

Discriminazione sperimentata e anticipata nei pazienti con schizofrenia. Risultati italiani del progetto internazionale multicentrico INDIGO

Patterns of experienced and anticipated discrimination in patients with schizophrenia. Italian results from the INDIGO international multisite project

DAVIDE MAGGIOLO,¹ CHIARA BUIZZA,² MICHELA VITTORIELLI,² MARIANGELA LANFREDI,² GIUSEPPE ROSSI,² ALESSANDRO RICCI,¹ ALESSIA CICOLINI,¹ ANTONIO LASALVIA¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona, Verona
²Unità Operativa di Riabilitazione Psichiatrica, IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio", Fatebenefratelli, Brescia

SUMMARY. **Aims** – To describe patterns of experienced and anticipated discrimination in a sample of schizophrenic patients recruited in Italy in the context of the International Study of Discrimination and Stigma Outcomes (INDIGO). **Methods** – Cross-sectional survey on a sample of 50 people with clinical diagnosis of schizophrenia recruited in the Italian INDIGO sites of Verona and Brescia. The 41-item interview-based Discrimination and Stigma Scale (DISC-10), which assesses how experienced and anticipated discrimination affects the life of people with schizophrenia, was used. **Results** – The most frequently occurring areas of experienced discrimination were discrimination by family members (44%), making and keeping friends (33%), keeping (36%) and finding a job (34%), getting or keeping a driving licence (32%). Anticipated discrimination was common in applying for work, training or education (58%), looking for close relationships (50%) and doing something important (48%); 68% felt the need to conceal their diagnosis. Positive experiences were rare, and getting welfare benefits/disability pensions was the only area where participants reported being treated with advantage (34%) more commonly than with disadvantage (8%). Overall, experienced discrimination reported by Italian patients was in the intermediate position of the score range of all INDIGO sites, whereas anticipated discrimination was lower than that reported in the other countries. **Conclusions** – Interventions to reduce discrimination against people with schizophrenia may need to address both actual and anticipated discrimination. Targeted therapeutic strategies aiming to improve self-esteem of people with schizophrenia may be useful to facilitate their social participation and full inclusion in the community.

Declaration of Interest: The authors declare they have not competing interests.

KEY WORDS: stigma, discrimination, schizophrenia.

Received 09.11.2009 – Final version received 22.02.2010 – Accepted 14.03.2010

INTRODUZIONE

Le persone che soffrono di un disturbo mentale grave come la schizofrenia, sono generalmente sottoposte a una

doppia sfida: da un lato devono confrontarsi con le conseguenze dirette del loro disturbo in termini di sofferenza e disabilità, dall'altro devono subire gli effetti di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni che ne minano la possibilità di un'accettabile qualità della vita (Lasalvia & Tansella, 2008). Lo stigma legato al disturbo mentale avvia, infatti, un circolo vizioso di alienazione e discriminazione che può diventare la principale causa di isolamento sociale, inabilità lavorativa, difficoltà di accesso alle cure (Oliver *et al.*, 2005; Estroff, 1981). Purtroppo accade anche che le persone che soffrono di un disturbo

Address for correspondence: Dr. A. Lasalvia, Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona, Policlinico "G.B. Rossi", P.le Scuro 10, 37134 Verona.

E-mail: antonio.lasalvia@univr.it

mentale grave si attendano di essere discriminate e questa “discriminazione anticipata” può essere essa stessa a sua volta invalidante (Rüsch *et al.*, 2005).

Gli studi che si sono occupati dello stigma legato alla malattia mentale, siano essi realizzati in Africa (Shibre *et al.*, 2001; Hugo *et al.*, 2003), in Asia (Dietrich *et al.*, 2004; Phillips *et al.*, 2002), nelle Americhe (Corrigan *et al.*, 2003; Link *et al.*, 2004; de Toledo *et al.*, 2004), nei Paesi islamici del Nord Africa e del vicino Oriente (Kadri *et al.*, 2004; Al-Krenawi *et al.*, 2004), in Europa (Sartorius & Schulze, 2005; Gaebel *et al.*, 2002; Stuart & Arboleda-Florez, 2001), hanno fornito risultati generalmente univoci e coerenti tra loro. In primo luogo, non vi è alcun Paese, società o cultura in cui le persone con disturbo mentale siano considerate avere lo stesso valore di coloro che non soffrono di tali disturbi. Inoltre, esistono chiari legami tra l’atteggiamento che la popolazione ha verso i disturbi psichici e la predisposizione a cercare aiuto o a parlare dei propri problemi da parte delle persone che ne sono affette (Littlewood, 1998). Vissuti di vergogna e colpa sono comuni ovunque, ma variano nelle loro manifestazioni. Infine, le conseguenze comportamentali della stigmatizzazione (rifiuto ed evitamento) sembrano essere fenomeni universali.

Questa letteratura, tuttavia, risulta assai poco informativa su due questioni fondamentali: a) come tali processi incidano concretamente sulla vita quotidiana delle persone con malattie mentali e, soprattutto, b) come le persone affette da tali disturbi percepiscano la propria condizione in relazione alla possibilità di poter fruire dei beni e servizi messi a disposizione dalla collettività.

La maggior parte delle ricerche sullo stigma, infatti, si è occupata delle opinioni e degli atteggiamenti dalla popolazione generale (o di particolari gruppi sociali) verso le persone affette da disturbi psichici, chiedendo agli intervistati come si sarebbero comportati in determinate situazioni della vita di tutti i giorni, in rapporto ad un paziente con patologia psichiatrica, o interrogando gli intervistati su ciò che pensano che “la maggior parte delle persone” avrebbe fatto in situazioni analoghe. La maggioranza di tali studi si è concentrata su situazioni ipotetiche piuttosto che reali (Sayce, 1998), non contestualizzate alla vita quotidiana (Corrigan *et al.*, 2004) e non sperimentate dall’intervistato in via indiretta (Corrigan, 2004); tali studi non hanno fornito chiare indicazioni su come intervenire per ridurre il rifiuto sociale (Rose, 2001; Hinshaw & Cicchetti, 2000); ma, soprattutto, questi studi si sono focalizzati su cosa le persone “normali” dicono o pensano dei disturbi mentali in generale, piuttosto che indagare le espe-

rienze vissute in prima persona da chi ha sofferto o soffre di un disturbo mentale.

Scopo del presente lavoro è quello di valutare il grado di discriminazione sperimentata ed anticipata in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia in carico a 2 servizi di salute mentale italiani, attraverso l’utilizzo di una metodologia che mette in primo piano le percezioni soggettive dei pazienti stessi.

