

Atteggiamenti verso la malattia mentale e caratteristiche socio-demografiche: uno studio in una città del nord Italia

Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristics: an Italian study

CHIARA BUIZZA¹, ROSARIA PIOLI¹, MARCO PONTERI¹, MICHELA VITTORIELLI¹, ANGELA CORRADI¹, NADIA MINICUCI², GIUSEPPE ROSSI¹

¹ IRCCS, "Centro S. Giovanni di Dio", Fatebenefratelli, Brescia, Italy

² CNR, Institute of Neuroscience, Aging Unit, c/o Clinica Medica, 1st University of Padova, Padova, Italy

SUMMARY. **Aim** — To assess the association between socio-demographic characteristics and community attitudes towards mentally ill people. **Method** — We assessed a sample of 280 subjects, stratified for sex and age, which has identified using the electoral registers of Brescia. A letter was sent to everyone in order to introduce the future potential study participant to the topics of the public attitudes towards mental illness and it included an invitation to take part in the study. After, 280 subjects were contacted by telephone. Finally, 174 persons, who expressed their willingness to collaborate, were visited by a team of four trained interviewers. The instruments used were: a semi-structured interview; the Community Attitudes to the Mentally Ill (CAMI) inventory, which is composed by 40 statements, concerning the degree of acceptance of mental health services and mentally ill patients in the community; and the Fear and Behavioural Intentions (FABI) inventory, which is composed by 10 items, concerning fears and behavioural intentions towards mentally ill people. 106 subjects refused to participate. **Results** — Factor analysis of the CAMI revealed three components Physical distance and fear, Social isolation and Social responsibility and tolerance. Factor 1 is associated with: people >61 years old; people being divorced/widowed/living separated; people who haven't participated in social or volunteer activities. Factor 2 is associated with: people > 41 years old; people being schooled at a level that's higher than elementary level; unemployed people. Factor 3 doesn't present any associations. **Conclusions** — The results of this study outline the need to: a) promote interventions focused to improve the general attitude towards people with mental illness; b) to favour specific actions in order to prevent or eliminate prejudices in subgroups of the population.

Declaration of Interest: in the last two years the authors have been paid by the IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli in Brescia (Italy), as employees and free professionals.

KEY WORDS: mental illness, community attitudes, prejudices, Italy.

Received 23.09.2003 — Final version received 17.12.04 — Accepted on 13.01.05.

INTRODUZIONE

Il movimento di chiusura degli ospedali psichiatrici, che si è compiuto in molte parti del mondo, ha portato la comunità a confrontarsi con i propri limiti di tolleranza verso le persone che soffrono di disturbi mentali. Quando il processo di deistituzionalizzazione ha preso piede e, all'interno delle comunità, sono stati creati i servizi di

cura, le persone sono apparse impreparate e più intolleranti. Ciò ha spesso determinato un danno ai pazienti ed al loro percorso di risocializzazione (Taylor & Taylor, 1989; Bhugra, 1989; Segal *et al.*, 1980). A tal riguardo, numerosi studi hanno mostrato che le rappresentazioni che la popolazione generale possiede in merito alle persone con disturbi mentali influiscono pesantemente sulla possibilità di reintegrazione sociale di questi soggetti (Trute *et al.*, 1989; Link *et al.*, 1997; Rosenfield, 1997; Markowitz, 1998; Dickerson *et al.*, 2002; Link, 2001). Anche se i recenti progressi conseguiti, sia nei trattamenti farmacologici che riabilitativi, hanno in gran parte eliminato molti degli ostacoli, che si frappongono al reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici, alcune barriere

Address for correspondence: Dr. C. Buizza, IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio", Fatebenefratelli, Via Pilastroni 4, 25125 Brescia (Italy).

Fax: +39-030-353.3513

E-mail: wpa.irccs@oh-fbf.it

legate agli atteggiamenti negativi, diffusi nella comunità, restano ancora presenti e difficilmente superabili.

Partendo dal presupposto, secondo il quale gli atteggiamenti rappresentano i più importanti predittori delle intenzioni comportamentali (Ajzen & Fishbein, 1980), negli ultimi anni è aumentato l'interesse per l'esplorazione degli atteggiamenti della comunità verso la malattia mentale. Alcune ricerche hanno mostrato come gli atteggiamenti stigmatizzanti verso le persone con malattia mentale possono avere un impatto molto importante sulla qualità di vita dei pazienti ed interferire con la possibilità di accedere ai servizi di cura e o di ricevere un trattamento efficace (Horwitz, 1982; Trute *et al.*, 1989; Link *et al.*, 1997; Rosenfield, 1997; Markowitz, 1998; Wright *et al.*, 2000; Crisp *et al.* 2000; Warner, 2001; Dickerson *et al.*, 2002). La valutazione di questi atteggiamenti diventa, pertanto, un passo preliminare, necessario, prima di porsi come obiettivo il cambiamento dei comportamenti manifesti di discriminazione verso i malati di mente. Gli studi che sono stati condotti in questo ambito hanno rilevato che esiste una associazione tra alcune caratteristiche socio-demografiche, come l'età, il livello di istruzione e lo status sociale e taluni atteggiamenti verso i pazienti psichiatrici (Lauber *et al.*, 2000; Link & Cullen, 1986; Wolff *et al.*, 1996a, b, c).

