Deontologica Ordine Degli Psicologi Del Lazio, 2023, *L'auto-presentazione e l'esposizione nel web*. <https://ordinepsicologilazio.it/post/vademecum-psicologi-web>

Commissione Europea, 2023, *COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS on a comprehensive approach to mental health*. [https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89\\_en?filename=com\\_2023\\_298\\_1\\_act\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf)

Commissione Europea, 2024, *Young people - Health* [Dataset]. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Young\\_people\\_-\\_health&oldid=630439](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Young_people_-_health&oldid=630439) [consultato il 12 aprile 2024]

Commissione Europea, s.d., *A comprehensive approach to mental health*. <https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european->

[way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health\\_en](#) [consultato il 26 marzo 2024]

Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti e Federazione Nazionale della Stampa Italiana, 2010, *Carta di Trieste*. Trieste. [https://www.news-forumsalutementale.it/public/Carta\\_di\\_Trieste\\_2011.pdf](https://www.news-forumsalutementale.it/public/Carta_di_Trieste_2011.pdf)

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi [CNOP], Commissione Atti Tipici, osservatorio e tutela della professione, 2017, *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*. [https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/03/Atti-Tipici\\_DEF\\_interno-LR.pdf](https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/03/Atti-Tipici_DEF_interno-LR.pdf)

Corbo, A., Zweifel, K.L, 2013, *Sensationalism or sensitivity: Reporting suicide cases in the news media*. Studies in Communication Sciences. Volume 13:1, pp.67-74

Corrigan, P. W., Druss, B. G., e Perlick, D., 2014, *The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care*. Psychological Science in the Public Interest, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Corrigan, P. W., e Penn, D. L., 1999, *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*. The American psychologist, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.9.765>

Corrigan, P. W., e Rao, D., 2012, *On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>

Corrigan, P. W., e Watson, A. C., 2002, *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. World psychiatry, 1(1), 16-20.

Corrigan, P. W., Kerr, A. N., e Knudsen, L., 2005, *The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change*. Applied & Preventive Psychology, 11(3), 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>

Corrigan, P. W., Larson, J. E., e Rüsch, N., 2009, *Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices*. World Psychiatry, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Wasowski, K.U., Champion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C. e Kubiak, M.A., 2000, *Stigmatizing attributions about mental illness*. J. Community Psychol., 28: 91-102. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M)

Corzine, A., Roy, A., 2024, *Inside the black mirror: current perspectives on the role of social media in mental illness self-diagnosis*. *Discov Psychol* 4, 40 <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00152-3>

Cosenza, G., 2022, *Introduzione alla semiotica dei nuovi media*. Manuali Laterza.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021, *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*. In *The Lancet*, 398, 1700–1712.

Da Conceição, V., Mesquita, E., e Gusmão, R., 2024, *Effects of a stigma reduction intervention on help-seeking behaviors in university students: A 2019-2021 randomized controlled trial*. *Psychiatry research*, 331, 115673. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115673>

Da Fonseca, M. H., Kovaleski, F., Picinin, C. T., Pedroso, B., Rubbo, P., 2021, *E-Health Practices and Technologies: A Systematic Review from 2014 to 2019*. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 9(9), 1192. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091192>

Da Rold, C., 16 gennaio 2023, *Salute mentale: troppo pochi psichiatri e psicologi nei Dipartimenti di Salute Mentale*. *Il Sole 24 Ore*. <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2023/01/16/salute-mentale-troppo-pochi-psichiatri-e-psicologi-nei-dipartimenti-di-salute-mentale/>

De Cecco, B., 13 luglio 2023, *Itaca Lab: il potere dei contenuti nella promozione della salute mentale*. *WomenX Impact*. <https://womenximpact.com/event/itaca-lab-il-potere-dei-contenuti-nella-promozione-della-salute-mentale/>

De Cesco, A. F., 17 ottobre 2022, *Psicologia e benessere, la Generazione Z e il disagio mentale: parlarne di più aiuta a crescere*. *Corriere Della Sera*. [https://www.corriere.it/sette/comportamenti/22\\_ottobre\\_17/psicologia-benessere-generazione-z-disagio-mentale-parlarne-piu-aiuta-crescere-9ff9e806-4d9a-11ed-9450-e6f5245270b7.shtml?refresh\\_ce](https://www.corriere.it/sette/comportamenti/22_ottobre_17/psicologia-benessere-generazione-z-disagio-mentale-parlarne-piu-aiuta-crescere-9ff9e806-4d9a-11ed-9450-e6f5245270b7.shtml?refresh_ce) [consultato il 13 giugno 2024]

De Lillis, F., 16 ottobre 2023, *Parlare di salute mentale sui social è sempre un bene? I rischi del therapy-speak*. *Skytg24*. <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2023/10/16/salute-mentale-social-rischi>

Dell’Aria Burani, S., n.d., *La psicoeducazione*.

<https://www.saradellariaburani.it/psicoeducazione/#:~:text=Con%20il%20termine%20psicoeducazione%20si,particolare%20che%20provoca%20stress%20psicologico>. [consultato il 6 giugno 2024]

Dempsey, A. E., O'Brien, K. D., Tiarniyu, M. F., & Elhai, J. D., 2019, *Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use*. Addictive behaviors reports, 9, 100150. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100150>

Dewak, H., 2023, *Scrolling for a Diagnosis: The Effects of Self-Diagnosing Content on Social Media on Young Adults’ Mental Health*. Tesi, University of Twente, Behavioural, Management and Social Sciences. <https://purl.utwente.nl/essays/95660>

Dewitz, L., e Ackermann, J., 2023, *Anxiety-Related content on Instagram and Twitter: A mixed methods analysis of mental health communication and information sharing*. opus4.kobv.de. <https://doi.org/10.34678/opus4-3220>

Di Croce, S., 2023, *I disturbi del neurosviluppo: una panoramica*. Santagostino Psiche. <https://psiche.santagostino.it/disturbi-neurosviluppo/>

Diefenbach, D. L., West, M. D., 2007, *Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect*. Journal of Community Psychology, 35(2), 181–195. <https://doi.org/10.1002/jcop.20142>

Doda, I., 14 settembre 2022, *Come parliamo di salute mentale sui social*. Siamomine.com <https://siamomine.com/come-parliamo-di-salute-mentale-sui-social/>

Domaradzki J., 2021, *The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review*. International journal of environmental research and public health, 18(5), 2396. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., e Boyd, J. E., 2013, *A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness*. Psychiatric Services, 64(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>

Eisenhauer, J., 2008, *A Visual Culture of Stigma: Critically Examining Representations of Mental Illness*. Art Education 61(5):13-18, doi: 10.1080/00043125.2008.11518991

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi [ENPAP], 2019, *Demografia, redditi e trend degli psicologi italiani*.

