

Giuliana Spadaro¹, Angelo Romano^{1,2}, Cristina O. Mosso¹

Contributo alla validazione italiana del CIASS

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Italy

² Department of Experimental and Applied Psychology, Vrije Universiteit Amsterdam, The Netherlands

RIASSUNTO. *Introduzione.* Le relazioni interpersonali concorrono al processo di adattamento dei pazienti cronici, influenzandone lo stato di salute e, più in generale, la soddisfazione verso la vita. Un atteggiamento che spesso minaccia questi fattori è rappresentato dalla paura di essere bersaglio di pregiudizi e discriminazione da parte delle persone con cui tali pazienti si trovano a vivere la quotidianità. Il presente studio dunque propone un contributo all'adattamento italiano e alla validazione del Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS), uno strumento breve (12 items) che indaga lo stigma percepito da parte di pazienti cronici in contesti familiari, di cura e professionali. *Metodo.* Lo strumento è stato somministrato a pazienti (N=279) affetti da patologia cronica e i punteggi ottenuti sono stati messi in relazione con gli indici di depressione (BDI-II), d'ansia (STAI) e di stigma interiorizzato. *Risultati.* I risultati dell'analisi fattoriale confermativa (AFC) sul campione italiano hanno mostrato la stessa struttura dello strumento originale, che si articola nelle tre dimensioni di stigma anticipato tra familiari e amici, colleghi di lavoro e operatori sanitari. Le analisi di correlazione confermano la relazione tra lo strumento e altri indicatori di salute mentale come l'ansia e la depressione e confermano la validità dello strumento. *Conclusione.* Il CIASS risulta essere uno strumento valido e affidabile anche nella versione italiana, sia come indice per valutare lo stato di salute della persona sia come un promettente indicatore del tipo di discriminazione percepita all'interno dei contesti di cura e di lavoro.

Parole chiave: stigma anticipato, discriminazione, validazione, malattia cronica.

ABSTRACT. *Background.* Interpersonal relationships contribute to the psychological adjustments to chronic disease, directly affecting health and, more generally, life satisfaction of patients. Those factors are often threatened by the fear of becoming target of prejudices and discrimination from those who share their daily life with. Thus, this study proposes a contribution to the Italian adaptation and validation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS), a brief questionnaire (12 items) that aims to assess perceived stigma of chronic illness patients in family, work and health care contexts. *Method.* 279 chronic illness patients have completed the questionnaire, comparing the scores with those obtained in depression (BDI-II), anxiety (STAI), and internalized stigma scales. *Results.* Confirmatory factor analysis (CFA) on the Italian sample has shown the same structure of the original questionnaire, composed by three dimensions of anticipated stigma, experienced with family and friends, work colleagues and health care providers. *Correlation analyses confirm the relation between scores of anticipated stigma and other mental health indicators as anxiety and depression.* *Conclusion.* Italian version of CIASS demonstrates to be a valid and reliable instrument, considering it both as an indicator of person's state of health and a promising marker of the specific kind of perceived discrimination in family, care and working contexts.

Key words: anticipated stigma, discrimination, validation, chronic illness.

Introduzione

In Italia la percentuale di persone che vivono con almeno una malattia cronica si attesta intorno al 38,9%, e tale dato, soprattutto negli ultimi anni è in progressivo aumento (1). Spesso i pazienti con malattie croniche degenerative sono discriminati nelle attività o funzioni professionali perché considerati più instabili e con una scarsa prospettiva futura (2); ed essi, d'altro canto, avvertono tali forme di pregiudizio che, ancorché velate da fini altruistici o solidaristici, gettano la persona in uno stato di sconforto e d'ansia che spesso aggravano uno stato psicologico già reso precario dalla sintomatologia del paziente. Di qui la sfida a comprendere come la persona possa affrontare il decorso della malattia e quali risorse possano trasformarsi in minaccia per la qualità della vita.

Lo stigma anticipato può essere definito come la tendenza dell'individuo a ritenere di essere bersaglio di svalutazione o esclusione a causa della sua identità di paziente cronico, se tale condizione diviene nota (3). Le ricerche sulla percezione generale di stigma condotte finora su diverse categorie di identità stigmatizzate come la malattia mentale, le vittime di violenze sessuali e di abusi, le persone affette da HIV, hanno mostrato come la percezione di stigma sia accompagnata da un livello più critico di stress psicologico e abbia conseguenze negative anche sul comportamento e gli atteggiamenti delle persone (es. 4, 5, 6).