La conoscenza di queste associazioni è un dato importante che può tradursi nella pianificazione di campagne educative e di sensibilizzazione indirizzate verso target specifici, anziché riguardare la popolazione intera, massimizzandone gli outcomes.

Se, tuttavia, fiorenti sono gli studi internazionali che hanno esplorato tali atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali e dei pazienti psichiatrici, scarsi sono invece gli studi condotti nel nostro paese. L'unica esplorazione sistematica, rappresentativa del contesto nazionale italiano, è quella condotta da Kemali. Tale indagine, incentrata sulla relazione tra opinione pubblica e innovazione psichiatrica, rilevò che i pregiudizi nei confronti dei malati psichici risultavano radicati, in modo particolare, nelle aree in cui precaria e carente era l'assistenza psichiatrica ed emergevano soprattutto nelle risposte relative alla possibilità di reinserimento nel mondo del lavoro e al diritto di voto dei pazienti. Inoltre, tale indagine mise in evidenza che atteggiamenti discriminanti risultavano più marcati nelle persone con un livello di istruzione modesto (Kemali *et al.*, 1989). Tale risultato è stato recentemente confermato da uno studio condotto da Magliano *et al.* (2003), finalizzato ad analizzare le cause e le conseguenze psicosociali della schizofrenia in un campione di persone reclutate presso gli ambulatori di medicina di base. Al contrario di Kemali, tuttavia,

questo studio rileva che, nonostante la popolazione tenda ancora a considerare le persone con disturbi mentali imprevedibili, non escludendo del tutto la possibilità di ricoverare i pazienti in manicomio, vi è stato un aumento di accettazione sociale dei malati di mente, interpretabile come conseguenza della maggiore disponibilità di interventi riabilitativi e di reinserimento sociale.

Obiettivo del presente studio è quello di valutare gli atteggiamenti verso la malattia mentale in un campione di residenti di un'area della città, dove sono ubicati tre comunità protette, un centro diurno ed un centro di salute mentale. In particolare, scopo del presente studio è quello di verificare se gli atteggiamenti espressi dal campione esaminato sono influenzati da variabili socio-demografiche e da pregressi contatti con persone con disturbo mentale. Attraverso la raccolta di queste informazioni ci si attende di trarre utili indicazioni che conducano verso la pianificazione di interventi più mirati e di azioni specifiche per la riduzione dello stigma associato alla malattia mentale.

Questo studio costituisce una replica dello studio condotto a Londra nel 1996 da Wolff, per valutare le conoscenze e gli atteggiamenti verso i malati di mente, in un campione di residenti di un quartiere urbano, prima dell'apertura di alcune case alloggio destinate ad ospitare ex-pazienti psichiatrici (Wolff *et al.*, 1996a, b, c). Attraverso questo studio Wolff trovò che alcuni atteggiamenti correlavano con alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione presa in esame. Per esempio, gli atteggiamenti di paura e di esclusione erano maggiormente presenti nelle persone che avevano figli minori, nelle persone più anziane e nelle persone che possedevano un basso livello occupazionale; l'atteggiamento di controllo sociale era maggiormente associato all'origine etnica e all'essere vedovi o separati; l'atteggiamento di benevolenza, infine, era maggiormente presente nelle persone con un alto livello occupazionale.

Il presente studio si inserisce nelle iniziative intraprese dall'IRCCS di Brescia nell'ambito del programma internazionale della *World Psychiatric Association* per combattere lo stigma e la discriminazione causati dalla malattia mentale (World Psychiatric Association, 1998).

MATERIALI E METODO

Campione

Il campione di 280 soggetti è stato ottenuto stratificando per sesso ed età i nominativi degli iscritti nel registro elettorale della zona sud del Comune di Brescia, una città del nord Italia, che copre una superficie di 89.8 Km²,

con una popolazione di circa 200.000 abitanti.

Ad ogni soggetto è stata inviata una lettera, nella quale venivano presentati gli obiettivi e le modalità di svolgimento della ricerca. Nella lettera veniva, inoltre, esplicitato che i dati raccolti erano anonimi e sarebbero stati utilizzati solo ad esclusivi fini di ricerca.

Successivamente, i 280 soggetti sono stati contattati telefonicamente per raccogliere l'effettiva disponibilità ad essere intervistati. Di questi i 174 che hanno espresso il loro consenso, sono stati intervistati a domicilio da un team di 4 intervistatori, addestrati all'utilizzo degli strumenti.

Strumenti

Gli strumenti utilizzati, che vengono qui sotto descritti, sono stati tradotti e adattati alla lingua italiana attraverso una procedura di *translation-back translation*. Inizialmente sono state condotte due traduzioni indipendenti degli strumenti da parte di due esperti. Successivamente, due ricercatori hanno effettuato, in modo indipendente, delle osservazioni allo scopo di esprimere una valutazione sulla comprensibilità di ogni singolo *item* e, quando hanno rilevato la presenza di *items* tradotti in modo diverso, hanno indicato quella più comprensibile. Da queste indicazioni si è provveduto a redarre una prima versione tradotta di tutti e tre gli strumenti. In un secondo momento è stata effettuata una retro-traduzione da parte di una traduttrice professionista, che ha dato prova di una buona corrispondenza con la versione originale.