[https://www.enpap.it/DOC/Ebook\\_ENPAP\\_Demografia\\_luglio2019.pdf](https://www.enpap.it/DOC/Ebook_ENPAP_Demografia_luglio2019.pdf)

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi [ENPAP], 2023, *ENPAP: Redditi e dati 2022-2023*. <https://www.enpap.it/news/2022/12/redditi-degli-psicologi-nel-2019-2020-2021/>

[consultato il 26 aprile 2024]

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi [ENPAP], 2022, *Redditi degli psicologi nel 2019-2020-2021*. [https://www.enpap.it/news/2022/12/redditi-degli-psicologi-nel-2019-2020-](https://www.enpap.it/news/2022/12/redditi-degli-psicologi-nel-2019-2020-2021/)

[2021/](https://www.enpap.it/news/2022/12/redditi-degli-psicologi-nel-2019-2020-2021/) [consultato il 26 aprile 2024]

Errico, E. T., 2018, *Che significato ha la scelta del tu o del lei in una relazione clinica per paziente e terapeuta*. InPsiche.it - psicanalisi <https://www.inpsiche.it/che-significato-ha-la-scelta-del-tu-o-dellei-in-una-relazione-clinica-per-paziente-e-terapeuta/>

Eysenbach, G., 2001, *What is e-health?* JMIR. Journal of Medical Internet Research/Journal of Medical Internet Research, 3(2), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>

Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., Stern, A., 2004, *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*. BMJ (Clinical research ed.), 328(7449), 1166.

<https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1166>

Faelens, L., Hoorelbeke, K., Cambier, R., Van Put, J., Van De Putte, E., De Raedt, R., e Koster, E.

H., 2021, *The relationship between Instagram use and indicators of mental health: A systematic review*. Computers in Human Behavior Reports, 4, 100121.

<https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100121>

Farhat, F., 2023, *ChatGPT as a complementary mental health resource: a boon or a bane*. Annals of Biomedical Engineering, 52, 1111-1114. <https://doi.org/10.1007/s10439-023-03326-7>

Farreras, I. G., 2019, *History of mental illness*. In *General psychology: required reading* (pp 245-251)

Fernández-Luque, L., e Bau, T., 2015, *Health and social media: perfect storm of information*.

Healthcare informatics research, 21(2), 67–73. <https://doi.org/10.4258/hir.2015.21.2.67>

Fiske, S. T., 1980, *Attention and weight in person perception: The impact of negative and extreme behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 38(6), 889–906. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.6.889>

Focus, 13 maggio 2022, *La Legge Basaglia: una rivoluzione a metà per i malati psichiatrici*. <https://www.focus.it/cultura/storia/legge-basaglia-rivoluzione-a-meta>

Fontanesi, F., 12 marzo 2021, *Per la tv italiana salute mentale e suicidio sono tabù. Quando deve parlarne ridicolizza il tema*. THE VISION. <https://thevision.com/attualita/salute-mentale-tv/>

Foulkes, L., e Andrews, J. L., 2023, *Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis*. New Ideas in Psychology, 69, 101010. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>

Gerbner, G., 1998, *Cultivation Analysis: An Overview*. Mass communication & society, 1 (3-4), 175-194. <https://doi.org/10.1080/15205436.1998.9677855>

Gionfriddo, P., s.d, *Why the Egg Matters*. Mental Health America <https://mhanational.org/blog/why-egg-matters> [consultato il 4 giugno 2024]

Godfrey, C., 2021, *How Instagram's world record egg became a mental health champion*. Creative Moment. <https://www.creativemoment.co/instagram-world-record-egg-creator-chris-godfrey> [consultato il 4 giugno 2024]

Goffman, E., 1963, *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Google Books. [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&ots=RbXnFnaIMc&sig=zhkVrQFmI6T6vJPZPfBuGM-K9oo&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&ots=RbXnFnaIMc&sig=zhkVrQFmI6T6vJPZPfBuGM-K9oo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Goodyear, V. A., Armour, K. M., e Wood, H., 2018, *Young people and their engagement with health-related social media: new perspectives*. Sport, Education and Society, 24(7), 673–688. <https://doi.org/10.1080/13573322.2017.1423464>

Goyal, D., Hunt, X., Kuper, H., Shakespeare, T. e Banks, L. M., 2023, *Impact of the COVID-19 pandemic on people with disabilities and implications for health services research*. Journal of health services research & policy, 28(2), 77–79.

Granello, D.H. e Pauley, P. S., 2000, *Television Viewing Habits and Their Relationship to Tolerance Toward People with Mental Illness*. *Journal of Mental Health Counseling*, 2000, Vol 22, Issue 2, p162.

Gruppo AXA e IPSOS, 2024a, *Mind Your Health in the workplace: 2024 Mind Health Report*. [https://www-axa-com.cdn.axa-contento-118412.eu/www-axa-com/d41133bc-5fa9-4a5d-b664-316282190d78\\_axa\\_mind\\_health\\_report\\_2024.pdf](https://www-axa-com.cdn.axa-contento-118412.eu/www-axa-com/d41133bc-5fa9-4a5d-b664-316282190d78_axa_mind_health_report_2024.pdf)

Gruppo AXA e Ipsos, 2024b, *AXA pubblica la quarta edizione del Mind Health Report* [Press release].

[https://corporate.axa.it/documents/715596/2905017/AXAItalia\\_CS\\_MindHealthReport2024\\_def.pdf/969016cb-5064-75c4-dfcf-7d4aea6188bc?t=1709729901417](https://corporate.axa.it/documents/715596/2905017/AXAItalia_CS_MindHealthReport2024_def.pdf/969016cb-5064-75c4-dfcf-7d4aea6188bc?t=1709729901417)

Gruppo AXA, 2024c, *2024 Mind Health Report: Mind your health in the workplace*. Su axa.com. <https://www.axa.com/en/about-us/mind-health-report> [consultato il 19 aprile 2024]

GVM Care & Research, 2023, *Disagio e i disturbi psicologici: cosa sono e come affrontarli*. <https://www.gvmnet.it/press-news/news-dalle-strutture/disagio-e-i-disturbi-psicologici-cosa-sono-e-come>

Haltigan, J. D., Pringsheim, T. M., Rajkumar, G., 2023, *Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion?* *Comprehensive Psychiatry*, 121, 152362.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152362>

Haq, E., Lee, L., Tyson, G., Mogavi, R. H., Braud, T., e Hui, P., 2022, *Exploring Mental Health Communications among Instagram Coaches*. arXiv (Cornell University).

<https://doi.org/10.48550/arxiv.2211.06013>

Harris, M., 25 giugno 2021, *How social media is changing the way we think about mental illness*.

National Alliance on Mental Illness (NAMI). <https://www.nami.org/media-and-pop-culture/how-social-media-is-changing-the-way-we-think-about-mental-illness/> [consultato il 2 giugno 2024]

Hasan, F., Foster, M. M., e Cho, H., 2023, *Normalizing Anxiety on Social Media Increases Self-Diagnosis of Anxiety: The Mediating Effect of Identification (But Not Stigma)*. *Journal of health communication*, 28(9), 563–572. <https://doi.org/10.1080/10810730.2023.2235563>

Hawi, N. S., e Samaha, M., 2016, *The relations among social media addiction, Self-Esteem, and life satisfaction in university students*. Social Science Computer Review, 35(5), 576–586.

<https://doi.org/10.1177/0894439316660340>

Henderson, L., 2018, *Popular television and public mental health: creating media entertainment from mental distress*. Critical Public Health, 28:1, 106-117, DOI: 10.1080/09581596.2017.1309007

Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U. e Ma, P., 2020, *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review*. [version 1; peer review: 2 approved]. In *F1000Research* 2020, 9:636  
<https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>

Huang, J., Huang, Z. T., Sun, X. C., Chen, T. T., e Wu, X. T., 2024, *Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. PloSone, 19(1).