METODI

Disegno e contesto dello studio

Lo studio, condotto con un disegno di tipo trasversale, è stato realizzato nel contesto del progetto multicentrico internazionale INDIGO (INternational study of DIscrimination and StiGma Outcomes) (Thornicroft *et al.*, 2009), che ha valutato la percezione dell’impatto che la diagnosi di schizofrenia ha sul livello di partecipazione sociale e di integrazione nella comunità, in un campione di pazienti schizofrenici. Il progetto INDIGO, a sua volta, è stato condotto all’interno della cornice generale del WPA *Global Programme to Fight Stigma and Discrimination because of Schizophrenia – Open the Doors* (Sartorius & Schultze, 2005). Al progetto INDIGO hanno preso parte 28 centri, ubicati in Paesi europei (Austria, Belgio, Bulgaria, Canada, Cipro, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Gran Bretagna, Italia, Lituania, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svizzera) ed extraeuropei (Brasile, India, Malesia, Tagikistan, Turchia e USA). Ad ogni centro collaboratore è stato richiesto di reclutare un numero minimo di 25 pazienti. La numerosità complessiva in tutti i centri è stata di 732 pazienti. In rappresentanza dell’Italia hanno partecipato 2 centri, il Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona e l’IRCSS Centro Fatebenefratelli S. Giovanni di Dio di Brescia.

Lo strumento di valutazione

La raccolta dati si è avvalsa dell’utilizzo della versione italiana della *Discrimination and Stigma Scale* (DISC-10), un’intervista semi-strutturata progettata *ad hoc* per l’INDIGO che indaga l’impatto soggettivo che la diagnosi di schizofrenia ha, o ha avuto, sulla vita delle persone che ne sono portatrici (copia dello strumento è disponibile su richiesta all’Autore citato in corrispon-

denza). Il protocollo dello studio non prevedeva l'effettuazione di una procedura di validazione formale; è stata effettuata una discussione preliminare sullo strumento tra i ricercatori dei centri collaboratori ed il centro di coordinamento, cui è seguita la traduzione in lingua italiana ed una *back-translation* approvata dagli ideatori dello studio.

La DISC-10 si compone di 41 item. Nella prima parte vengono raccolte informazioni di tipo socio-demografico (età, sesso, anni di scolarità, condizione lavorativa), relative alla patologia e alle modalità di assistenza (anni trascorsi dal primo contatto con il Servizio, precedenti ricoveri in TSO, modalità attuale di assistenza psichiatrica – ospedaliera, ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale – conoscenza della propria diagnosi psichiatrica e grado di accordo con tale diagnosi). Gli item 1-32 esplorano la *discriminazione sperimentata*, indagano cioè come il paziente ritiene di essere stato trattato dalle altre persone in varie situazioni e contesti di vita quotidiana. Gli item sono raggruppati in diverse sottosezioni: “Relazioni interpersonali” (item 1-3); “Situazione abitativa” (item 4-5); “Istruzione” (item 6); “Vita familiare” (item 7-9); “Lavoro” (item 10-11); “Trasporti e viaggi” (item 12-14); “Aspetti finanziari” (item 15-19); “Vita comunitaria” (item 20-22); “Servizi sociali e sanitari” (item 23-25); “Privacy e sicurezza personale” (item 26-27); “Figli” (item 28-30); “Altre problematiche” (item 31-32). Per ogni item il paziente è invitato a rispondere portando esempi, il più possibile dettagliati, di esperienze di stigmatizzazione e discriminazione. Al termine della risposta, al soggetto intervistato viene chiesto di dare una valutazione quantitativa su una scala Likert a sette punti: la scala contiene tre punteggi negativi (da -1 a -3), che indicano rispettivamente un trattamento lievemente, moderatamente o fortemente svantaggioso e tre punteggi positivi (da +1 a +3), che indicano rispettivamente un trattamento lievemente, moderatamente e fortemente vantaggioso; il punteggio 0 si riferisce ad un trattamento non diverso da quello riservato alle altre persone nella medesima situazione. Gli item della seconda parte dello strumento indagano la *discriminazione anticipata*, esplorano, cioè, in che misura il paziente, nel timore di essere discriminato, abbia evitato determinate situazioni di vita o contesti sociali. Gli item sono divisi in 3 sottosezioni: “Reazione del soggetto al fatto di avere una malattia mentale” (item 33-34); “Reazioni degli altri” (item 35-39); “Caratteristiche individuali” (item 40-41). Come nella precedente sezione, per ogni item il paziente viene invitato a rispondere portando esempi concreti in cui determinate situazioni possono essersi verificate e a for-

nire una valutazione quantitativa attraverso una scala Likert a tre punti (0 = per nulla, 1 = un po', 2 = molto). Per gli item in cui l'intervistato non ha avuto modo di sperimentare direttamente la situazione descritta o che non risultano pertinenti al contesto geografico in cui si effettua la valutazione, esiste la possibilità di segnare l'opzione “Non applicabile” (i motivi della non applicabilità vanno poi descritti).

Soggetti

I pazienti sono stati reclutati nel periodo compreso tra ottobre e dicembre 2005. Il protocollo generale del progetto INDIGO richiedeva il reclutamento di almeno 25 pazienti per centro.

La selezione dei pazienti, come indicato dal protocollo dello studio, è stata effettuata cercando di reclutare un campione che fosse “ragionevolmente rappresentativo” degli utenti affetti da schizofrenia in carico ai servizi partecipanti. I pazienti reclutati dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione:

- a) avere una diagnosi clinica di schizofrenia;
- b) essere in grado di fornire un consenso informato scritto;
- c) avere l'approvazione a partecipare allo studio da parte del proprio terapeuta di riferimento. L'unico criterio di esclusione era rappresentato dall'incapacità da parte del paziente di comunicare nella lingua madre locale (nel nostro caso l'italiano).

Setting

A Verona la raccolta dati è stata effettuata presso il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud (comprensivo di SPDC, Centro di Salute Mentale, Centro Diurno e Comunità Terapeutiche). A Brescia il reclutamento è stato realizzato presso l'IRCSS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, in particolare nelle comunità residenziali di riabilitazione psichiatrica afferenti al Residence “Pampuri” e nel Centro Diurno “L'Incontro”.