Al fine di valutare la comprensione dei tre strumenti sono stati intervistati 60 soggetti (operatori dell'Unità di Riabilitazione Psichiatrica, pazienti, familiari e volontari), chiedendo loro di indicare, per ogni *item* di ogni strumento, eventuali dubbi, per cui la lettura poteva creare possibili fraintendimenti.

Tale procedimento ha potuto attestare che gli strumenti possedevano soddisfacenti caratteristiche di comprensibilità e di adeguatezza al contesto culturale italiano.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- 1) *Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory* (CAMI): un questionario composto da 40 affermazioni che riguardano il grado di accettazione dei servizi di salute mentale e dei pazienti con disturbi mentali nella comunità. Le risposte sono basate su una scala Likert a 5 punti, dove 1 indica il totale accordo e 5 il totale disaccordo (Taylor & Dear, 1981). L'analisi fattoriale condotta su questo strumento ha rilevato che le correlazioni tra gli *items* possono essere spiegate attraverso l'estrazione di tre fattori: Distanza fisica e paura, Distanza sociale e isolamento, Respon-

sabilità sociale e tolleranza (Wolff et al., 1996a). In tabella II sono riportati alcuni esempi di *items* che compongono i tre fattori.

- 2) *Fear and Behavioural Intentions Inventory* (FABI): un questionario *self-report* composto da 10 *items*, che riguardano le paure e le intenzioni comportamentali verso le persone con malattia mentale. Le risposte sono basate su una scala Likert a 5 punti, dove 1 indica il totale accordo e 5 il totale disaccordo (Wolff et al., 1996a).
- 3) Un'intervista semi-strutturata che rileva: i dati socio-demografici (sesso, età, stato civile, livello di istruzione, condizione professionale, numero di figli minori); l'aver partecipato ad attività sociali e o di volontariato; e i contatti pregressi con qualcuno che soffre di una malattia mentale (tratta e modificata da Wolff et al., 1996a).

Tabella I. - Caratteristiche socio-demografiche del campione.

VARIABILI	Total sample N=174	
	N	(%)
SESSO		
Maschio	69	(40)
Femmina	105	(60)
ETÀ (anni)		
< 30	26	(14.9)
31-40	31	(17.8)
41-50	40	(23.0)
51-60	36	(20.7)
> 61	41	(23.6)
STATO CIVILE		
Sposato/convivente	122	(70.1)
Celibe/nubile	33	(19.0)
Divorziato/separato/vedovo	19	(10.9)
LIVELLO DI ISTRUZIONE		
Elementare	39	(22.4)
Scuola Media inferiore	46	(26.4)
Scuola Media superiore	69	(39.7)
Laurea	20	(11.5)
OCCUPAZIONE		
Artigiano	35	(20.1)
Operaio	26	(14.9)
Impiegato	36	(20.7)
Libero professionista	11	(6.3)
Altro	66	(37.9)

Tabella II. - Esempi di items che compongono i tre fattori.

Fattore 1 Distanza fisica e paura

- Le strutture psichiatriche dovrebbero essere situate lontano dai quartieri residenziali
 - I residenti del posto hanno buone ragioni di opporsi alla localizzazione di strutture psichiatriche nel proprio quartiere
 - Situare strutture psichiatriche in un'area residenziale conduce al degrado del quartiere
 - Avere malati di mente che vivono in quartieri residenziali potrebbe rappresentare una buona terapia, ma i rischi per i residenti sono troppo grandi
 - Situare i servizi psichiatrici in quartieri residenziali non crea pericolo per i residenti del posto
 - I residenti non hanno nulla da temere dalla gente che viene nei loro quartieri per ottenere l'assistenza dai servizi psichiatrici che sono situati lì
 - I residenti dovrebbero accettare l'apertura di strutture per malati di mente nel proprio quartiere per servire i bisogni della comunità locale
 - È spaventoso pensare che gente con problemi mentali viva in quartieri residenziali
-

Fattore 2 Distanza sociale e isolamento

- Chi ha avuto problemi mentali dovrebbe essere escluso dagli incarichi pubblici
 - Al malato mentale non dovrebbe essere concessa alcuna responsabilità
 - I malati di mente sono un peso per la nostra società
 - Io non vorrei vivere vicino a qualcuno che è stato malato di mente
 - Il malato mentale dovrebbe essere isolato dal resto della comunità
 - Si dovrebbe attribuire meno importanza al proteggere la gente dai malati di mente
 - I malati mentali sono molto meno pericolosi di quanto pensa la maggior parte della gente
 - È meglio evitare chi ha problemi mentali
 - Una donna sarebbe stupida a sposare un uomo che ha sofferto di malattia mentale, anche se sembra completamente guarito
-