Hylar, S.E., Gabbard, G.O., Schneider, I., 1991, *Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies*. Psychiatric Services, 42(10), 1044–1048. doi:10.1176/ps.42.10.1044

Il Post, 11 marzo 2024, *Franco Basaglia fu molto più di una legge*.  
<https://www.ilpost.it/2024/03/11/franco-basaglia/>

Il Post, 13 maggio 2018, *Il 13 maggio 1978 furono aboliti i manicomi*.  
<https://www.ilpost.it/2018/05/13/legge-basaglia-chiusura-manicomi/>

Il Post, 23 settembre 2022, *L'espressione "salute mentale" è abusata*.

<https://www.ilpost.it/2022/09/23/salute-mentale/>

Il Post. 24 maggio 2023, *«Ci troviamo nel mezzo di una crisi nazionale»*.  
<https://www.ilpost.it/2023/05/24/vivek-murthy-social-salute-mentale/>

Institute For Health Metrics and Evaluation [IHME], s.d., *Mental health*.  
<https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health> [consultato il 4 aprile 2024]

Invernizzi, I., 16 gennaio 2022, *Gli adolescenti stanno peggio*. Il Post.  
<https://www.ilpost.it/2022/01/16/salute-mentale-adolescenti-epidemia/>

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale [INPS], 2024, Circolare numero 34 del 15-02-2024. [https://www.inps.it/it/inps-comunica/atti/circolari-messaggi-e-normativa/dettaglio.circolari-e-messaggi.2024.02.circolare-numero-34-del-15-02-2024\\_14480.html](https://www.inps.it/it/inps-comunica/atti/circolari-messaggi-e-normativa/dettaglio.circolari-e-messaggi.2024.02.circolare-numero-34-del-15-02-2024_14480.html)

Istituto Nazionale di Statistica [Istat], 2018, *La salute mentale nelle fasi di vita*. [https://www.istat.it/it/files//2018/07/Report\\_Salute\\_mentale.pdf](https://www.istat.it/it/files//2018/07/Report_Salute_mentale.pdf)

Istituto Nazionale di Statistica [Istat], Tinto, A. (a cura di), 2024, *Rapporto sul benessere equo e sostenibile*. <https://www.istat.it/it/files//2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf>

Istituto Superiore di Sanità [ISS], s.d.-a, *Il fenomeno suicidario in Italia. Aspetti epidemiologici e fattori di rischio*. EpiCentro.iss.it. [https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia#:~:text=Il%20tasso%20\(grezzo\)%20di%20mortalit%C3%A0,nelle%20Regioni%20del%20Nord%2DEst](https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia#:~:text=Il%20tasso%20(grezzo)%20di%20mortalit%C3%A0,nelle%20Regioni%20del%20Nord%2DEst) [consultato il 15 aprile 2024]

Istituto Superiore di Sanità [ISS], s.d.-b, *Consultori familiari, la prima fotografia dell'ISS*. EpiCentro.iss.it. <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019> [consultato il 29 aprile 2024]

Iuliano, H., 2019, WORLD RECORD EGG: la storia di un uovo da record. LinkedIn <https://www.linkedin.com/pulse/world-record-egg-la-storia-di-un-uovo-da-heidi-iuliano/?originalSubdomain=it> [consultato il 4 giugno 2026]

Jaramillo, J.A., 10 aprile 2023, Down The Rabbit Hole of Self-Diagnosis in Mental Health. Lynx Life Library, University of Colorado Denver. <https://www.ucdenver.edu/student/stories/library/healthy-happy-life/down-the-rabbit-hole-of-self-diagnosis-in-mental-health>

Juchich, C. T. e Di Giacomo, D., 2022, *Efficacia degli interventi psicologici web-based: scoping review*. *Recenti Progressi in Medicina*. <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3792/articoli/37765/>

Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., e Tichackova, A., 2016, *Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication*. *Patient preference and adherence*, 10, 1289–1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>

- Kaplan A.M., Haenlein M., 2010, *Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media*. Business Horizons, 53(1), 59-68
- Karp, D. A., Birk, L. B., 2013, *Listening to voices: Patient experience and the meanings of mental illness*. In C. Aneshensel, J. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 23–40). Springer.
- Kietzmann, J. H., Hermkens, K., McCarthy, I. P., Silvestre, B. S., 2011, *Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media*. Business Horizons, 54, 241-251
- Kim, H., Stout, P. A., 2010, *The effects of interactivity on information processing and attitude change: implications for mental health stigma*. Health communication, 25(2), 142–154. <https://doi.org/10.1080/10410230903544936>
- Klin, A. e Lemish, D., 2008, *Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences*. Journal of Health Communication: International Perspectives, 13:5, 434-449, DOI: 10.1080/10810730802198813
- Koinig, I., 2022, *Picturing Mental Health on Instagram: Insights from a Quantitative Study Using Different Content Formats*. International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3), 1608. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031608>
- Kotliar D. M., 2016, *Depression Narratives in Blogs: A Collaborative Quest for Coherence*. Qualitative health research, 26(9), 1203–1215. <https://doi.org/10.1177/1049732315612715>
- Koutola, S., 2022, *“It’s Ok not to be Ok”. Frames and stigma of mental health issues in user-generated content on Instagram*. Thematic Analysis. Jyväskylä University. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/81421/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-202206023043.pdf>
- L. 14 febbraio 1904, n. 36.
- L. 145/2018, art.1, comma 525. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/sg>
- Latha, K., Meena, K. S., Pravitha, M. R., Dasgupta, M., e Chaturvedi, S. K., 2020, *Effective use of social media platforms for promotion of mental health awareness*. Journal of Education and Health Promotion, 9(1), 124. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_90\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_90_20)

- Lazzari, D., 15 maggio 2023, *Com'è cambiato il rapporto con la psiche*. Huffingtonpost.it. [https://www.huffingtonpost.it/blog/2023/05/15/news/come\\_cambiato\\_il\\_rapporto\\_con\\_la\\_psiche-12106583/](https://www.huffingtonpost.it/blog/2023/05/15/news/come_cambiato_il_rapporto_con_la_psiche-12106583/) [consultato il 29 aprile 2024]
- Lee, N., Buchanan, K., e Yu, M., 2020, *Each post matters: a content analysis of #mentalhealth images on Instagram*. *Journal of visual communication in medicine*, 43(3), 128–138. <https://doi.org/10.1080/17453054.2020.1781535>
- Li, H., Zhang, R., Lee, Y., Kraut, R. E., e Mohr, D. C., 2023, *Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being*. *Npj Digital Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5>
- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., e Fuller-Tyszkiewicz, M., 2019, *The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 325–336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Link, B. G., e Phelan, J. C., 2001, *Conceptualizing Stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Link, B. G., Mirotznik, J., e Cullen, F. T., 1991, *The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided?* *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 302–320. <https://doi.org/10.2307/2136810>
- Lo Torto, F., 25 marzo 2024, *Psicologo di base, in attesa dei fondi le Regioni costrette a fare da sole: “5 milioni di persone hanno bisogno d’aiuto e non possono permetterselo”*. Ilfattoquotidiano.it. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/03/25/psicologo-di-base-in-attesa-dei-fondi-le-regioni-costrette-a-fare-da-sole/7489384/> [consultato il 30 aprile 2024]
- Ma, Z., 2017, *How the media cover mental illnesses: a review*. *Health Education*, 117(1), 90–109. doi:10.1108/HE-01-2016-0004
- Magliano, L., Read, J., Marassi, R., 2011, *Metaphoric and non-metaphoric use of the term “schizophrenia” in Italian newspapers*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46, 1019–1025. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0274-3>
- Maier, J. A., Gentile, D. A., Vogel, D. L., Kaplan, S. A., 2014, *Media influences on self-stigma of seeking psychological services: The importance of media portrayals and person perception*. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 239–256. <https://doi.org/10.1037/a0034504>