Analisi statistica

Considerata la natura qualitativa delle variabili oggetto di analisi, l'elaborazione statistica dei dati è stata condotta essenzialmente attraverso analisi di tipo descrittivo (distribuzioni di frequenza) ed analisi non parametri-

che (test del *Chi-quadrato*). Tutte le analisi sono state elaborate mediante l'utilizzo del software statistico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versione 10.1.

RISULTATI

La Tabella I mostra le caratteristiche dei 50 pazienti intervistati nei due centri INDIGO italiani.

Tabella I – Caratteristiche socio-demografiche del campione italiano INDIGO (n=50), differenziato nei sottogruppi reclutati a Verona e Brescia.

		VERONA (n=25)	BRESCIA (n=25)
Età (media, d.s.)		41,60 (14,71)	43,04 (11,22)
Sesso	Maschio	84% (n=21)	60% (n=15)
	Femmina	16% (n=4)	40% (n=10)
Stato civile	Nubile/celibe	95% (n=23)	71% (n=15)
	Divorziato	5% (n=1)	24% (n=5)
	Coniugato	–	5% (n=1)
Anni di istruzione (media, d.s.)		9,88 (3,63)	9,96 (2,51)
Status abitativo	Vive con familiari	86% (n=19)	16% (n=4)
	Vive da solo	14% (n=3)	–
	Vive in struttura sanitaria - o socio/sanitaria	–	84% (n=21)
	Senza fissa dimora	–	–
Status lavorativo	Occupato	40% (n=10)	24% (n=6)
	Disoccupato	60% (n=15)	76% (n=19)
Anni dal primo contatto con un servizio di salute mentale (media, d.s.)		9,48 (7,33)	13,83 (9,63)
Tipo di assistenza psichiatrica ricevuta al momento della valutazione	Residenziale	–	84% (n=21)
	Semiresidenziale	–	16% (n=4)
	Ambulatoriale	100% (n=25)	–
Ricoveri life-time in TSO	Sì	40% (n=10)	48% (n=12)
	No	60% (n=15)	52% (n=13)
Conoscenza della diagnosi	Sì	64% (n=16)	76% (n=19)
	No	36% (n=9)	24% (n=6)
Accordo con la diagnosi	Sì	60% (n=15)	50% (n=10)
	No	4% (n=1)	15% (n=3)
	Non sicuro della diagnosi	–	10% (n=2)
	Non sa	36% (n=9)	25% (n=5)

I campioni di Verona e Brescia appaiono piuttosto differenti tra loro e ciò rappresenta un riflesso del diverso *setting* in cui i pazienti sono stati reclutati. Nel complesso, il campione risulta in larga misura formato da pazienti di sesso maschile (n=32, 72%), di età giovane-adulta (media 42.32 anni, s.d. 12.97), nella maggior parte dei casi non impegnati in attività lavorative di tipo produttivo. Da un punto di vista clinico, i pazienti presentano una lunga durata di rapporto con i servizi psichiatrici (11.61 anni, s.d. 8.73) e tutti, al momento della valutazione, erano in trattamento in *setting* extraospedalieri. La maggioranza dei pazienti (n=35, 70%) risulta essere a conoscenza del fatto che sia stata attribuita loro la diagnosi di schizofrenia, e il 71% (n=25) di questi si dichiara sostanzialmente d'accordo con la diagnosi formulata dai curanti.

La Tabella II riassume i dati relativi agli item della prima parte della DISC-10 che valuta la discriminazio-

ne sperimentata. Al fine di contestualizzare i dati all'interno del quadro generale del progetto INDIGO, i dati riferiti al campione italiano sono stati confrontati con quelli del campione complessivo. A tal riguardo, è necessario sottolineare che il notevole sbilanciamento esistente tra le due numerosità campionarie non ha consentito di effettuare test statistici mirati ad evidenziare la presenza di differenze significative tra i due gruppi; pertanto, il confronto ha esclusivamente una finalità indicativa.

Le aree in cui più frequentemente i pazienti italiani hanno dichiarato di avere sperimentato una condizione di discriminazione (trattamento differente in senso negativo – svantaggio) riguardano le relazioni familiari (n=22; 44%), lo stabilire e mantenere rapporti di amicizia (n=19; 38%), il mantenere (n=18; 36%) e trovare (n=17; 34%) un lavoro, il rinnovo della patente di guida (n=16; 32%), il rispetto della privacy (n=10; 20%) e della sicurezza

Tabella II – *Discriminazione sperimentata. Distribuzione di frequenza delle risposte fornite da campione italiano e dal campione generale dei Centri INDIGO nei vari item della DISC-10 (punteggi aggregati) (Domanda base: “In quale delle seguenti situazioni è stato trattato dagli altri in modo diverso a causa della sua diagnosi di schizofrenia ...?”).*

Item	Opzioni risposta	Italia (n=50)		Centri INDIGO (n=682)	
		N	%	N	%
q1: nel costruire o mantenere relazioni di amicizia	Vantaggio	5	10	45	7
	Svantaggio	19	38.0	325	48
	No differenze	26	52.0	290	42
	Non applicabile	–	–	19	3
q2: vicini di casa	Vantaggio	1	2.0	51	7
	Svantaggio	13	26.0	198	29
	No differenze	35	70.0	387	57
	Non applicabile	1	2.0	41	6
q3: nelle sue relazioni intime/sexuali	Vantaggio	–	–	34	5
	Svantaggio	15	30.0	181	27
	No differenze	12	24.4	328	48
	Non applicabile	23	46.0	131	19
q4: rispetto alla sua situazione abitativa	Vantaggio	1	2.0	82	12
	Svantaggio	3	6.0	97	14
	No differenze	8	16.0	323	47
	Non applicabile	38	76	177	26
q5: nel trovarsi senza fissa dimora	Vantaggio	1	2.0	15	2
	Svantaggio	1	2.0	57	8
	No differenze	5	10.0	76	11
	Non applicabile	43	86.0	531	78
q6: nel suo percorso scolastico	Vantaggio	1	2.0	62	9
	Svantaggio	7	14.0	129	19
	No differenze	12	24.0	217	32
	Non applicabile	30	60.0	268	40
q7: ad un appuntamento galante	Vantaggio	1	2.0	37	5
	Svantaggio	9	18.0	158	23
	No differenze	16	32.0	282	41
	Non applicabile	24	48.0	199	29
q8: per quanto riguarda il suo matrimonio o divorzio	Vantaggio	–	–	19	3
	Svantaggio	4	8.0	97	14
	No differenze	6	12.0	115	17
	Non applicabile	40	80.0	444	65
q9: dai suoi familiari	Vantaggio	11	22.0	163	24
	Svantaggio	22	44.0	293	43
	No differenze	17	34.0	215	32
	Non applicabile	–	–	7	1
q10: quando ha dovuto cercare un lavoro	Vantaggio	2	4.0	45	7
	Svantaggio	17	34.0	192	28
	No differenze	21	42.0	228	33
	Non applicabile	10	20.0	209	31
q11: nel mantenere il lavoro	Vantaggio	4	8.0	43	6
	Svantaggio	18	36.0	197	29
	No differenze	19	38.0	234	34
	Non applicabile	9	18.0	206	30
q12: quando usa i mezzi pubblici	Vantaggio	–	–	45	7
	Svantaggio	4	8.0	67	10
	No differenze	38	76.0	499	73
	Non applicabile	8	16.0	70	10
q13: nel prendere la patente di guida o al momento di rinnovarla	Vantaggio	1	2.0	3	0
	Svantaggio	16	32.0	52	8
	No differenze	16	32.0	243	36
	Non applicabile	17	34.0	383	56
q14: quando ha dovuto ottenere visti per viaggiare in altri Stati	Vantaggio	–	–	7	1
	Svantaggio	1	2.0	10	2
	No differenze	9	18.0	180	26
	Non applicabile	40	80.0	483	71