Fattore 3 Responsabilità sociale e tolleranza

- Abbiamo la responsabilità di fornire la migliore assistenza possibile ai malati di mente
 - Nella nostra società si dovrebbe adottare un atteggiamento di gran lunga più tollerante verso i malati di mente
 - Una maggiore spesa per i servizi psichiatrici rappresenta uno spreco di denaro pubblico
 - Dovrebbero essere stanziati più soldi per l'assistenza e il trattamento dei malati di mente
 - In teoria ognuno di noi può diventare malato di mente
 - Nessuno ha il diritto di escludere i malati di mente dal vicinato
 - I malati mentali non meritano la nostra simpatia
-

ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è stata condotta usando il software SAS (SAS/STAT User's Guide, 1989). È stata condotta un'analisi fattoriale sul *Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory* (CAMI), utilizzando il metodo della Massima Verosimiglianza (ML) con rotazione Varimax. I punteggi fattoriali sono stati usati per verificare l'associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e i tre fattori identificati attraverso l'analisi fattoriale. La relazione è stata valutata, in una prima fase, a livello univariato usando il Modello Lineare Generalizzato (GLM) e, successivamente, ad un livello multivariato, effettuando una analisi di regressione multipla.

Al fine, inoltre, di verificare l'ipotesi secondo la quale la conoscenza diretta di una persona con disturbo mentale induce ad avere atteggiamenti più positivi, è stata condotta un'analisi di associazione, attraverso il *Fisher Exact Test*, tra la domanda "Conosci qualcuno che ha sofferto di malattia mentale?", contenuta nell'intervista semi-strutturata, ed i 10 items contenuti nel *Fear and Behavioural Intentions Inventory* (FABI).

RISULTATI

Il numero di rispondenti è stato di 174 soggetti, che costituiscono il 62.1% del campione totale. Il 60% dei rispondenti era femmina. L'età media era di 48.3 anni, il 69.9% era sposato ed il 39.9% degli intervistati aveva un livello di istruzione secondario (vedi tabella I).

94 persone (33.6%) hanno rifiutato di partecipare alla ricerca per mancanza di tempo o perché non disponibili a collaborare, 12 soggetti (4.3%) sono risultati invece non contattabili. Di queste 106 persone, il 46.2% erano maschi, l'età media era di 55.8 anni. Il 42% aveva un'istruzione elementare, il 41% la licenza media, il 12% il diploma ed il 5% la laurea.

Associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e i tre fattori

La tabella III presenta le correlazioni esistenti tra le variabili socio-demografiche ed i tre fattori. I risultati di questa analisi mostrano che il primo fattore Distanza fisica e paura è associato con: età >61 anni; essere divorziato/vedovo/separato; non avere mai partecipato ad organizzazioni di volontariato e/o ad attività sociali nel pro-

prio quartiere. L'analisi di regressione multipla mostra che le variabili che esercitano un effetto indipendente sul primo fattore sono l'età e l'aver partecipato ad organizzazioni di volontariato e/o ad attività sociali, (vedi tabella IV).

Il secondo fattore Distanza sociale e isolamento è risultato associato invece con: età >41 anni; possedere un livello di istruzione superiore alla licenza elementare; essere disoccupato. Le variabili che esercitano un effet-

to indipendente su questo fattore sono l'età ed il livello di istruzione (tabella IV).

Infine, l'analisi statistica non ha rilevato associazioni significative tra il fattore Responsabilità sociale e tolleranza e le variabili socio-demografiche considerate. L'analisi di regressione multipla ha mostrato, altresì, che le variabili numero di figli minori e condizione professionale esercitano un effetto indipendente su questo fattore (tabella IV).

Tabella III. - Relazione tra le caratteristiche socio-demografiche e i tre fattori.

	Distanza fisica e paura	Distanza sociale e isolamento	Responsabilità sociale e tolleranza
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Sesso			
Maschio (n=69)	0.09±0.84	0.06±0.76	0.07±0.99
Femmina (n=105)	0.06±0.98	0.04±1.00	0.05±0.87
P-value (GLM)	NS	NS	NS
Età (anni)			
≤30 (n=26)	0.11±1.15	0.43±0.81	-0.12±1.06
31-40 (n=31)	0.12±0.67	0.33±0.85	0.23±0.93
41-50 (n=40)	0.18±0.73	0.08±0.95	0.0005±0.93
51-60 (n=36)	0.13±0.80	0.05±0.79	-0.23±0.92
61 ≥(n=41)	0.44±1.10	0.39±0.92	0.11±0.79
P-value (GLM)	0.013	0.001	NS
Stato civile			
Sposato/convivente (n=122)	0.004±0.93	0.05±0.88	0.008±0.91
Single (n=33)	0.28±0.86	0.29±0.93	-0.11±1.06
Divorziato/vedovo/separato (n=19)	-0.46±0.90	0.19±1.01	0.15±0.70
P-value (GLM)	0.021	NS	NS
Livello di istruzione			
Elementare (n=39)	-0.04±1.17	0.50±0.95	-0.05±0.96
Scuola media inferiore (n=46)	-0.03±0.78	0.12±0.86	0.26±0.92
Scuola media superiore (n=69)	0.004±0.93	0.09±0.89	-0.03±0.89
Laurea (n=20)	0.15±0.76	0.35±0.71	-0.38±0.84
P-value (GLM)	NS	0.001	NS
Numero di figli minori			
Nessuno (n=129)	-0.01±0.98	0.07±0.97	-0.05±0.91
Almeno uno (n=44)	0.04±0.76	0.22±0.65	0.14±0.94
P-value (GLM)	NS	NS	NS
Condizione professionale			
Artigiano (n=35)	0.04±0.79	0.12±0.61	-0.16±1.01
Libero Professionista (n=11)	0.27±0.67	0.002±0.82	-0.18±0.99
Impiegato (n=36)	0.12±0.85	0.23±0.98	-0.74±0.86
Operaio (n=26)	-0.09±0.98	0.35±0.94	0.11±1.04
Altro (n=66)	-0.18±1.06	-0.28±0.89	0.14±0.85
P-value (GLM)	NS	0.013	NS
Partecipazione ad attività sociali e o di volontariato			
No (n=46)	0.28±0.79	0.11±0.88	0.07±0.92
Sì (n=127)	-0.10±0.95	-0.04±0.93	-0.02±0.92
P-value (GLM)	0.015	NS	NS