Maiorano, A., Lasalvia, A., Sampogna, G., Poci, B., Ruggeri, M., e Henderson, C., 2017, *Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review*. The Canadian Journal of Psychiatry, 62(10), 702–715. <https://doi.org/10.1177/0706743717711172>

Mancini, A. e Cigna, Y., 25 febbraio 2024, *Torna il bonus psicologo, ma chi ne ha davvero bisogno rimane fuori. Così la cura della salute mentale resta un lusso – L'inchiesta*. Open.online. <https://www.open.online/2024/02/25/bonus-psicologo-pochi-investimenti-pubblico-inchiesta/> [consultato il 29 aprile 2024]

Mancini, P., 2012, *L'evoluzione della comunicazione: vecchi e nuovi media*. Atlante Geopolitico Treccani. [https://www.treccani.it/enciclopedia/l-evoluzione-della-comunicazione-vecchi-e-nuovi-media\\_\(Atlante-Geopolitico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-evoluzione-della-comunicazione-vecchi-e-nuovi-media_(Atlante-Geopolitico)/)

Manuale MSD versione per i pazienti, s.d., *Panoramica sulle malattie mentali*. <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/i-fatti-in-breve-disturbi-di-salute-mentale/panoramica-sulla-salute-mentale/panoramica-sulle-malattie-mentali> [consultato il 26 marzo 2024]

McCallie, Ellen, et al., 2009:1, *Many experts, many audiences: Public engagement with science and informal science education*, A CAISE Inquiry Group Report.

McKinsey & Company, 2023, *What is social media?* <https://www.mckinsey.com/featured-insights/mckinsey-explainers/what-is-social-media>

McLellan, A., Schmidt-Waselenchuk, K., Duerksen, K., e Woodin, E., 2022, *Talking back to mental health stigma: An exploration of YouTube comments on anti-stigma videos*. Computers in Human Behavior, 131, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107214>

McVay, E., 31 agosto 2023, *Social media and self-diagnosis*. Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/2023/08/social-media-and-self-diagnosis>

Meloni, F., 2022, *Cosa fa un mental coach*. <https://fabiomeloni.com/cosa-fa-un-mental-coach-2/> [consultato il 5 giugno 2024]

Mental Health America, s.d., *Person-Centered language*. <https://www.mhanational.org/person-centered-language> [consultato il 19 giugno 2024]

Meroni, G., 21 febbraio 2014, *10mila gruppi, boom del mutuo-aiuto*. Vita.it. <https://www.vita.it/10mila-gruppi-boom-del-mutuo-aiuto/>

Micheli, D. E., 1 marzo 2018, *Rimuginio e ruminazione*. IPSICO, Firenze.  
<https://www.ipsico.it/news/rimuginio-ruminazione/>

Ministero della Salute, 2016, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2015*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2550\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2550_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2017, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2016*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2731\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2731_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2018, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2017*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2841\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2841_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2019a, *Salute mentale. Fatti e cifre contro lo stigma*. [opuscolo]  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_422\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_422_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2019b, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2018*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2932\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2021a, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3212\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2021b, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2019*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3081\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3081_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2022a, *La rete dei servizi per la salute mentale*. Consultato il 23 aprile 2024, da  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Ministero della Salute, 2022b, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2021*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3282\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3282_allegato.pdf)

Ministero della Salute, 2023, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2022.*

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3369\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3369_allegato.pdf)

Ministero della Salute, s.d.-a, *Che cos'è la salute mentale.*

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto> [consultato il 27 marzo 2024]

Ministero Della Salute, s.d.-b, *Campagne di comunicazione dell'area Salute Mentale.*

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/archivioCampagneSaluteMentale.jsp>

Ministero Della Salute, s.d.-c, *Campagna di comunicazione sui disturbi del comportamento*

*alimentare.* <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioCampagneSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=152>

Ministero Della Salute, s.d.-d, *Campagna di sensibilizzazione sul disagio*

*mentale.* <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioCampagneSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=125>

Mitra, M. e Turk, M. A., 2021, *Mental health impacts of COVID-19 on people with disabilities: A call to action.* Disability and Health Journal, 14(3), 101147.

<https://doi.org/10.1016/J.DHJO.2021.101147>

Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., e Hoving, C., 2013, *A new dimension of Health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media*

*for health communication.* JMIR. Journal of Medical Internet Research/Journal of Medical Internet Research, 15(4), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.1933>

Morris, G., 2006, *Mental Health Issues and the Media An introduction for health professionals.* Routledge.

Motta, M., Liu, Y. Yarnell, A., 2024, *"Influencing the influencers:" a field experimental approach to promoting effective mental health communication on TikTok.* Sci Rep 14, 5864.

<https://doi.org/10.1038/s41598-024-56578-1>

MSD, Salute, 2023, *Salute mentale e IA. Oms: “Troppi difetti metodologici e di qualità”*. MSD | Salute. <https://msdsalute.it/approfondimenti/notizie/salute-mentale-e-ia-oms-troppi-difetti-metodologici-e-di-qualita/> [consultato il 20 maggio 2024]

Mullis, C., Nguyen, L., e Pappas, C., 2021, *#selfcare on Instagram: Proactive Mental Health Has Its Moment*. PANDION: The Osprey Journal of Research and Ideas: Vol. 2: No. 1, articolo 11. [https://digitalcommons.unf.edu/pandion\\_unf/vol2/iss1/11/](https://digitalcommons.unf.edu/pandion_unf/vol2/iss1/11/)

Murphy, K. S., 20 luglio 2023, *Teens are using social media to diagnose themselves with ADHD, autism and more. Parents are alarmed*. CNN, [cnn.com, https://edition.cnn.com/2023/07/20/tech/tiktok-self-diagnosis-mental-health-wellness/index.html](https://edition.cnn.com/2023/07/20/tech/tiktok-self-diagnosis-mental-health-wellness/index.html)

Nairn, R.G., Coverdale, J.H., 2005, *People Never See Us Living Well: An Appraisal of the Personal Stories About Mental Illness in a Prospective Print Media Sample*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry;39(4):281-287. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01566.x

NapoleonCat, 2024, *Distribution of Instagram users in Italy as of April 2024, by age group* [Grafico]. In Statista. <https://www.statista.com/statistics/692395/number-of-instagram-users-by-age-in-italy/> [consultato il 2 giugno 2024]

Narayan, C. L., Narayan, M., Shikha, D., e Shekhar, S., 2015, *Indian marriage laws and mental disorders: Is it necessary to amend the legal provisions?* Indian journal of psychiatry, 57(4), 341–344. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.171836>

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., McHugo, G. J., Unützer, J., Marsch, L. A., e Bartels, S. J., 2017, *Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness*. Early Intervention in Psychiatry, 13(3), 405–413. <https://doi.org/10.1111/eip.12496>

Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., e Aschbrenner, K. A., 2020, *Social media and mental Health: benefits, risks, and opportunities for research and practice*. Journal of Technology in Behavioral Science, 5(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00134-x>

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... Sonneck, G. (2010). *Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects*. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234–243. doi:10.1192/bjp.bp.109.074633

Nocelli, L., 12 maggio 2023, *La legge Basaglia chiuse i manicomi 45 anni fa. Cos'è cambiato da allora*. In Lifegate Daily. <https://www.lifegate.it/legge-basaglia-45-anni-manicomi>

Nur Digital Marketing, s.d., *Le 5 migliori campagne Social dell'anno (finora)*.