(segue)

Tabella II – *Segue*

Item	Opzioni risposta	Italia (n=50)		Centri	INDIGO (n=682)
		N	%	N	%
q15: nell'ottenere benefici assistenziali/pensioni d'invalidità	Vantaggio	17	34.0	112	16
	Svantaggio	4	8.0	68	10
	No differenze	22	44.0	334	49
	Non applicabile	7	14.0	166	24
q16: al momento di aprire un conto corrente bancario	Vantaggio	4	8.0	19	3
	Svantaggio	1	2.0	25	4
	No differenze	28	56.0	428	63
	Non applicabile	17	34.0	208	30
q17: iscriversi alle liste elettorali o votare alle elezioni	Vantaggio	–	–	9	1
	Svantaggio	2	4.0	18	3
	No differenze	37	74.0	549	80
	Non applicabile	11	22.0	103	15
q18: nello stipulare una qualsiasi polizza di assicurazione	Vantaggio	–	–	4	1
	Svantaggio	0	0	34	5
	No differenze	21	42.0	280	41
	Non applicabile	29	58.0	359	53
q19: quando ha chiesto o ottenuto un prestito	Vantaggio	4	8.0	17	2
	Svantaggio	2	4.0	55	8
	No differenze	8	16.0	216	32
	Non applicabile	36	72.0	393	58
q20: in contesti religiosi	Vantaggio	1	2.0	55	8
	Svantaggio	12	24.0	62	9
	No differenze	32	64.0	378	55
	Non applicabile	5	10.0	186	27
q21: nelle sue occasioni di vita associativa	Vantaggio	1	2.0	27	4
	Svantaggio	5	10.0	101	15
	No differenze	34	68.0	447	66
	Non applicabile	10	20.0	104	15
q22: dalle forze dell'ordine	Vantaggio	2	4.0	64	9
	Svantaggio	11	22.0	111	16
	No differenze	24	48.0	329	48
	Non applicabile	13	26.0	176	26
q23: nel cercare di assicurarsi prestazioni mediche a pagamento	Vantaggio	7	14.0	78	11
	Svantaggio	1	2.0	44	6
	No differenze	30	60.0	334	49
	Non applicabile	12	24.0	222	33
q24: quando ha cercato cure mediche per problemi fisici	Vantaggio	1	2.0	56	8
	Svantaggio	8	16.0	103	15
	No differenze	36	72.0	470	69
	Non applicabile	5	10.0	49	7
q25: altri in caso di problemi odontoiatrici	Vantaggio	2	4.0	65	10
	Svantaggio	3	6.0	43	6
	No differenze	40	80.0	498	73
	Non applicabile	5	10.0	73	11
q26: nel rispetto della sua privacy	Vantaggio	–	–	22	3
	Svantaggio	10	20.0	162	24
	No differenze	39	78.0	463	68
	Non applicabile	1	2.0	29	4
q27: per quanto riguarda la sua sicurezza personale	Vantaggio	–	–	10	1
	Svantaggio	23	26.0	178	26
	No differenze	32	64.0	412	60
	Non applicabile	5	10.0	73	11
q28: quando ha espresso l'intenzione di formare una famiglia o avere dei figli	Vantaggio	1	2.0	17	2
	Svantaggio	9	18.0	137	20
	No differenze	10	20.0	189	28
	Non applicabile	30	60.0	322	47

(segue)

Tabella II – *Segue*

Item	Opzioni risposta	Italia (n=50)		Centri	INDIGO (n=682)
		N	%	N	%
q29: durante la gravidanza o il parto	Vantaggio	–	–	3	0
	Svantaggio	1	2.0	15	2
	No differenze	3	6.0	26	5
	Non applicabile	46	92.0	601	88
q30: nel considerare la sua capacità di prendersi cura dei suoi figli in modo adeguato	Vantaggio	–	–	5	1
	Svantaggio	8	16.0	83	12
	No differenze	1	2.0	106	16
	Non applicabile	41	82.0	473	69
q31: trattato in modo diverso dagli altri in qualche altra importante circostanza	Vantaggio	1	2.0	49	7
	Svantaggio	9	18.0	200	29
	No differenze	22	44.0	246	36
	Non applicabile	18	36.0	159	23
q32: vantaggi o svantaggi nell'aver una diagnosi di schizofrenia	Vantaggio	16	32.0	172	25
	Svantaggio	12	24	345	51
	No differenze	8	16.0	112	16
	Non applicabile	14	28.0	35	5

personale (n=10; 20%). Sono invece pochi gli ambiti in cui a più del 10% degli intervistati è risultato vantaggioso avere una diagnosi di schizofrenia: queste aree comprendono l'ottenimento di benefici assistenziali e previdenziali (n=17; 34%), l'ambito del rapporto con i familiari (n=10; 22%), le cure mediche (n=7; 14%). Confrontando i dati italiani con quelli del campione generale INDIGO emergono alcune differenze degne di nota. I pazienti italiani sembrano avere sperimentato più frequentemente episodi di discriminazione rispetto al campione complessivo INDIGO nel momento di prendere o rinnovare la patente di guida (item 13) (32% vs. 8%) e nei contesti religiosi (item 20) (24% vs. 9%). In generale, però, avere una diagnosi di schizofrenia (item 32) sem-

brerebbe essere molto meno problematico in Italia rispetto ad altri Paesi in cui è stato realizzato l'INDIGO, dal momento che la quota di coloro che hanno dichiarato di avere tratto svantaggio dall'aver tale diagnosi è del 24% in Italia, a fronte del 51% del campione complessivo.