Tabella IV. - Analisi di regressione multipla.

	Distanza fisica e paura		Distanza sociale e isolamento		Responsabilità sociale e tolleranza	
	Beta	R ²	Beta	R ²	Beta	R ²
	P-value		P-value		P-value	
CLASSI DI ETÀ	-0.12		-0.16			
	0.012	0.0365	0.0001	0.0919		
LIVELLO DI ISTRUZIONE			0.18			
			0.015	0.0313		
NUMERO DI FIGLI MINORI					0.33	
					0.049	0.0225
CONDIZIONE PROFESSIONALE					0.13	
					0.060	0.0207
PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SOCIALI E/O DI VOLONTARIATO	-0.37					
	0.019	0.0311				
R ² total		0.0676		0.1231		0.0432

Associazione tra gli items del questionario Fear and Behavioural Intentions Inventory (FABI) e la conoscenza di una persona con malattia mentale

L'analisi statistica ha mostrato che la conoscenza di una persona con malattia mentale è associata in modo significativo con le seguenti affermazioni contenute nel *Fear and Behavioural Intentions Inventory* (FABI): "Io non ho paura delle persone con malattia mentale" (p-value <.005); "Io non avrei obiezioni ad avere persone con malattia mentale nel vicinato" (p-value .019); "Io non eviterei una conversazione con dei vicini che hanno sofferto di una malattia mentale" (p-value .015); "Io inviterei qualcuno in casa mia se sapessi che ha sofferto di malattia mentale" (p-value .005).

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio era di esplorare, in un'area urbana del nord Italia, se esistono delle caratteristiche socio-demografiche che sono associate con gli atteggiamenti della comunità verso i malati di mente. Va innanzitutto premesso che gli strumenti utilizzati nello studio esploravano gli atteggiamenti che gli intervistati possedevano nei riguardi della malattia mentale, un termine ampio e generico che non caratterizza le diverse situazioni che possono causare una sofferenza psichica. Ciò significa che ciascun intervistato, nel fornire una risposta alle domande, potrebbe aver fatto riferimento ad una personale rappresentazione della malattia mentale, che non necessariamente trova corrispondenza nella descrizione di una storia clinica riconducibile ad una dia-

gnosi psichiatrica. Inoltre, è necessario sottolineare che lo studio è stato condotto in un campione non rappresentativo della popolazione di Brescia, pertanto non può essere compiuta alcuna inferenza circa la generalizzabilità dei risultati.

I dati raccolti mostrano che alcune variabili come l'età, il livello di istruzione, la condizione lavorativa, avere partecipato ad attività sociali e/o di volontariato e conoscere una persona che soffre di disturbo mentale, possono esercitare una influenza sugli atteggiamenti e predire le intenzioni comportamentali verso le persone che soffrono di disturbi psichici.

I dati di questo studio mostrano che coloro che hanno un'età più elevata sperimentano meno paura, hanno un atteggiamento caratterizzato da un minore grado di distanza, sia fisica che sociale, e sono meno inclini all'isolamento dei malati di mente. Tali risultati differiscono dai dati presenti in letteratura, che mostrano al contrario che atteggiamenti di paura e di maggiore controllo sociale sono più frequenti nelle persone più anziane (Wolff *et al.*, 1996a, b, c; Taylor & Dear, 1981; Brockington *et al.*, 1993; Gaebel *et al.*, 2002). Una possibile ipotesi esplicativa potrebbe essere fornita dal fatto che il campione conteneva un'ampia proporzione di persone con un livello di età elevata e ciò potrebbe aver costituito un bias, che ne ha condizionato i risultati. Un altro dato che emerge è che le persone che hanno un livello di istruzione superiore riferiscono di possedere atteggiamenti di minore distanza sociale e isolamento verso i malati di mente. Questo risultato conferma un dato già noto, secondo il quale un maggior livello di istruzione correla positivamente con la presenza di atteggiamenti meno discriminanti verso i malati di mente (Kemali *et al.*, 1989; Mil-

stein et al., 1995; Bugge et al., 1997, Magliano et al., 2003). Un maggior livello di istruzione sembra, infatti, consentire la possibilità di reperire informazioni più aggiornate e di sviluppare idee meno stereotipate sulla malattia mentale (Madianos et al., 1987; 1999).