<https://www.nur.it/blog/113/le-5-migliori-campagne-social-dellanno-finora> [consultato il 4 giugno 2024]

Organizzazione delle Nazioni Unite [ONU], 2020, *Policy Brief: COVID-19 and the need for Action on Mental Health*. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>

Osservatorio Artificial Intelligence, s.d., *Intelligenza Artificiale, significato e applicazioni dell'AI*. [https://blog.osservatori.net/it\\_it/intelligenza-artificiale-funzionamento-applicazioni](https://blog.osservatori.net/it_it/intelligenza-artificiale-funzionamento-applicazioni)

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., e Newman, L. S., 2005, *Social Psychological models of mental illness stigma*. In P. W. Corrigan (Ed.) *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99–128). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-004>

Packer, S., 2017, *Mental Illness in Popular Culture*. Bloomsbury Publishing USA. [https://books.google.it/books?id=SIzDEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=it&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?id=SIzDEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=it&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false)

Parle, S., 2012, *How does discrimination affect people with mental illness?* *Nursing Times* [online]; 108: 28, 12-14

Paulillo, G., Resteghini, V., Pellegrini, P. e Nico, A., 2012, *Salute mentale e mass media: un codice etico per l'informazione nella salute mentale*. *Problemi in Psichiatria*, 52, pp. 21-40

Pileci, A., 24 settembre 2013, *Auto Mutuo Aiuto: i gruppi AMA*. MEDICITALIA.it. <https://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1811-auto-mutuo-aiuto-i-gruppi-ama.html> [consultato il 28 aprile 2024]

Pretorius, C., McCashin, D., e Coyle, D., 2022, *Mental health professionals as influencers on TikTok and Instagram: What role do they play in mental health literacy and help-seeking?* *Internet Interventions*, 30, 100591. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100591>

- Quaranta, P., 22 gennaio 2024, *Media e suicidio, come informare in modo responsabile: il programma del nuovo corso di formazione de La Stampa*. La Stampa. [https://www.lastampa.it/rubriche/diversity-editor/2024/01/22/news/suicidio\\_informazione\\_responsabile\\_corso\\_la\\_stampa-14013510/](https://www.lastampa.it/rubriche/diversity-editor/2024/01/22/news/suicidio_informazione_responsabile_corso_la_stampa-14013510/)
- Quotidiano Sanità, 21 giugno 2023, *Psicologi. Lazzari (Cnop): “In Italia 5mila quelli pubblici per 60 milioni di abitanti”*. [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=114855](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=114855) [consultato il 29 aprile 2024]
- Raimondi, V. L. M., 29 aprile 2024, *Dipendenza da social network: cause, sintomi e cura*. <https://www.unobravo.com/post/dipendenza-da-social-network>
- Redazione Psiche Santagostino, 29 gennaio 2024, *Il coping e le sue strategie*. <https://psiche.santagostino.it/il-coping-e-le-sue-strategie/> [consultato il 29 maggio 2024]
- Redshaw, L., 2 agosto 2023, *Is self-diagnosis on social media helping or hurting people’s health?* The Intake. <https://www.tebra.com/theintake/medical-deep-dives/tips-and-trends/is-self-diagnosis-on-social-media-helping-or-hurting-peoples-health>
- Regione Lombardia, 2010, *Glossario sulla promozione della salute mentale*. Bollettino Ufficiale n.39, edizione speciale del 27 settembre 2010.
- Riecher-Rössler, A., 2017, *Sex and gender differences in mental disorders*. In *The Lancet Psychiatry* (Print), 4(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30348-0)
- Riffe, D., 2004, *An editorial comment*. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 81(1):2-3.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., Eysenbach, G., 2010, *Theme issue on E-Mental Health: A growing Field in Internet Research*. JMIR. *Journal of Medical Internet Research/Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e74. <https://doi.org/10.2196/jmir.1713>
- Robinson, J., Rodrigues, M., Fisher, S., Bailey, E., e Herrman, H., 2015, *Social media and suicide prevention: findings from a stakeholder survey*. *Shanghai archives of psychiatry*, 27(1), 27–35. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.214133>
- Rossiaky, D., 24 ottobre 2023, *Psychologists say mental health advice shared on social media is often misleading*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/experts-express-concern-over-mental-health-advice-posted-on-social-media-platforms> [consultato il 13 giugno 2024]

- Rössler, W., 2016, *The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices*. EMBO reports, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Rota, M.C., 16 giugno 2022, *Film e serie tv, come cambia il racconto delle sofferenze mentali*. <https://startupitalia.eu/impact/social-innovation/film-e-serie-tv-come-cambia-il-racconto-delle-sofferenze-mentali/>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., e Corrigan, P. W., 2005, *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. European Psychiatry, 20(8), 529–539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P. J., Olschewski, M., Wilkniss, S., e Batia, K., 2009, *Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 120(4), 320–328. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>
- Santini, C., 19 aprile 2022, *Perché andare dallo psicologo è ancora un tabù in Italia?* Elle.com. <https://www.elle.com/it/emozioni/psicologia/a39703327/andare-dallo-psicologo-tabu/> [consultato il 29 aprile 2024]
- Santoro E., 2022, *Interventi psicologici su Internet e terapie digitali nell'ambito della salute mentale: siamo pronti?* Recenti Progressi in Medicina;113(4):231-233. doi 10.1701/3792.37762
- Scheufele, D. A., 1999, *Framing as a theory of media effects*. Journal of Communication, 49(1), 103–122. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1999.tb02784.x>
- Schillinger, D., Chittamuru, D., e Ramírez, A. S., 2020, *From "Infodemics" to Health Promotion: A Novel Framework for the Role of Social Media in Public Health*. American journal of public health, 110(9), 1393–1396. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305746>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., e Schultze-Lutter, F., 2017, *Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 210(4), 261–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Seabrook, E. M., Kern, M. L., e Rickard, N. S., 2016, *Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A Systematic review*. JMIR Mental Health, 3(4), e50. <https://doi.org/10.2196/mental.5842>
- Sgreccia, C., 26 settembre 2022, *In Italia più di 4 milioni di persone soffrono di disturbi mentali*. L'Espresso. <https://lespresso.it/c/attualita/2022/9/26/in-italia-piu-di-4-milioni-di-persone-soffrono-di-disturbi-mentali/12871>