Le relazioni sociali supportive si configurano come importante fattore di protezione per il benessere della persona che si trova a fronteggiare forme di inabilità più o meno invalidanti e che necessita di trattamenti terapeutici costanti e prolungati nel tempo (7). In tali contesti, familiari e amici rappresentano una fonte d'elezione di supporto, assolvendo funzioni specifiche rispetto ad altri contesti di cura e di confronto (8). Di conseguenza, percepire di essere oggetto di stigma e di pratiche discriminatorie a causa della propria condizione patologica diviene un ostacolo alla partecipazione alla vita sociale per la persona e una minaccia all'identità personale e sociale (9).

La letteratura in ambito psicologico mostra come l'interiorizzazione di stereotipi sociali associati alla condi-

zione di malato cronico abbia conseguenze negative sul benessere psicofisico e sulla salute in termini di distress psicologico (riduzione dell'autostima, aumento di stati d'ansia e depressione) e comportamentale (minor ricorso a servizi assistenziali offerti da strutture sanitarie) (10, 3). In tal senso, anche lo stigma anticipato può rappresentare un predittore di quanto le persone evitino le cure e il trattamento presso i servizi sanitari (11, 12). Secondo una recente indagine realizzata dall'AIMS (*Associazione Italiana Sclerosi Multipla*) in Italia che ha coinvolto 1016 lavoratori con diagnosi di sclerosi multipla (13), le relazioni personali e gli atteggiamenti percepiti nell'ambiente di lavoro sono tra i fattori che concorrono alla perdita dell'attività professionale. In modo analogo uno studio realizzato in Grecia con pazienti affetti da SM, confrontando i sintomi della disabilità con lo status professionale e il sostegno sociale, ha evidenziato la rilevanza di quest'ultimo nell'impatto sulla qualità di vita percepita rispetto agli altri fattori (14).

All'interno del contesto lavorativo, lo stigma anticipato dai lavoratori affetti da patologia cronica ha come conseguenza degli effetti complessi con ripercussioni anche molto diversificate, che vanno dalla compromissione della produttività a quella delle relazioni sul posto di lavoro. Nello specifico, è stata riscontrata una diminuzione del senso di auto-efficacia e dell'autostima del paziente-lavoratore, accompagnata da un incremento dello stato d'ansia durante l'interazione con i colleghi (es. 15). Inoltre, lo stabilizzarsi di una sintomatologia depressiva, strettamente associata al vissuto di stigma e discriminazione, rappresenta un fattore di rischio per la prestazione professionale (16) ed è responsabile dell'aumento significativo del rischio di subire infortuni sul lavoro (17). Pertanto, tra gli altri contesti, diviene estremamente importante sviluppare e includere strumenti di valutazione della percezione e anticipazione di stigma in ambito professionale al fine di identificare precocemente situazioni di rischio e progettare interventi mirati.

Il presente studio ha l'obiettivo di esaminare la rilevanza delle relazioni interpersonali, esplorandone le criticità che da esse possono insorgere in termini di svalutazione e discredito che si possano tradurre in stigma percepito e internalizzato da parte di chi è affetto da tali patologie croniche e degenerative. In particolare, si propone l'adattamento italiano del Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS) (18, 19), uno strumento finalizzato a stimare lo stigma anticipato tra individui affetti da cronicità, senza riferimenti specifici a una particolare condizione o patologia. Lo strumento permette di comprendere gli effetti dello stigma in un modello più generale e confrontare esperienze diverse, contribuendo alla costruzione di pratiche inclusive (es. 20, 21, 22, 23). Infatti, il CIASS risponde alla necessità di poter essere utilizzato su domini differenti, mentre le altre scale attualmente disponibili per rilevare la percezione di stigma sono state validate all'interno di contesti sanitari specifici (24).

Nella versione originale in lingua inglese (sono attualmente in fase di validazione anche versioni in altre lingue dello strumento, come ad esempio in spagnolo) proposta da Earnshaw, Quinn, Kalichman e Park (18), gli item del

CIASS sono stati elaborati a partire da un'analisi della letteratura sulla percezione di stigma in popolazioni cliniche eterogenee, accomunate dalla condizione cronica della malattia. Dall'insieme di quanto emerso, nella sua forma definitiva il questionario comprende in totale 12 item. In generale, si configura come uno strumento breve, la cui compilazione richiede ai partecipanti un carico cognitivo sostenibile.