Un'altra variabile che in questo studio è risultata associata con una minore paura e distanza fisica verso coloro che soffrono di un disturbo mentale è lo stato civile degli intervistati. Le persone che sono divorziate, vedove o separate appaiono infatti possedere atteggiamenti più scervri da pregiudizi verso i malati mentali, rispetto alle persone coniugate, che, al pari di coloro che hanno figli minori, esprimono un maggiore stigma.

A fronte di questo maggiore stigma, coloro che hanno figli minori riferiscono, tuttavia, di possedere atteggiamenti di tolleranza e di sentirsi socialmente responsabili verso i malati di mente. Questo dato differisce da quanto trovato sia da Wolff et al. (1996) che da Brockington et al. (1993), i quali hanno invece rilevato che questa variabile era in grado di influenzare i fattori di controllo sociale, di paura e di esclusione dei malati di mente, probabilmente per lo stereotipo pubblico, che identifica le persone con malattia mentale imprevedibili e bizzarre e, quindi, in quanto tali, possono costituire un pericolo ed una minaccia per coloro che devono provvedere alla tutela e all'incolumità di figli minori.

Inoltre, i dati del presente studio mettono in evidenza che anche la variabile condizione professionale esercita un effetto significativo sugli atteggiamenti della popolazione esaminata. Le persone, infatti, che dichiarano di non essere occupate, sono a favore di una minore distanza sociale e segregazione verso le persone malate di mente, rispetto ai soggetti occupati. Questo risultato conferma quanto ottenuto in un nostro precedente studio (Vezzoli et al., 2001), in cui studenti e persone disoccupate erano più disponibili a fornire un posto di lavoro ad un paziente psichiatrico, rispetto ai datori, che lo erano meno. Datori che, come mostrano i dati di numerose ricerche, appaiono prevenuti in merito alle reali capacità produttive delle persone con disabilità cognitiva e o emozionale (Greenwood & Johnson, 1987; Johnson et al., 1988; Mangili et al., 2004).

Inoltre, un'altra variabile che è risultata correlata positivamente con atteggiamenti di minor pregiudizio è l'aver partecipato ad attività sociali e o di volontariato. Un dato abbastanza prevedibile alla luce del fatto che queste persone sono molto probabilmente più sensibilizzate e sono di per sé già disposte a sperimentare una maggiore vicinanza psicologica verso coloro che hanno una malattia mentale.

Infine, una variabile che nel nostro studio sembra

costituire un fattore molto importante nel predire atteggiamenti più positivi verso i malati di mente è quella dell'aver avuto contatti pregressi con una persona che ha sofferto di malattia mentale. Le persone intervistate che già conoscono qualcuno che ha sofferto di un disturbo psichico hanno, infatti, meno paura ed esprimono intenzioni comportamentali più positive, rispetto agli intervistati che dichiarano di non conoscere un malato mentale. Tale risultato conferma studi precedentemente condotti (Link & Cullen, 1986; Penn et al., 1994; Vezzoli et al., 2001), secondo i quali i soggetti che non avevano mai conosciuto un malato di mente lo consideravano più pericoloso e ritenevano opportuno escluderlo dalla società. Questi risultati suggeriscono che la stigmatizzazione potrebbe essere ridotta promuovendo esperienze di contatto diretto tra la collettività e le persone con un disturbo mentale (Trute & Loewen, 1978; Link & Cullen, 1986; Addison & Thorpe, 2004): per esempio, organizzare in alcuni quartieri incontri con ex-pazienti o costruire efficaci programmi ricreativi con ampio coinvolgimento della collettività o realizzare club in cui ex-pazienti abbiano la possibilità di descrivere le loro passate esperienze (Trute et al., 1989). Questi contatti potrebbero limitare l'influenza negativa spesso esercitata dalle informazioni fuorvianti fornite dai mass-media (Bellotti et al., 1977; Sheff, 1966).

Alla luce di quanto è emerso, pur tenendo conto dei limiti dello studio, sembra che i risultati di questa ricerca sottolineino, da una parte la necessità di promuovere nella popolazione generale iniziative finalizzate a migliorare l'atteggiamento verso le persone che soffrono di disturbi mentali, poiché, sebbene oggi l'istituzionalizzazione non sembri costituire il principale strumento di identificazione sociale delle persone malate di mente, lo stigma dell'imprevedibilità e dell'incomprensibilità, riflette ancora di fatto gli atteggiamenti ed il *background* culturale della comunità verso questi soggetti; e dall'altra di favorire anche azioni specifiche, che prevengano e/o eliminino il pregiudizio, in sotto-gruppi definiti della comunità, cioè in quelle fasce di popolazione che, in base ai risultati di questo studio, appaiono esteriorizzare un maggior livello di stigma. La segmentazione del pubblico, che prevede la costruzione di interventi di sensibilizzazione che utilizzano strategie promozionali e messaggi che siano più pertinenti e accettabili in specifici gruppi bersaglio della popolazione, è apparsa una metodologia che è risultata efficace nel sortire effetti sostanziali sul comportamento (Rogers, 1996; Warner, 2001; Thompson et al., 2002).