- Sieff, E. M., 2003, *Media frames of mental illnesses: The potential impact of impact of negative frames*. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259–269. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118249>
- Signorielli, N., 1989, *The stigma of mental illness on television*. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 33(3), 325–331. doi:10.1080/08838158909364085
- Sisti, C., 20 marzo 2022, *Nelle scuole italiane ci sono pochi sportelli per l'aiuto psicologico*. Elle.com. <https://www.elle.com/it/emozioni/psicologia/a39436601/sportelli-aiuto-psicologico/> [consultato il 29 aprile 2024]
- Smith, B., 2015, *Mental Illness Stigma in the Media*. *The Review: A Journal of Undergraduate Student Research*, 16:10, pp. 50-63. <https://fisherpub.sjf.edu/ur/vol16/iss1/10>
- Socall, D. W., e Holtgraves, T., 1992, *Attitudes toward the mentally ill: the effects of label and beliefs*. *Sociological Quarterly*, 33(3), 435–445. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1992.tb00383.x>
- Società Italiana Antropologia Medica, s.d., *La psichiatria istituzionale prima della legge n. 180 del 1978*. <https://www.antropologiamedica.it/dal-manicomio-al-territorio/argomenti/il-manicomio-di-perugia/la-psichiatria-istituzionale-prima-della-legge-n-180-del-1978/>
- Spector, N., 10 gennaio 2020, *Mental health: How we've improved and where we need to do better in 2020*. In nbcnews.com. <https://www.nbcnews.com/better/lifestyle/mental-health-how-we-ve-improved-where-we-need-do-ncna1108721>
- Spi-Cgil Nazionale, Rete degli Studenti Medi, Unione degli Universitari [UDU], Dazzi, D. e Ingenito, A. (a cura di), 2022, *Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della pandemia*. <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2022/11/chiedimicomesto-1.pdf>
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., e Mujawar, S., 2018, *Media and mental health*. *Industrial psychiatry journal*, 27(1), 1–5. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_73\\_18](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_73_18)
- State Of Mind, s.d., *Cybercondria*. [https://www.stateofmind.it/cybercondria/#:~:text=I1%20termine%20cybercondria%20%C3%A8%20un,salute%20\(Starcevic%2C%202017\)](https://www.stateofmind.it/cybercondria/#:~:text=I1%20termine%20cybercondria%20%C3%A8%20un,salute%20(Starcevic%2C%202017))
- Stillwell, K.F., 2024, *The Formation of TikTok's Influencer-Led Mental Health Community: A Content Analysis of Social Penetration Theory*. Liberty University. School of Communication & the Arts. <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/5306/>

Stringer, H., 2016, *Therapy on camera*. In apa.org. <https://www.apa.org/monitor/2016/12/therapy-camera>

Sudakov, M., 8 dicembre 2021, *Why the Media Portrayal of Therapists Is Problematic*. Medium. <https://medium.com/@monikasudakov/why-the-media-portrayal-of-therapists-is-problematic-215fecf9c0d>

Thackeray R., Neiger B.L., Hanson C.L., e McKenzie J.F., 2008, *Enhancing promotional strategies within social marketing programs: use of Web 2.0 social media*. Health Promotion Practice, October 2008 Vol. 9, No. 4, 338-343

Thakkar, A., Gupta, A., e De Sousa, A., 2024, *Artificial intelligence in positive mental health: a narrative review*. Frontiers in digital health, 6, 1280235. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1280235>

The Courier, s.d., *How the infamous Instagram egg is raising awareness for mental health*.

Thecourieronline.co.uk <https://www.thecourieronline.co.uk/how-the-infamous-instagram-egg-is-raising-awareness-for-mental-health/>

The European House-Ambrosetti, Angelini Pharma, 2022, *Headway A new roadmap to mental health*, «Headway - Mental Health Index 2.0» Report.

The European House-Ambrosetti, Angelini Pharma, 2023, *Headway A new roadmap to mental health*, «Headway - Mental Health Index 3.0» Report.

The Star Ads, 2019, *Commercial Ads - Talking egg* [Video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=gInFYiFhSVw>

Tiberio, L., 28 maggio 2024, *Possiamo fidarci delle app di terapia?* RivistaStudio.com <https://www.rivistastudio.com/app-psicoterapia-online/> [consultato il 28 maggio 2024]

Torous, J., e Roberts, L. W., 2017, *Needed Innovation in Digital Health and Smartphone Applications for Mental Health: Transparency and Trust*. JAMA psychiatry, 74(5), 437–438. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0262>

Torous, J., e Roberts, L. W., 2017, *Needed Innovation in Digital Health and Smartphone Applications for Mental Health: Transparency and Trust*. JAMA Psychiatry, 74(5), 437

Triplett, N. T., Kingzette, A., Slivinski, L., Niu, T., 2022, *Ethics for Mental Health Influencers: MFTs as Public Social Media Personalities*. Contemporary Family Therapy, 44(2), 125–135.

<https://doi.org/10.1007/s10591-021-09632-3>

Turrini, V., 2024a, *Digital 2024 - i dati globali: sono 5 miliardi gli utenti sui social*. We Are Social Italy. <https://wearesocial.com/it/blog/2024/02/digital-2024-i-dati-globali-5-miliardi-di-utenti-sui-social-media/>

Turrini, V., 2024b, *Digital 2024 - i dati italiani*. We Are Social Italy.

<https://wearesocial.com/it/blog/2024/02/digital-2024-i-dati-italiani/>

Twenge, J. M., 2020, *Increases in depression, Self-Harm, and suicide among U.S. adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms*. Psychiatric Research and Clinical Practice, 2(1), 19–25. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190015>

Uribe-Toril, J., Ruiz-Real, J. L., Nieves-Soriano, B. J., 2021, *A Study of eHealth from the Perspective of Social Sciences*. Healthcare, 9(2), 108. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020108>

Ventola C. L., 2014, *Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices*. P & T : a peer-reviewed journal for formulary management, 39(7), 491–520.

Venturi, C., 2023, *Salute mentale: fattori di rischio e fattori protettivi*. <https://www.chiaraventuri.it/salute-mentale-fattori-di-rischio-e-fattori-protettivi/>

Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J., e Kross, E., 2017, *Do social network sites Enhance or undermine subjective Well-Being? A critical review*. Social Issues and Policy Review, 11(1), 274–302. <https://doi.org/10.1111/sipr.12033>

Vita, A., Nibbio, G., Marini, M., Minelli, A., Carletto, S., Abrami, M. A., Indelicato, A., Lombardo, M., e Barlati, S., 2023, *Psychological impact of Covid-19 pandemic in mental healthcare workers: a cross-sectional study in an Italian Department of Mental Health*. Rivista di Psichiatria, 58(6), 271–283. <https://doi.org/10.1708/4143.41407>

Vocabolario Treccani, 2012a, *Infotainment*. [https://www.treccani.it/enciclopedia/infotainment\\_\(Lessico-del-XXI-Secolo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/infotainment_(Lessico-del-XXI-Secolo)/) [consultato il 29 maggio 2024]