La Tabella III riassume i dati relativi agli item della seconda parte della DISC-10, quella cioè che valuta la discriminazione anticipata.

Si osserva che, per il timore di sentirsi discriminato, una percentuale pari al 58% (n=29) degli intervistati ha evitato di proporsi nel mondo del lavoro, il 50% (n=25) ha evitato di ricercare attivamente rapporti di amicizia, il 48% (n=24) ha evitato di intraprendere qualche iniziativa ritenuta importante; inoltre, il 68% (n=34) del campione

Tabella III – *Discriminazione anticipata. Distribuzione di frequenza delle risposte fornite dal campione italiano e dal campione generale dei Centri INDIGO nei vari item della DISC-10 (Domanda base: "Quanto ha rinunciato a ... a causa della sua diagnosi di schizofrenia?").*

Item	Opzioni risposta	Italia (n=50)		Centri	INDIGO (n=682)
		N	%	N	%
q33: nel cercare una nuova occupazione o a riprendere a lavorare o a studiare	Per niente	18	36.0	206	30
	Poco	12	24.0	152	22
	Molto	17	34.0	288	42
	Non applicabile	3	6.0	27	4
q34: nel cercare o mantenere una relazione interpersonale stretta	Per niente	23	46.0	268	39
	Poco	13	26.0	152	22
	Molto	12	24.0	225	33
	Non applicabile	1	2.0	31	5
q35: nel fare qualche altra cosa che riteneva importante	Per niente	22	44	219	32
	Poco	12	24.0	170	25
	Molto	12	24.0	226	33
	Non applicabile	4	8.0	57	8
q36: necessità di nascondere la diagnosi	Per niente	16	32	179	26
	Poco	13	26.0	222	33
	Molto	21	42.0	270	40
	Non applicabile	0	0	6	1

ha sentito la necessità di nascondere agli altri il fatto di avere una diagnosi di schizofrenia. È interessante notare che queste percentuali si ritrovano più o meno invariate anche nel campione generale INDIGO.

In una successiva analisi è stata esplorata la relazione tra la discriminazione anticipata e quella sperimentata, secondo 4 possibili combinazioni. In tale analisi sono stati considerati 2 domini: lavoro e relazioni interpersonali. Combinando i punteggi relativi alla discriminazione sperimentata nell'item 10 (trovare un lavoro) con quelli relativi alla discriminazione anticipata dell'item 33 (*Quanto ha rinunciato a cercare una nuova occupazione o a riprendere a lavorare o a studiare?*), il 15% (n=6) ha sperimentato ma non ha anticipato la discriminazione, il 27% (n=11) ha sperimentato ed anticipato la discriminazione e il 35% (n=14) ha anticipato la discriminazione senza averla mai sperimentata. Riguardo al mantenere un lavoro, il 12% (n=5) ha sperimentato ma non ha anticipato la discriminazione, il 32% (n=13) ha sperimentato ed anticipato la discriminazione ed un altro 32% (n=13) ha anticipato la discriminazione senza averla mai sperimentata. Riguardo alle relazioni interpersonali (combinando i punteggi degli item 3 – relazioni intime/sessuali e 8 – matrimonio/divorzio con quelli dell'item 34 – *Quanto ha rinunciato a cercare o mantenere una relazione interpersonale stretta?*) il 30% (n=8) ha sperimentato senza avere anticipato la discriminazione, il 26% (n=7) ha sperimentato ed anticipato la discriminazione e solo il 15% (n=4) ha anticipato la discriminazione senza averla mai sperimentata.

DISCUSSIONE

Il presente studio rappresenta la prima indagine realizzata in Italia in cui è stata esplorata la percezione soggettiva dei pazienti schizofrenici in relazione alle esperienze di discriminazione sperimentata e anticipata. In letteratura, infatti, prevalgono gli studi sulle convinzioni e sugli atteggiamenti verso la patologia psichiatrica da parte della popolazione generale (Link *et al.*, 1999; Jorm, 2000; Angermeyer *et al.*, 2003; Dietrich *et al.*, 2004; Magliano *et al.*, 2004; Angermeyer & Matschinger, 2005a, b; Bag *et al.*, 2006), ma non delle persone che in prima persona soffrono di tali disturbi. La rilevazione delle esperienze soggettive di discriminazione effettuata direttamente sui pazienti schizofrenici non costituisce solo un cambiamento metodologico, ma introduce un significativo cambiamento nell'atteggiamento con cui anche gli operatori della salute mentale dovrebbero approcciarsi al problema dello stigma. Il paziente diviene il fulcro delle indagini, il centro dell'attenzione dei ricer-

catori: tale cambiamento di prospettiva è un primo ed importante esempio di lotta contro lo stigma, la discriminazione e l'emarginazione dei pazienti affetti da schizofrenia.

Ci sembra, d'altro canto, necessario sottolineare alcuni limiti metodologici del presente studio. Si tratta, in realtà, di problematiche legate al disegno complessivo del progetto INDIGO, per altro chiaramente riconosciute dagli Autori nel già citato lavoro di confronto dei dati internazionali (Thornicroft *et al.*, 2009). Il primo, e principale, limite è rappresentato dalla scarsa numerosità dei campioni reclutati nei vari centri e dal fatto che i soggetti valutati non sono necessariamente rappresentativi dei pazienti schizofrenici in carico ai servizi partecipanti (trattandosi per lo più di *convenience samples*). Va, inoltre, evidenziata la limitata selettività dei criteri di inclusione, con il risultato che i soggetti che hanno aderito al progetto sono, in genere, quelli con un migliore rapporto con i servizi (e, di conseguenza, più disponibili ad accogliere la proposta di partecipazione) e quelli cognitivamente più conservati (e, quindi, maggiormente in grado di affrontare e condurre a termine l'intervista). Infine, la mancanza di una valutazione psicopatologica non ha consentito di controllare in che misura la percezione del soggetto riguardo ad atteggiamenti discriminatori riferiti possa essere stata influenzata o meno da aspetti ideativi a carattere persecutorio o da interpretazioni dei fatti di natura delirante. Tutte le limitazioni summenzionate riguardano evidentemente anche il campione italiano di cui si da conto nel presente lavoro.