Gli item sono costituiti da affermazioni che descrivono possibili esperienze stigmatizzanti vissute in relazione a tre principali attori sociali: (1) Amici e famiglia (esempio di item: *Un amico o un familiare penserà male di te*); (2) Colleghi di lavoro (esempio di item: *Qualcuno al lavoro penserà che tu non sia in grado di affrontare le tue responsabilità professionali*); (3) Operatori sanitari (esempio di item: *Un operatore sanitario ti criticherà perché non migliori*). Ogni dimensione è misurata attraverso quattro item. Per ciascuna delle affermazioni presenti nel questionario, il partecipante è invitato a valutare la probabilità di incorrere nelle situazioni descritte, esprimendo tale aspettativa su una scala di risposta di tipo Likert a cinque passi valutativi (da 1=molto improbabile a 5=molto probabile). Gli item della versione italiana del CIASS che sono stati impiegati nel presente studio, sono stati elaborati a partire da un processo di traduzione diretta da parte di due persone madrelingua inglese laureate in psicologia in modo che la versione tradotta riflettesse fedelmente un'adeguata equivalenza concettuale e semantica. Infine si è proceduto a una back translation, realizzata dall'autrice medesima del test per confermare la fedeltà dello strumento.

Nel presente studio saranno esaminate le proprietà psicometriche dello strumento, somministrato a un campione italiano affetto da malattia cronica progressivamente disabilitante quale la sclerosi multipla e il tumore.

Soggetti

Il campione è composto complessivamente da 279 partecipanti, accomunati da una diagnosi di malattia cronica. Tuttavia, all'interno del campione sono identificabili due gruppi distinti, reclutati in parallelo al fine di valutare le proprietà dello strumento su due popolazioni cliniche tra loro eterogenee.

109 di questi pazienti (età media =42 anni, DS=10,81, di cui 42 maschi) sono portatori di sclerosi multipla, e afferiscono all'Unità Operativa Complessa di Neurologia del Presidio Ospedaliero Sant'Elia dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta e alle sezioni provinciali dell'AIMS della regione Sicilia. Al momento della raccolta dei dati tutti i rispondenti riflettevano una compromissione neurologica della patologia compreso tra il grado 1 e 7 secondo il riferimento della EDSS (*Expanded Disability Status Scale*), rendendo possibile l'autonomia nel processo di compilazione del questionario in versione cartacea. I restanti 170 partecipanti (età media =25,72 anni, DS=7,49, di cui 88 maschi) sono stati reclutati all'interno dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino. Questi pazienti, tutti in trattamento

presso la struttura al momento della somministrazione del questionario, presentano quadri clinici eterogenei rispetto alla tipologia di neoplasia che presentano e fanno riferimento a nove macro-categorie, riassunte nella Tabella I.

Dopo essere stati informati degli obiettivi principali della ricerca, tutti i partecipanti hanno espresso il proprio consenso volontario a partecipare alla ricerca. La diagnosi di sclerosi multipla o neoplasia, la padronanza della lingua italiana e la maggiore età rappresentavano l'unico criterio di inclusione dei partecipanti all'interno del campione.

Strumenti

Per la valutazione della validità di costruito del CIASS, la somministrazione è stata effettuata congiuntamente all'uso del BDI-II (*Beck Depression Inventory*) (25), della scala di tratto dello STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) (26) e di una scala volta a valutare lo stigma interiorizzato (19).

Il BDI-II rileva la presenza e intensità di sintomatologia depressiva nelle manifestazioni somatiche-affettive e cognitive. Lo STAI invece, misura l'ansia esperita a livello di tratto in diverse situazioni. Lo stigma interiorizzato è stato rilevato attraverso una scala elaborata ad hoc da Earnshaw e colleghi composta da item adattati a partire da altri strumenti volti a rilevare quanto la persona abbia accettato lo stigma e gli stereotipi a esso associati, percependoli come parte integrante della propria identità (un item esemplificativo è "*Le mie condizioni di salute non mi permettono di essere un buon lavoratore*").