- Vocabolario Treccani, 2012b, *Blogosfera*. [https://www.treccani.it/enciclopedia/blogosfera\\_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/blogosfera_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/) [consultato il 29 maggio 2024]
- Vocabolario Treccani, 2012c, *Comunità virtuale*. [https://www.treccani.it/enciclopedia/comunita-virtuale\\_\(Lessico-del-XXI-Secolo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/comunita-virtuale_(Lessico-del-XXI-Secolo)/) [consultato il 29 maggio 2024]
- Vocabolario Treccani, 2013, *Nuovi media*. [https://www.treccani.it/enciclopedia/nuovi-media\\_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/nuovi-media_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/) [consultato il 10 giugno 2024]
- Vocabolario Treccani, 2017, *Echo-chamber* [https://www.treccani.it/vocabolario/echo-chamber\\_\(Neologismi\)/](https://www.treccani.it/vocabolario/echo-chamber_(Neologismi)/)
- Vocabolario Treccani, s.d. - a, *Ecoansia*. [https://www.treccani.it/vocabolario/neo-ecoansia\\_%28Neologismi%29/](https://www.treccani.it/vocabolario/neo-ecoansia_%28Neologismi%29/) [consultato il 3 aprile 2024]
- Vocabolario Treccani, s.d. - b, *Stigma*. <https://www.treccani.it/vocabolario/stigma1/>
- Vornholt, P., e De Choudhury, M., 2021, *Understanding the role of Social Media–Based Mental health support among college students: survey and semistructured interviews*. JMIR Mental Health, 8(7), e24512. <https://doi.org/10.2196/24512>
- Vuori, V., 2011, *Social media changing the competitive intelligence process: elicitation of employee's competitive knowledge*. Publication 1001. Tampere University of Technology.
- Wahl, O., 1992, *Mass media images of mental illness: A review of the literature*. Journal of Community Psychology, 20:4, 343-352, [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199210\)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199210)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2)
- White, L., e Staniford, L., 2023, *Personal Narratives of Mental Illness: From Hostage to Survivor*. Issues in Mental Health Nursing, 44(4), 270–281. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2186142>
- Wikipedia, 2024, *Bolla di filtraggio*. [https://it.wikipedia.org/wiki/Bolla\\_di\\_filtraggio](https://it.wikipedia.org/wiki/Bolla_di_filtraggio)
- Wikipedia. (s.d.). *Dichiarazione di Alma Ata*. [https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione\\_di\\_Alma\\_Ata](https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione_di_Alma_Ata) [consultato il 26 marzo 2024]
- World Health Organization & International Association for Suicide Prevention, 2023, *Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2023*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372691/9789240076846-eng.pdf?sequence=1>

- World Health Organization [WHO], 2022a, *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [consultato il 20 marzo 2024]
- World Health Organization [WHO], 2022b, *World mental health report: Transforming mental Health for All*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO], 2022c, *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [consultato il 25 marzo 2024]
- World Health Organization [WHO], s.d., *Health and Well-Being*. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being> [consultato il 3 aprile 2024]
- World Health Organization Mental Health and Substance Use [WHO MSD], 2021, *Suicide worldwide in 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- YouGov, 2020, *How much of an impact, if at all, has the coronavirus (COVID-19) outbreak had on the state of your mental health?* [da Statista]. <https://www.statista.com/statistics/1196014/impact-of-covid-19-on-mental-health-in-europe/>
- Zani, G., s.d-b, *Aspettative, credenze e pregiudizi: la profezia che si autoavvera*. In [giuliazanipsicologa.com](https://giuliazanipsicologa.com) <https://giuliazanipsicologa.com/2020/07/14/profezia-autoavvera/> [consultato il 6/5/24]
- Zani, s.d-a, *Quando il suicidio è contagioso: l'effetto Werther*. In [giuliazanipsicologa.com](https://giuliazanipsicologa.com), <https://giuliazanipsicologa.com/2023/04/04/suicidio-effetto-werther/> [consultato il 29 maggio 2024]
- Zhao, Y., e Zhang, J. (2017). *Consumer health information seeking in social media: a literature review*. *Health Information and Libraries Journal*, 34(4), 268–283. <https://doi.org/10.1111/hir.12192>

## Appendice

### Questionario “Percezioni dei giovani sull'uso di Instagram come mezzo di informazione sulla salute mentale”

#### Introduzione al questionario (sezione 1):

“La **salute mentale** è uno **stato di benessere psicologico** che consente di affrontare situazioni stressanti e realizzare il proprio potenziale (Organizzazione Mondiale della Sanità); si tratta dunque di un pilastro fondamentale per il benessere individuale e sociale che, tuttavia, a causa di fattori sociali, ambientali ed economici, non può essere dato per scontato. L'OMS stima infatti che 1 persona su 8 soffra di problematiche relative alla propria salute mentale.

L'impatto psicologico dovuto alla pandemia di Covid-19 ha ulteriormente evidenziato la necessità di dare più rilevanza a questo tema. Nel frattempo, i social media diventano sempre di più un mezzo di informazione accanto ai classici mass media. La tesi legata a questa survey cerca di comprendere il ruolo della comunicazione digitale in tema di benessere psicologico, in particolare su Instagram, uno dei social più utilizzati in Italia.

Il campione di riferimento sono i giovani di un'**età compresa tra i 18 e i 26 anni**, indicativamente. Il questionario che stai per compilare richiede circa 5-7 minuti; i dati raccolti serviranno esclusivamente a uso di ricerca, come previsto dalla legge sulla Privacy e successive modificazioni (art. 13 del Regolamento (UE), 27 aprile 2016, n. 679) che disciplina il trattamento dei dati personali in questi ambiti.

Le risposte, quindi, sono raccolte in forma anonima e serviranno a far luce sulle potenzialità e i rischi di parlare di salute mentale sui social, al fine di elaborare delle linee guida per una comunicazione utile, corretta e rispettosa.”

#### Domande

[si precisa che le domande a risposta multipla sono segnalate con il simbolo  davanti alle alternative di risposta]

#### Sezione 2: L'utilizzo dei social media

1. Mediamente, quante ore al giorno ritieni di trascorrere usando social media (escluse le app di messaggistica istantanea es. Whatsapp)?
  - Meno di un'ora
  - 1-3 ore
  - 4-6 ore
  - 7-9 ore
  - Più di 10 ore
  - Uso raramente/mai i social media

2. In particolare, per quali tra questi motivi usi Instagram?

- Per essere aggiornat\* sugli eventi
- Per comunicare e connettermi con amici
- Per svago ed intrattenimento
- Per trovare ispirazione su cose da fare e/o da comprare
- Per condividere la mia vita e le mie opinioni
- Per informarmi
- Per lavoro
- Altro...

3. Utilizzi Instagram per informarti su tematiche di tuo interesse?

- Sì, mi capita di venire a contatto con contenuti informativi (nelle sezioni "consigliati"/"esplora"/sponsorizzati/altro).
- Sì, seguo o consulto profili/hashtag/parole chiave riguardanti il tema che mi interessa.
- Entrambe le opzioni precedenti.
- No, mai.

### **Sezione 3: La salute mentale**

Sottotitolo: Le domande di questa sezione riguardano il rapporto con la tua salute mentale; tutte le risposte raccolte dal questionario sono anonime, sentiti liber\* di raccontarti. Il tuo contributo è importante per comprendere quanto questa tematica sia rilevante.

4. Hai mai passato momenti o periodi in cui hai percepito che il tuo benessere psicologico era stato messo alla prova?

- Sì
- No
- Preferisco non rispondere

5. Contrassegna eventuali supporti a cui ti sei rivolto in corrispondenza di tali periodi:

- Amici
- Familiari
- Medici/farmacisti/operatori sanitari
- Professionisti della salute mentale
- Gruppi di mutuo-aiuto
- Ho cercato supporto/informazioni/consigli online
- Altro...

6. Ti sei mai rivolto a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri o altri professionisti della salute mentale?

- Sì
- No, ma ho valutato l'idea/avrei voluto o vorrei farlo
- No
- Preferisco non rispondere

7. Hai mai sofferto di un disturbo relativo alla salute mentale?

Per "disturbo" si intende una cronicizzazione del disagio psicologico, che comporta difficoltà nel pensiero e nella regolazione delle emozioni o del comportamento. Questa domanda si riferisce anche

gli episodi che rientrano nelle categorie di disturbi che seguono, ad esempio attacchi di panico, stati di derealizzazione o episodi depressivi.