Seguendo queste indicazioni, un *target group* di importanza strategica da coinvolgere nei programmi di ridu-

zione dello stigma nella nostra realtà locale, dovrebbe essere costituito dalle persone giovani, che, dai risultati del presente studio, appaiono possedere atteggiamenti molto più stigmatizzanti rispetto alle persone con un'età più elevata. Atteggiamenti che si sostanziano soprattutto nella necessità di ubicare le strutture psichiatriche lontano dai quartieri residenziali e nell'isolamento dei pazienti psichiatrici in quanto persone pericolose. Inoltre, sensibilizzare i giovani, sia attraverso incontri informativi sulle malattie mentali, che favorendo occasioni di incontro con persone che soffrono di disturbi psichici, così come dare loro informazioni sui trattamenti e sui luoghi di cura, appare importante alla luce del fatto che alcune malattie mentali, come la schizofrenia, esordiscono proprio nella prima giovinezza. Per tale motivo, è assolutamente importante addestrare al riconoscimento precoce dei primi segnali, al fine di attivare interventi mirati, che si sono dimostrati fondamentali per migliorare l'esito e il decorso di questa patologia.

Un altro *target group* da sensibilizzare, dovrebbe essere rappresentato dai lavoratori e dai datori di lavoro, in quanto essi sembrano molto più a favore dell'esclusione dei pazienti psichiatrici dagli incarichi pubblici e dalle situazioni che implicano una responsabilità sociale, considerandoli un peso per la nostra società, rispetto a coloro che vivono una condizione di disoccupazione. La presenza di atteggiamenti discriminanti nei luoghi di lavoro è per altro riconosciuta dagli stessi pazienti come la principale causa che contribuisce a produrre e mantenere un alto tasso di disoccupazione, riducendone significativamente le loro possibilità di assunzione. Ciò a fronte del fatto che recenti studi hanno messo in evidenza come il 30-40% delle persone con gravi problemi di salute mentale siano in grado di lavorare (Ekdawi & Conning, 1994). La possibilità di impostare programmi finalizzati alla modifica degli atteggiamenti negativi manifestati sia dai datori che dai colleghi di lavoro, accanto ad una maggiore attenzione alla preparazione del futuro lavoratore disabile mentale, potrebbero costituire pertanto degli utili strumenti per contribuire ad aumentare la permeabilità del mercato del lavoro ad accogliere le capacità produttive dei pazienti disabili psichici.

Concludendo, i risultati di questo studio incoraggiano a programmare interventi di sensibilizzazione e di informazione sulla malattia mentale, allo scopo di verificare se l'aumento di conoscenza, attraverso azioni mirate e sistematiche sul territorio, si traducono in atteggiamenti e comportamenti meno discriminanti, producendo risultati significativi nella importante battaglia contro la stigmatizzazione del malato di mente.

RIASSUNTO. Scopo — Valutare l'esistenza di una associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e gli atteggiamenti della comunità verso i malati di mente. **Metodo** — È stato selezionato, attraverso le liste elettorali del comune di Brescia, un campione costituito da 280 soggetti, stratificati per sesso ed età. Ad ogni soggetto è stata inviata una lettera, nella quale venivano presentati gli obiettivi e le modalità di svolgimento della ricerca. Successivamente i soggetti sono stati contattati telefonicamente, di questi i 174 soggetti che hanno espresso il loro consenso sono stati intervistati a domicilio da un team di ricercatori. Gli strumenti utilizzati sono stati: un'intervista semi-strutturata; il *Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory* (CAMI), un questionario composto da 40 affermazioni, relative al grado di accettazione dei servizi di salute mentale e dei pazienti con disturbi mentali nella comunità; ed il *Fear and Behavioural Intentions Inventory* (FABI), un questionario *self-report*, composto da 10 items, che esplora le intenzioni comportamentali verso le persone con malattia mentale. 106 soggetti hanno rifiutato di partecipare allo studio. **Risultati** — Dall'analisi fattoriale condotta sul questionario che indagava gli atteggiamenti della comunità sono stati estratti tre fattori, che sono stati nominati: Distanza fisica e paura, Isolamento sociale, Responsabilità sociale e tolleranza. Il primo fattore è risultato associato con: età >61 anni; essere divorziato/vedovo/separato; non avere partecipato ad attività sociali e o di volontariato. Il secondo fattore risulta essere invece associato con: età >41 anni; avere un livello di scolarità superiore alla licenza elementare; essere disoccupato. Non si sono rilevate associazioni statisticamente significative tra le variabili socio-demografiche ed il terzo fattore. **Conclusioni** — I risultati di questo studio sottolineano la necessità di: a) promuovere iniziative finalizzate a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone che soffrono di disturbi mentali, b) favorire azioni specifiche, che prevengano o eliminino il pregiudizio, in sottogruppi della popolazione.

PAROLE CHIAVE: malattia mentale, atteggiamenti, comunità, pregiudizi.