La discriminazione sperimentata

Le aree in cui i pazienti sperimentano episodi di discriminazione e svantaggio sociale sono soprattutto quelle delle relazioni interpersonali, della vita familiare e dell'ambito lavorativo. Appare significativo come tali aree costituiscano la quasi totalità degli aspetti di funzionamento di una persona: lavoro, famiglia, amici. Se escludiamo dalla nostra vita questi tre contesti cosa ci resta? Il paziente affetto da schizofrenia vive l'emarginazione nella vita di tutti i giorni, a partire da quegli ambienti che dovrebbero invece essere sostegno e nutrimento per la propria autostima. D'altronde i familiari vivono quotidianamente la patologia psichiatrica del proprio congiunto e ben conoscono il carico e le difficoltà che l'assistenza informale ad un paziente psichiatrico comporta; tale carico spesso è aggravato dal fatto che i familiari stessi sono oggetto di stigmatizzazione e discriminazione da parte dell'ambiente sociale in cui vivono e non sorprende che

atteggiamenti improntati a sfiducia, rabbia e ostilità vengano riversati dai familiari proprio sugli stessi pazienti, come numerosi studi sull'emoattività espressa hanno da tempo dimostrato (Wearden *et al.*, 2000). Solo in una quota minoritaria degli intervistati il trattamento differente ricevuto in famiglia è percepito come fonte di maggiore accudimento e comprensione, costituendo quindi un aspetto vantaggioso.

Il mondo del lavoro rimane, senza dubbio, un'altra area problematica per i pazienti con schizofrenia. Tali pazienti manifestano sovente difficoltà a reggere le richieste di produttività imposte dal mercato del lavoro, richieste che condizionano sia la possibilità dei pazienti di essere assunti in aziende che operano in un contesto competitivo, sia di mantenere a lungo termine un posto di lavoro ottenuto in un periodo di benessere clinico. Le agenzie preposte all'inserimento lavorativo delle persone affette da disturbi psichiatrici dovrebbero tenere conto di questo aspetto e promuovere, d'intesa con i servizi di salute mentale, interventi che permettano di ridurre lo stigma e la discriminazione nei luoghi di lavoro (Thornicroft *et al.*, 2008).

Vi sono alcune aree della vita dei pazienti nelle quali il nostro campione differisce da quello generale INDIGO. Tali differenze riflettono evidentemente sia specificità del contesto socioculturale, che specificità legislative proprie del Paese in cui vivono i soggetti valutati. Un esempio significativo, a tal proposito, riguarda le problematiche relative al conseguimento o al rinnovo della patente di guida. Poco meno di un terzo dei pazienti ritiene di essere discriminato per quanto riguarda le pratiche inerenti al rilascio o al rinnovo della patente, ma la percentuale sale circa alla metà degli intervistati, se si considerano soltanto i pazienti che già possiedono la patente di guida: si tratta, dunque, dell'esperienza che, nel campione italiano, è sentita come maggiormente svantaggiosa. Tale differenza è con ogni probabilità legata alle normative italiane che regolamentano le modalità di rinnovo della patente per i soggetti che assumono psicofarmaci, che impongono rinnovi più frequenti rispetto ad altre persone.

Un'altra differenza rilevante tra il campione italiano e quello generale dei pazienti INDIGO riguarda la percezione di svantaggio legata all'aver una diagnosi di schizofrenia: infatti, quasi metà dei pazienti del campione generale considera altamente svantaggioso il fatto di avere una "etichetta" diagnostica. Questo non emerge nel campione italiano dove il disagio è riferito solo da un quarto degli intervistati. La differenza si apprezza ancora meglio se si considera che lo svantaggio legato ad avere una diagnosi di schizofrenia si colloca, nella graduatoria delle aree ritenute maggiormente problematiche, al deci-

mo posto per i nostri pazienti ma al primo posto per i pazienti del campione generale.

La discriminazione anticipata

Lo scarto rilevato tra i punteggi di discriminazione sperimentata e quella anticipata (con un livello più elevato a carico di quest'ultima) indica come siano spesso gli stessi pazienti ad evitare alcune situazioni sociali – in modo più evidente nell'ambito lavorativo – nel timore di essere discriminati: si avvia in tal modo per i pazienti una spirale di auto-limitazione del proprio funzionamento sociale con conseguente perdita dell'autostima e tendenza all'isolamento. Anticipando la discriminazione, i pazienti contribuiscono a perpetuare gli stereotipi sulle persone affette da disturbo mentale e si rendono di fatto artefici della propria deriva sociale. Questo fenomeno è ben noto e documentato in letteratura ed è definito autostigmatizzazione. Lo scivolamento delle persone con schizofrenia verso i gradini più bassi della gerarchia sociale sarebbe, infatti, conseguenza sia del processo di etichettamento e stereotipizzazione che ricevono dagli altri, sia di un processo di autoesclusione e autoemarginazione. I gruppi oggetto di stigmatizzazione arrivano spesso ad accettare l'opinione negativa dominante nei loro confronti, evitando di mettere in discussione tutte le possibili forme di discriminazione strutturale che ostacolano l'accesso alle opportunità sociali cui essi comunque ambiscono (Link & Phelan, 2001; Corrigan *et al.*, 2009). Fattori cruciali del processo di autostigmatizzazione sembrano essere rappresentati da un elevato livello di discriminazione percepita e dal grado con cui tale discriminazione viene condivisa e considerata legittima: se le persone con disturbo mentale percepiscono come legittima la discriminazione nei loro confronti, andranno facilmente incontro ad una perdita dell'autostima (Rüsch *et al.*, 2006). Un altro elemento potenzialmente importante nel processo di auto stigmatizzazione (il cui reale ruolo è ancora in discussione) sembra essere il grado di identificazione del paziente con il gruppo di persone che soffrono di disturbo mentale: se l'identificazione è bassa, è meno probabile che vi sia auto stigmatizzazione, poiché il soggetto non ritiene che gli stereotipi a carico di quel gruppo lo riguardino; se, invece, tale grado di identificazione è elevato potrebbe favorire l'auto stigmatizzazione. D'altro canto, non è detto che un elevato livello di identificazione sia sempre da considerare in termini negativi, in quanto, in alcuni soggetti, potrebbe rafforzare una reazione di empowerment (Rüsch *et al.*, 2006; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan *et al.*, 2009).