Similmente a quanto effettuato nella validazione originale dello strumento, la somministrazione di questi strumenti è stata limitata al gruppo del campione costituito dai partecipanti con sclerosi multipla.

Analisi dei dati

La maggior parte dei dati sono stati elaborati utilizzando il pacchetto statistico SPSS, versione 22.0 per Windows.

Tabella I. Distribuzioni di frequenza e percentuali del tipo di neoplasia

Neoplasia	N	%
Tumori emolinfopoietici	93	54.7%
Tumori al SNC	30	17.65%
Tumori dell'osso o tessuti molli	31	18.24%
Tumori embrionali	10	5.88%
Tumori gastrointestinali	2	1.18%
Tumori dell'occhio	1	0.59%
Tumori renali	1	0.59%
Tumori epiteliali	1	0.59%
Tumori delle cellule germinali	1	0.59%

L'affidabilità della versione italiana del CIASS è stata verificata attraverso il calcolo dell'indice di coerenza interna Alfa di Cronbach, stimato rispetto alla scala totale (12 items) e per le tre sottoscale da 4 item ciascuna.

La validità strutturale dello strumento è stata valutata attraverso un'analisi fattoriale confermativa mediante il package Lavane del software R (27), utilizzando il criterio dei minimi quadrati diagonalmente ponderati (DWLS) (28) per stimare il modello. Tale metodo risulta affidabile specialmente per campioni mediamente piccoli e per dati ordinali (29). Considerando la sensibilità alla numerosità campionaria dell'indice Chi-quadrato che rende tale indice poco informativo e di difficile interpretazione (30), l'adattamento del modello è stato esaminato additionally attraverso gli indici di adattamento SRMR (*Standardized Root Mean Squared Residual*) e GFI (*Goodness of Fit Index*). Livelli soddisfacenti di adeguatezza sono indicati da valori inferiori a .08 per l'indice SRMR (31), mentre nel caso del GFI sono considerati accettabili i valori superiori a .90 (32).

La consistenza interna è stata valutata tramite il calcolo dei coefficienti di correlazione item-scala-totale. Valori di r al di sotto di .30 non sono stati ritenuti utili per le presenti analisi.

La validità di costruito è stata stimata attraverso l'analisi delle correlazioni bivariate tra il punteggio totale di scala e i punteggi ottenuti alle altre dimensioni quali il BDI-II, lo STAI e della scala di stigma interiorizzato.

Risultati

Affidabilità e consistenza interna

Come riportato nella Tabella II, i coefficienti di attendibilità alfa di Cronbach ottenuti considerando tutti e 12 gli item costituenti il CIASS sono risultati molto soddisfacenti, assumendo un valore di .89 nel gruppo dei pazienti oncologici e .85 in quello dei pazienti con sclerosi multipla. Il calcolo dell'alfa di Cronbach effettuato separatamente per le tre sottoscale di stigma anticipato nelle relazioni con familiari e amici, colleghi di lavoro e operatori sanitari ha confermato l'affidabilità delle singole scale, attestandosi a valori compresi tra .59 e .77.

La consistenza interna dello strumento è stata valutata attraverso le correlazioni medie item totale. Tutti gli item che compongono il questionario sono risultati ben correlati con il punteggio totale, i valori infatti sono compresi tra .26 e .81 (Tabella II). Inoltre, le tre sottoscale di amici e famiglia, colleghi di lavoro e operatori sanitari presentano alti coefficienti di correlazione con il punteggio totale, mostrando valori compresi tra .78 a .93 (Tabella IV).

Validità strutturale

La validità strutturale del CIASS è stata esaminata mediante un'analisi fattoriale confermativa. I tre fattori considerati nel modello corrispondono alle tre fonti di provenienza dello stigma anticipato.