Esempi di disturbi sono i disturbi dell'umore (disturbo bipolare, forme di depressione), disturbi d'ansia (disturbi di panico, ansia generalizzata), disturbi di personalità (disturbo borderline, disturbo ossessivo-compulsivo), disturbi del comportamento alimentare, disturbi dissociativi, dipendenze da sostanze, disturbi psicotici e schizofrenia, disturbi da stress (ad esempio sindrome da burnout e stress post-traumatico).

- Sì
- No
- Non ho ricevuto una diagnosi, ma ritengo di soffrirne/averne sofferto

#### **Sezione 4/6: La salute mentale nei social media**

8. Vedi o leggi contenuti relativi alla salute mentale su Instagram?

- Sì, mi capita occasionalmente di intercettare contenuti che riguardano la salute mentale (sezioni "consigliati"/"esplora"/sponsorizzati/altro).
- Sì, seguo o consulto profili/hashtag/parole chiave relativi al tema.
- Entrambe le opzioni precedenti.
- No, mai.

#### **Sezione 5/7 (prosegue la precedente)**

9. Se ne ricordi qualche nome, quali profili dedicati alla salute mentale conosci o segui su Instagram.

10. Segna con che frequenza vedi le tipologie di contenuti elencati.

	Mai	Meno di una volta al mese	Una o più volte al mese	In media almeno una volta a settimana	Più volte a settimana	Quotidianamente
Informazioni sulla tua salute mentale						
Contenuti divulgativi condivisi da professionisti della salute mentale						
Contenuti condivisi da content creator, influencer, attivisti o altre figure note che parlano di salute mentale						
Post/video motivazionali						
Racconti e storie personali relativi a problemi di salute mentale						
Contenuti che insegnano strategie di coping o altri metodi per migliorare il benessere psicologico (meditazioni guidate,						

breathwork, tecniche di rilassamento, ...)						
Post/video di qualsiasi natura (ironica, educativa, ...) relativi alla salute mentale						

11. Ritieni che i contenuti che vedi circa la salute mentale abbiano un impatto su di te?

- Sì
- No, non hanno alcun impatto/non mi interessano

12. Se ritieni che tali contenuti abbiano un impatto positivo su di te, segna quali tra questi effetti pensi abbiano avuto:

- Mi hanno motivato a prendermi cura del mio benessere psicologico
- Mi hanno dato informazioni su qualcosa che non conoscevo/conoscevo poco
- Mi hanno fatto provare empatia o compassione verso altri
- Mi hanno fatto capire di più su me stessi\*
- Mi hanno fatto sentire compresi\*
- Mi hanno insegnato modi per sostenere o migliorare il mio benessere psicologico
- Mi hanno spinto a considerare di rivolgermi a professionisti della salute mentale
- Mi hanno aiutato ad accettarmi
- Altro...

13. Se ritieni che tali contenuti abbiano un impatto negativo su di te, segna quali tra questi effetti pensi che abbiano avuto:

- Ritengo di aver visto contenuti scorretti dal punto di vista scientifico o morale
- Ritengo di aver visto contenuti insensibili o offensivi
- Mi hanno fatto mettere in dubbio me stessi\* e/o la mia salute mentale
- Mi hanno fatto provare emozioni negative (tristezza, frustrazione, vergogna, ...)
- Mi hanno fatto sentire sopraffatti\* per via della frequenza con cui li vedo o per la mole di informazioni
- Mi hanno dato l'idea che il tema della salute mentale sia iper-rappresentato
- Mi hanno spinti\* a cercare ossessivamente nuove informazioni
- Altro...

### Sezione 8: La tua visione sui social a sostegno della salute mentale

14. I social potrebbero essere utilizzati con diversi obiettivi in merito alla salute mentale, segna quanto li ritieni adeguati alle finalità elencate.

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Supporto sociale a chi soffre di disagi o disturbi mentali				
Sensibilizzazione del vasto pubblico				
Contatto con professionisti della salute mentale				
Divulgazione ed informazione				
Aiuto nella comprensione di sé stessi				

Spinta all'auto-accettazione				
Incentivo alla ricerca di aiuto on e/o offline				
Insegnamenti relativi al coping con i disturbi mentali				
Normalizzazione dei disturbi mentali e contrasto dello stigma				

15. Quali ritieni che possano essere i rischi di comunicare la salute mentale sui social media?

16. Che tipo di contenuti ritieni siano o sarebbero utili nel sostegno della salute mentale?

### Sezione 9 (raccolta dati demografici)

Sottotitolo: Ti ringrazio per la tua partecipazione al questionario. Le ultime tre domande raccolgono alcune informazioni demografiche che serviranno a caratterizzare il campione.

17. Qual è il tuo genere?

- Maschio
- Femmina
- Non binario
- Preferisco non rispondere

18. Quanti anni hai?

- meno di 18
- 18-20
- 21-23
- 24-26
- 27-30
- più di 30

19. Qual è la tua professione?

- Sono un\* student\*
- Lavoro
- Studio e lavoro
- Sto cercando lavoro
- Sono disoccupat\*

### Interviste

#### Traccia delle interviste ai *professional mental health influencer*

1. Breve presentazione di sé e della propria attività professionale off e online.
2. Come pensa sia cambiato, negli ultimi anni, il concetto di salute mentale e la sua considerazione nella società? Quali fattori hanno contribuito a tale cambiamento?
3. Nella sua opinione, negli ultimi anni sono avvenuti cambiamenti significativi rispetto alla comunicazione sulla salute mentale? Se sì, quali?

4. Come considera la comunicazione attuale che riguarda la salute mentale a seconda dei diversi canali (mass media e social media) dove si tratta il tema?
5. Come possono gli utenti usufruire correttamente e trarre beneficio dai contenuti postati sui social sulla salute mentale? Come dovrebbero approcciarvisi?
6. Ricorda come o perché ha deciso di iniziare a divulgare la sua professione su Instagram?
7. Quali benefici e quali criticità ritiene che abbia l'attività di divulgazione online sugli utenti? E sui divulgatori (sia in termini di impatto emotivo e sociale che, eventualmente, lavorativo)?
8. Quali sono, secondo la sua esperienza e opinione professionale, principi fondamentali da tenere a mente quando si parla di salute mentale sui social?
9. Come descriverebbe il suo rapporto con i pubblici? Ad esempio, c'è dialogo, scambio, feedback? O viene mantenuta più distanza?
10. Qual è la sua opinione sulla comunicazione in tema di salute mentale prodotta dallo Stato o enti pubblici?

**Traccia dell'intervista a Dana Topliceanu (*non-professional mental health influencer*)**

1. Breve presentazione di sé e della propria attività professionale online.
2. Come pensi sia cambiato, negli ultimi anni, il concetto di salute mentale e la sua considerazione nella società?
3. Come consideri la comunicazione attuale che riguarda la salute mentale a seconda dei diversi canali (mass media e social media) dove si tratta il tema?
4. Ricordi come o perché hai deciso di iniziare a parlare di salute mentale su Instagram?
5. Consideri i contenuti sulla salute mentale parte integrante della tua presenza online? Perché?
6. Come decidi i contenuti da postare?
7. Come descrivesti il tuo rapporto con i pubblici?
8. Che effetti ha avuto su di te la decisione di parlare pubblicamente di salute mentale (sia in termini di impatto emotivo e sociale che, eventualmente, lavorativo)?
9. Quali sono stati invece gli effetti sui pubblici?
10. Secondo te, che benefici e criticità hanno la comunicazione e divulgazione online circa la salute mentale?
11. Quali sono, secondo la tua esperienza e opinione, principi da tenere a mente quando si parla di salute mentale sui social?