Implicazioni cliniche e sviluppi futuri

Le considerazioni finora svolte si basano su un'analisi parziale e non rappresentativa delle condizioni dei pazienti schizofrenici del nostro Paese, nella consapevolezza che la scarsa numerosità del campione valutato e gli ampi criteri di selezione utilizzati conferiscono all'analisi un significato esplorativo e non generalizzabile. Appare quindi auspicabile che, nell'ambito delle ricerche italiane sullo stigma e sulla discriminazione, si possa ampliare l'indagine a campioni più ampi di pazienti con diagnosi di schizofrenia, e che vengano promossi studi dotati di disegni sperimentali metodologicamente rigorosi, che permettano non soltanto di descrivere con maggiore accuratezza la situazione dei pazienti, ma anche di fornire informazioni su eventuali correlazioni tra variabili socio-demografiche, aspetti clinici, tipologia di servizi e modalità assistenziali. D'altro canto, nel presentare i risultati dei due centri INDIGO italiani non avevamo l'ambizione di effettuare una descrizione esaustiva e rappresentativa della discriminazione percepita dai pazienti schizofrenici nel nostro Paese (e probabilmente neppure rappresentativa dei due servizi partecipanti), ma di illustrare una metodologia di lavoro volta all'esplorazione della discriminazione che colpisce le persone con schizofrenia innovativa e ricca di potenzialità future. Da quanto detto, risulta evidente la necessità di realizzare indagini che adottino un approccio alla valutazione della discriminazione come quella proposta dall'INDIGO: tali ricerche, mettendo in luce le aree in cui le persone con schizofrenia sperimentano le maggiori difficoltà di integrazione, permettono una migliore programmazione di interventi mirati a ridurre lo stigma e la discriminazione.

I servizi psichiatrici, nell'ambito della loro attività di prevenzione e di educazione alla salute, hanno il compito di promuovere una maggiore conoscenza della patologia psichiatrica e favorire una riduzione dello stigma (Toniolo *et al.*, 2009; Lasalvia *et al.*, 2010). Per raggiungere tali obiettivi è importante che l'impegno nella lotta allo stigma si traduca anche in cambiamenti sia sul piano organizzativo (ad esempio, organizzazione aperta e, per l'appunto, non stigmatizzante), che nello stile del lavoro (ad esempio, precoce coinvolgimento delle famiglie, attenzione a tutti gli aspetti della presa in carico, sia medici che psicosociali, ecc.). Inoltre, ponendo in essere programmi volti ad evitare i rischi di un'eccessiva istituzionalizzazione (sempre presenti soprattutto con il paziente grave), si potrebbe modificare la percezione che la popolazione generale ha della malattia psichiatrica, limitando la portata di alcuni stereotipi, riducendo certi

pregiudizi e, di conseguenza, la possibilità di atteggiamenti discriminatori.

L'entità del fenomeno della discriminazione anticipata e il ruolo che essa ha nel limitare la quotidianità del paziente deve indurre gli operatori della salute mentale a promuovere, nell'ambito dell'attività clinica, quegli interventi che, favorendo l'*empowerment* del paziente, gli consentano di ridurre l'impatto che l'auto stigmatizzazione ha sul funzionamento globale. Esempi emblematici al riguardo sono rappresentati da interventi psicoeducativi di gruppo in cui i pazienti imparano ad affrontare in maniera più competente i disagi legati al proprio disturbo (Brenner *et al.*, 1992; Pekkala & Merinder, 2000), o da programmi di terapia cognitivo-comportamentale che, aiutando specificamente ad incrementare le proprie capacità di *coping*, possono ridurre il self-stigma (Corrigan, 1998). Un'ulteriore strategia di intervento potrebbe essere quella di istituire gruppi di supporto fra pari dove i pazienti si sostengono a vicenda imparando a fronteggiare lo stigma legato al proprio disturbo (Angermeyer & Schulze, 2001): la mancanza di gerarchie ed influenze istituzionali tipiche di questi gruppi favorisce l'incoraggiamento reciproco e la partecipazione in modo attivo (Corrigan *et al.*, 2009); inoltre, grazie alla maturazione di un senso di appartenenza ad un gruppo, i partecipanti possono affinare le proprie competenze sociali e costruire una rete interpersonale di supporto.

Il riscontro di un'associazione positiva tra discriminazione sperimentata e anni trascorsi dal primo contatto con i servizi psichiatrici (Thornicroft *et al.*, 2009) (peraltro evidenziata anche nelle analisi condotte sui soli dati veronesi) rafforza la validità della scelta di indagare, nell'ambito del progetto PICOS (Lasalvia *et al.*, 2007), la discriminazione percepita nei pazienti psicotici all'esordio di malattia. In futuro sarebbe, inoltre, auspicabile un ampliamento dell'interesse della ricerca a pazienti affetti da altri disturbi psichiatrici, quali, ad esempio, la depressione, per valutare se differenti condizioni psicopatologiche abbiano un impatto diverso in termini di discriminazione percepita e possibilità di vivere una vita sociale piena e qualitativamente degna di essere vissuta.

Ringraziamenti. I seguenti colleghi hanno contribuito alla realizzazione dell'INDIGO: Austria: Heinz Katschnig, Marion Freidl; Belgio: Chantal Van Audenhove, Gert Scheerder, Alison Hwong; Brasile: Cecilia Villares, Fernanda de Almeida Pimentel, Valeska Janas Murier, Renata Tosta, Miguel R. Jorge; Bulgaria: Galina Veshova, Galina Petrova, Vladimir Sotirov, Svetlozar Vassilev, Dimitar Germanov; Canada: Roumen Milev, Liane Tackaberry; Cipro: Yiannis Kalakoutas, Maria Tziougourou; Finlandia: Kristian Wahlbeck, Joel Lillqvist, Carita Tuohimäki; Francia: Jean Luc Roelandt, Nicolas