La bontà di adattamento al modello è stata valutata attraverso il test del Chi-quadrato. In generale, un buon

Tabella II. Correlazioni item-sottoscala-totale

Item	CIASS totale		Amici e famiglia		Collegli di lavoro		Operatori sanitari	
	Gruppo 1 (neoplasie)	Gruppo 2 (SM)						
IP1	.26	.53	.45	.68	.16	.27	.17	.41
IP2	.76	.58	.82	.75	.72	.21	.59	.57
IP3	.63	.64	.66	.80	.52	.33	.59	.49
IP4	.71	.63	.75	.83	.52	.30	.74	.50
IP5	.78	.55	.64	.17	.86	.73	.61	.35
IP6	.57	.62	.41	.24	.65	.79	.48	.39
IP7	.69	.67	.60	.39	.65	.77	.64	.40
IP8	.81	.67	.68	.32	.90	.79	.61	.46
IP9	.67	.68	.58	.54	.51	.39	.78	.79
IP10	.74	.70	.67	.58	.57	.44	.81	.74
IP11	.81	.67	.65	.46	.77	.43	.81	.80
IP12	.59	.55	.53	.37	.40	.33	.70	.69
Alfa di Cronbach	.89	.85	.59	.77	.77	.77	.76	.74

adattamento ai dati si associa a valori del Chi-quadro non significativi; tuttavia, la significatività del test del Chi-quadro risulta influenzata dalla numerosità campionaria, mostrando differenze significative anche in presenza di lievi scarti (30). Pertanto, come riportato nella Tabella III, nel presente studio sono stati considerati altri indici di adattamento comparativi, quali l'SRMR e il GFI. I risultati mostrano come la struttura ipotizzata presenti un adattamento adeguato in entrambi i gruppi di partecipanti,

Tabella III. Indici di adattamento al modello

Statistiche	Gruppo 1 (neoplasie)	Gruppo 2 (SM)
Chi-quadro (gl)	14.39 (51)	24.25 (51)
P-value (Chi-quadro)	.06	.58
SRMR	.05	.059
GFI	.99	.995

Tabella IV. Validità strutturale (factor loadings dall'analisi fattoriale confermativa)

Item	Earnshaw et al. (2013)	Gruppo 1 (neoplasie)	Gruppo 2 (SM)
Amici e famiglia (4 items)			
Un amico o un membro della tua famiglia penserà che la malattia sia colpa tua	.69	.23	.57
Un amico o un familiare penserà male di te	.77	.83	.66
Un amico o un familiare ti criticherà perché non stai bene	.81	.78	.72
Un amico o un membro della tua famiglia sarà arrabbiato con te	.78	.86	.73
Collegli di lavoro (4 items)			
Qualcuno al lavoro penserà che tu non sia in grado di affrontare le tue responsabilità professionali	.85	.80	.56
Il datore di lavoro assegnerà un progetto impegnativo a qualcun altro	.94	.83	.66
Qualcuno al lavoro ti discriminerà	.85	.87	.72
Il tuo datore di lavoro non ti permetterà di avanzare di carriera	.83	.87	.76
Operatori sanitari (4 items)			
Un operatore sanitario ti chiederà perché non migliori	.83	.65	.67
Un operatore sanitario si sentirà frustrato a causa tua	.92	.53	.73
Un operatore sanitario ti fornirà scarsa assistenza	.74	.67	.66
Un operatore sanitario penserà che tu non sia un buon paziente	.84	.57	.53

nonostante il Chi-quadro presenti valori vicini alla significatività statistica nel sottogruppo a numerosità maggiore, composto da pazienti affetti da neoplasie ($\chi^2(51)=14.39$; $p=.06$). All'interno del gruppo dei pazienti oncologici invece, il Chi-quadro non è significativo ($\chi^2(51)=24.25$; $p=.58$). Per ciascuno degli indici comparativi utilizzati additivamente rispetto al Chi-quadro, i valori riscontrati rientrano all'interno della soglia che definisce l'accettabilità del modello. Nello specifico, in entrambi i gruppi l'SRMR presenta valori inferiori a .08 e il GFI si attesta in prossimità di 1 (Tabella III), confermando un forte adattamento del modello ai dati e suggerendo la validità strutturale dello strumento.

La Tabella IV riporta i factor loadings ottenuti dall'analisi fattoriale confermativa, mostrando come essi siano pressoché sovrapponibili ai dati ottenuti nella validazione originale del CIASS, fatta eccezione per l'item "Un amico o un membro della tua famiglia penserà che la malattia sia colpa tua", che all'interno del gruppo dei pazienti oncologici presenta una saturazione fattoriale non particolarmente elevata (.23).