REFERENCES

- Addison S.J. & Thorpe S.J. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39(3), 228-234.
- Ajzen I. & Fishbein M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. New York: Prentice-Hall.
- Bellotti G., Tiberi E. & Ravaccia F. (1977). Immagine del malato di mente in alcuni quotidiani e settimanali. *IKON* 101/102, 137-155.
- Bhugra D. (1989). Attitudes towards mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, 1-12.
- Brockington I.F., Hall P., Levings J. & Murphy C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 162, 93-99.
- Bugge C., Smith L.N. & Shanley E. (1997). A descriptive study of multidisciplinary mental health staff moving to community: the demographic and educational issues. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* 4, 45-54.
- Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I. & Rowlands O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 177, 4-7.

- Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B. & Parente F. (2002) Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 28(1), 143-155.
- Ekdawi M. & Conning A. (1994). *Psychiatric Rehabilitation: a Practical Guide*. Chapman & Hall: London.
- Greenwood R. & Johnson V. (1987). Employer perspectives on workers with disabilities. *Journal of Rehabilitation* July/August/September, 37-45.
- Horwitz A. (1982). The reaction to mental illness In *The Social Control of Mental Illness* (ed. A. Horwitz), pp. 85-120. John Wiley: New York.
- Johnson V., Greenwood R., & Shriner K. (1988). Work performance and work personality: employer concerns about workers with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 32, 50-57.
- Kemali D., Maj M., Veltro F., Crepet P. & Lobraccio S. (1989). Sondaggio sulle opinioni degli italiani nei riguardi dei malati di mente e della situazione dell'assistenza psichiatrica. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 113, Suppl. al Fasc. V, 1301-1351.
- Lauber C., Nordt C., Sartorius N., Falcato L. & Rossler W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 407, 102, 26-32.
- Link B.G. (2001). Stigma: many mechanisms multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 8-11.
- Link B.G. & Cullen F.T. (1986) Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behaviour* 27, 289-303.
- Link B.G., Struening E.L., Rahav M., Phelan J.C. & Nuttbrock L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behaviour* 38(2), 177-90.
- Madianos M.G., Madianou D., Vlachonikolis J. & Stefanis C.N. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, 158-165.
- Madianos M.G., Economou M., Hatjiandreou M., Papageorgiou A. & Rogakou E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99, 73-78.
- Magliano L., De Rosa C., Fiorillo A., Marangone C., Guarneri M., Marasco C. & Maj M. (2003). Cause e conseguenze psicosociali della schizofrenia: le opinioni degli italiani. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 187-197.
- Mangili E., Ponteri M., Buizza C. & Rossi G. (2004). Atteggiamenti nei confronti delle disabilità e della malattia mentale nei luoghi di lavoro: una rassegna. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 13(1), 29-46.
- Markowitz F.E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour* 39(4), 335-347.
- Milstein G., Guarnaccia P. & Midlarsky E. (1995). Ethnic differences in the interpretation of mental illness: perspectives of caregivers. In *Research in Community and Mental Health*, vol. 8 (ed. J. R. Greenley), pp. 155-178. JAI Press Inc.: Greenwich.
- Penn D.L., Guynan K., Daily T., Spaulding W.D., Garbi C.P. & Sullivan M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin* 20, 567-578.
- Rogers EM. (1996). The field of health communication today: An up-to-date report. *Journal of Health Communication* 1, 15-23.
- Rosenfield S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review* 62, 660-672.
- SAS Institute (1989). *SAS/STAT User's Guide, Version 6*, ed. 4, Volume 2. SAS Institute: Cary, NC.
- Segal S.P., Baumohl J. & Moyles E.W. (1980). Neighbourhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity. *Journal of Health and Social Behaviour* 21(4), 345-359.
- Scheff T. J. (1966). *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. Aldine Publ.: Chicago (Trad. it: Per infermità mentale, 1974, Feltrinelli, Milano).
- Taylor M.S. & Dear M.J. (1981). Scaling community attitudes towards the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 7, 225-240.
- Taylor J. & Taylor D. (1989). *Mental Health in the 1990's From Custody to Care?* Office of Health Economics: London.
- Thompson A.H., Stuart H., Bland R.C., Arboleda-Florez J., Warner R., Dickson R.A., Sartorius N., Lopez-Ibor J.J., Stefanis C.N., Wig N.N. & World Psychiatric Association (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37(10), 475-482.
- Trute B & Loewen A., (1978). Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience? *Social Psychiatry* 13, 79-84.
- Trute B., Tefft B. & Segall A. (1989). Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24, 69-76.
- Vezzoli R., Archiati L., Buizza C., Pasqualetti P., Rossi G. & Pioli R. (2001). Attitudes towards psychiatric patients: a pilot study in a Northern Italian town. *European Psychiatry* 16, 451-458.
- Warner R. (2001). Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 12-17.
- Wolff G., Pathare S., Craig T. & Leff J. (1996a). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry* 168, 183-190.
- Wolff G., Pathare S., Craig T. & Leff J. (1996b). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 168, 191-198.
- Wolff G., Pathare S., Craig T. & Leff J. (1996c). Public education for community care: a new approach. *British Journal of Psychiatry* 168, 441-447.
- World Psychiatric Association (1998). *Fighting Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia*. World Psychiatric Association: New York.
- Wright E.R., Gronfein W.P. & Owens T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behaviour* 41(1), 68-90.