Daumerie, Yves Giordana; Germania: Anja Esther Baumann, Harald Záske, Julia Weber, Petra Decker, Wolfgang Gabel; Grecia: Christina Gramandani, Dimitri Spiliotis, Marina Economou, Lambros Yotis, Dimitrios Kolostoumpis, Eleni Louki; India: Rangaswamy Thara; Inghilterra: Graham Thornicroft, Diana Rose, Norman Sartorius, Elaine Brohan, Richard Church, James Fisher, Morven Leese, Rosalind Willis, Anil Kumar, Aliya Kassam, Gabriele Schmid; Italia (Verona): Alessia Cicolini, Antonio Lasalvia, Davide Maggiolo, Alessandro Ricci, Michele Tansella; Italia (Brescia): Giuseppe Rossi, Michela Vittorielli, Chiara Buizza; Lituania: Arunas Germanavicius, Natalja Markovskaja, Vida Pazikaite; Malesia: Chee Kok Yoon, Nor Hayati Ali; Norvegia: Jan Olav Johannessen, Sveinung Dybvig; Olanda: Jaap van Weeghel, Annette Plooy; Polonia: Anna Bielańska, Andrzej Cechnicki, Hubert Kaszynski; Portogallo: Maria Vargas-Moniz, Liliana Filipe; Romania: Radu Teodorescu; Slovacchia: Marcela Barova; Slovenia: Vesna Svab, Mateja Srbad; Spagna: Blanca Reneses, José Luis Carrasco, Juan J Lopez-Ibor; Svizzera: Wulf Rössler, Christoph Lauber; Tagikistan: Alisher Latypov; Turchia: Alp Uçok, Banu Aslantas; USA: Richard Warner. I *Principal Investigators* dell'INDIGO sono stati Graham Thornicroft, Diana Rose e Norman Sartorius.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Krenawi A., Graham J.R., Dean Y.Z. & Eltaiba N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry* 50, 102-114.
- Angermeyer M.C. & Schulze B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and option for intervention. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 1-7.
- Angermeyer M.C. & Matschinger H. (2005a). Causal belief and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry* 186, 331-334.
- Angermeyer M.C. & Matschinger H. (2005b). Labelling - stereotype - discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 391-395.
- Angermeyer M.C., Beck M. & Matschinger H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 663-668.
- Bag B., Yilmaz S. & Kirpinar I. (2006). Factors influencing social distance from people with schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice* 60, 289-294.
- Brenner H.D., Hodel B., Roder V. & Corrigan P. (1992). Treatment of cognitive dysfunction and behavioural deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 18, 21-26.
- Corrigan P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioural Practice* 5, 201-222.
- Corrigan P.W. (2004). Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28, 113-121.
- Corrigan P.W. & Watson A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and Practice* 9, 35-53.
- Corrigan P., Thompson V., Lambert D., Sangster Y., Noel J.G. & Campbell J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 54, 1105-1110.
- Corrigan P.W., Markovitz F.E. & Watson A.C. (2004). Structural levels of mental illness and discrimination. *Schizophrenia Bulletin* 30, 481-491.
- Corrigan P.W., Larson J.L. & Rüsich N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 8 75-81.
- de Toledo Piza P.E. & Blay S.L. (2004). Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 955-961.
- Dietrich S., Beck M., Bujantugs B., Kenzine D., Matschinger H. & Amgemyer M.C. (2004). The relationship between public causal belief and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 348-354.
- Estroff S. (1981). *Making It Crazy: Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. University of California Press: Berkeley.
- Gabel W., Baumann A., Witte A.M. & Zaeske H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 252, 278-287.
- Hinshaw S.P. & Cicchetti D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology* 12, 555-598.
- Hugo C.J., Boshoff D.E., Traut A., Zungu-Dirwayi N. & Stein D.J. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38, 715-719.
- Jorm A.F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 177, 396-401.
- Kadri N., Manoudi F., Berrada S. & Moussaoui D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 49, 625-629.
- Lasalvia A. & Tansella M. (2008). Combattere la discriminazione e lo stigma verso le persone con disturbi mentali. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 1-9.
- Lasalvia A., Gentile B., Ruggeri M., Marcolin A., Nose F., Cappellari L., Lamonaca D., Toniolo E., Busana C., Campedelli A., Cuccato G., Danieli A., De Nardi F., De Nardo V., Destro E., Favaretto G., Frazzinaro S., Giacomuzzi M., Pristinger P., Pullia G., Rodighiero S., Tito P., Aprile F., Nicolaou S., Coppola G., Garzotto N., Gottardi U., Lazzarin E., Migliorini G., Pavan L., Ramaciotti F., Roveroni P., Russo S., Urbani P., Tansella M., Gruppo PICOS-Veneto (2007). Heterogeneity of the Departments of Mental Health in the Veneto Region ten years after the National Plan 1994-96 for Mental Health. Which implication for clinical practice? Findings from the PICOS Project. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 59-70.
- Lasalvia A., Ricci A., Garzotto N., Cicolini A., Cristofalo D. & Ariosto F. (2010). Resoconto ed efficacia di un intervento informativo/educativo sullo stigma legato alla malattia mentale rivolto agli operatori della Polizia di Stato di Verona. *Psichiatria di Comunità* 9, 39-49.
- Link B.G. & Phelan J.C. (2001). Conceptualising stigma. *American Sociological Review* 27, 363-385.
- Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A. & Pescosolido B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89, 1328-1333.
- Link B.G., Yang L.H., Phelan J.C. & Collins P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 30, 511-541.
- Littlewood R. (1998). Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *Lancet* 352, 1056-1057.
- Magliano L., Fiorillo A., De Rosa C., Marangone C. & Maj M. (2004). Belief about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals and patient relatives. *Canadian Journal of Psychiatry* 49, 323-331.
- Oliver M.I., Pearson N., Coe N. & Gunnell D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 186, 297-301.
- Pekkala E. & Merinder L. (2000). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Systems Review* Issue 4, CD002831.

- Phillips M.R., Pearson V., Li F., Xu M. & Yang L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry* 181, 488-493.
- Rose D. (2001). *Users' Voices, The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care*. The Sainsbury Centre: London.
- Rüsch N., Angermeyer M.C. & Corrigan P.W. (2005). The stigma of mental illness: concepts, forms, and consequences. *Psychiatrische Praxis* 32, 221-232.
- Rüsch N., Lieb K., Bohus M. & Corrigan P.W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services* 57, 399-402.
- Sartorius N. & Schulze H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Sayce L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health* 7, 331-344
- Shibre T., Negash A., Kullgren G., Kebede D., Alem A., Fekadu A., Madhin G. & Jacobsson L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, 299-303.
- Stuart H. & Arboleda-Florez J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 245-252.
- Thornicroft G., Brohan E., Kassman A. & Lewis-Holmes E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journals of Mental Health Systems* 2, 3.
- Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 373, 408-415.
- Toniolo E., Guareschi S., Andreotti L., Marangoni R., Grossi A. & Lasalvia A. (2009). Le opinioni riguardo le persone con disturbi mentali e l'assistenza psichiatrica. I risultati di un'indagine nell'area polesana. *Psichiatria di Comunità* 8, 142-155.
- Wearden A.J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R. & Rahill A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychological Review* 20, 633-666.