Validità di costrutto

La validità di costrutto è stata rilevata attraverso l'analisi delle correlazioni bivariate tra i punteggi al CIASS, sia complessivi che relativi alle diverse sottoscale, e i punteggi ottenuti rispetto ad altri indicatori di malessere psicologico che, alla luce della letteratura esistente, sono generalmente associati alla percezione di stigma (7, 33, 34, 35). I dati presentati nella Tabella V mostrano che, coerentemente a quanto aspettato, lo stigma anticipato risulta positivamente e significativamente correlato con vissuti di ansia ($r=.28$), depressione ($r=.73$) e stigma interiorizzato ($r=.33$). Relazioni significative emergono anche correlando tali dimensioni con le tre sottoscale del CIASS, con valori compresi tra .20 e .31, ad eccezione della correlazione tra ansia e stigma anticipato nelle relazioni con amici e familiari ($r=.16$).

Complessivamente questi risultati suggeriscono che coloro che anticipano in misura maggiore l'essere oggetto di stigma da parte degli altri a causa della loro condizione fisica presentano livelli più alti di depressione, sperimentano più stati ansiosi e hanno interiorizzato in misura maggiore gli stereotipi connessi alla malattia.

Discussione e Conclusioni

Il processo di traduzione del questionario ha condotto a una versione italiana del CIASS di facile comprensione e semanticamente equivalente rispetto allo strumento originale. La possibilità offerta ai pazienti di lasciare un feedback alla fine della compilazione ha reso possibile riscontrare da parte loro una diffusa percezione di chiarezza degli item che compongono lo strumento, estesa a tutti i domini, che li rende pertanto di immediata comprensione al momento della compilazione.

In linea con gli obiettivi dello studio, sono state valutate le proprietà della versione tradotta del CIASS al fine di verificarne l'equivalenza con lo strumento in lingua inglese. Il questionario risulta adeguatamente affidabile, presentando dei coefficienti pressoché comparabili (rispettivamente .89 e .85 nei due gruppi) rispetto a quelli riscontrati nella versione originale (.95) e mostra una buona consistenza interna. In rapporto agli altri strumenti utilizzati, all'interno del gruppo dei partecipanti portatori di sclerosi multipla, lo stigma anticipato risulta in generale connesso ad altri indicatori di salute psicologica. Nello specifico, il legame più forte (.73) si riscontra rispetto ai vissuti di depressione dei pazienti, confermando una relazione a cui in letteratura è stata data ampia attenzione (36, 37). Le correlazioni dello stigma anticipato con le dimensioni di ansia (.28) e di stigma interiorizzato (.33) risultano positive e più moderate, ma comunque in linea rispetto a quelle ottenute per la validazione dello strumento originale (rispettivamente .38 e .55).

In generale, i risultati mostrano che lo strumento conserva le caratteristiche strutturali della versione originale. I dati relativi all'analisi fattoriale confermano che anche la versione italiana dello strumento si articola negli stessi fattori individuati da Earnshaw e colleghi. L'aver riscontrato una saturazione bassa di un item all'interno del gruppo dei pazienti oncologici riflette una limitazione comune agli studi che coinvolgono questo tipo di pazienti e che fanno riferimento a campioni eterogenei per tipologia tumorale. L'eterogeneità dei domini colpiti dal tumore all'interno di studi che valutano percezioni globali è considerata una possibile fonte di

Tabella V. Validità di costrutto (correlazioni del CIASS con le altre scale) gruppo 2

	CIASS totale MEDIA (DS)		CIASS amici e famiglia	CIASS colleghi di lavoro	CIASS operatori sanitari
	Gruppo 1 (neoplasie)	Gruppo 2 (SM)			
CIASS totale	1.41 (.59)	1.92 (.74)	.78	.82	.86
CIASS amici e famiglia	1.34 (.53)	1.57 (.81)	1	.37	.64
CIASS colleghi di lavoro	1.52 (.75)	2.45 (1.09)	.37	1	.52
CIASS operatori sanitari	1.38 (.65)	1.74 (.81)	.64	.52	1
Stigma interiorizzato	1.85 (1.01)	2.72 (1.22)	.23	.28	.30
Ansia		2.19 (.76)	.16	.24	.27
Depressione		10.33 (8.19)	.29	.20	.31

distorsione sia nella valutazione dell'efficacia di interventi (38), che come discriminante nella percezione di qualità della vita (39). Ad esempio, uno studio condotto da Schag e colleghi (40) ha mostrato come il tipo di neoplasia dei partecipanti risultava come l'unica variabile clinica capace di spiegare le differenze riscontrate in termini di percezione di un cambiamento nello status lavorativo tra il gruppo con una diagnosi al cancro al colon e alla prostata. Un indizio a favore di questa ipotesi si riscontra nel confronto con la saturazione elevata ottenuta nel gruppo dei pazienti con sclerosi multipla, al cui interno la condizione di cronicità è più omogenea.

La possibilità di utilizzare il CIASS all'interno di popolazioni cliniche differenti rappresenta uno degli aspetti che lo rende di particolare utilità pratica e di ricerca. I risultati ottenuti nel presente studio vanno a favore della generalizzabilità dello strumento a campioni che presentano differenti patologie croniche, favorendone la comparazione e una maggiore uniformità delle valutazioni. Ad esempio, da un'analisi dei punteggi medi riscontrati nel presente studio (Tabella V) è possibile constatare come il gruppo di pazienti con sclerosi multipla riporta livelli mediamente più elevati di stigma anticipato (1.92) rispetto al gruppo di pazienti oncologici (1.41), rivelando una maggiore vulnerabilità agli effetti della propria condizione in termini di anticipazione di vissuti di stigma in tutti e tre i domini sociali previsti dallo strumento, mostrando uno scarto maggiore nelle relazioni con i colleghi di lavoro.

La capacità dello strumento di discriminare l'anticipazione dello stigma all'interno di tre diversi domini sociali ne rappresenta un altro punto di forza, dal momento che le relazioni nel contesto familiare, lavorativo e assistenziale variano significativamente in funzione dell'importanza e del ruolo che assolvono per l'individuo. L'ambiente di lavoro in particolare è un contesto d'applicazione privilegiato per il CIASS: la percezione di stigma anticipato ha, infatti, delle ricadute sulla qualità delle relazioni interpersonali tra colleghi, sulla salute del lavoratore e sulla produttività lavorativa. Pertanto, la somministrazione della rispettiva sottoscala del questionario potrebbe essere finalizzata a uno screening volto a rilevare il grado in cui il lavoratore percepisce la sua condizione come stigmatizzante agli occhi dei colleghi. Essere in grado di individuare precocemente l'insorgenza di questo tipo di processi in ambiente professionale consentirebbe la progettazione di interventi più mirati ed efficaci.

Un'ulteriore riflessione riguarda la brevità del questionario, che rende adatta la sua somministrazione rispetto a individui che possono presentare una sensibilità alla fatica cognitiva come per le malattie croniche degenerative quali la sclerosi multipla, ma anche rispetto alle esigenze operative e ai tempi di lavoro della struttura entro cui questi sono inseriti. La ricerca futura potrebbe approfondire attraverso studi di tipo longitudinale l'effettivo contributo dello stigma anticipato alla salute percepita e ai comportamenti delle persone affette da patologie croniche nei diversi contesti individuati dallo strumento, estendendone la validazione ad altri gruppi.

Ringraziamenti

Gli autori esprimono il loro sentito ringraziamento a Valerie Earnshaw per il prezioso contributo che ha fornito nella fase di adattamento dello strumento al contesto italiano, preservandone il significato originario. Inoltre, si ringraziano soprattutto Gina Montalto e Steven Spinello per aver collaborato alla raccolta dei dati.

Bibliografia

- 1) Istituto nazionale di statistica (ISTAT). Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2014. Disponibile online su: <http://www.istat.it/it/archivio/4630>.
- 2) McGonagle AK, Barnes-Farrell JL. Chronic illness in the workplace: stigma, identity threat and strain. *Stress Health* 2014; 30(4): 310-321.
- 3) Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *J Pers Soc Psychol* 2009; 97(4): 634-651.
- 4) Holzemer WL, Human S, Arudo J, et al. (2009) Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(3): 161-168.
- 5) Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AE, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS* 2009; 23(17): 2353-2357.
- 6) Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *Am Psychol* 2004; 59(7): 614-625.
- 7) Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135(4): 531-554.
- 8) Rose JH. Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *Am J Community Psychol* 1990; 18(3): 439-464.
- 9) Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol* 2005; 56: 393-421.
- 10) Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25(8): 875-884.
- 11) Earnshaw VA, Quinn DM. The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *J Health Psychol* 2012; 17: 157-168.
- 12) Overstreet NM, Quinn DM. The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help seeking. *Basic Appl Soc Psych* 2013; 35: 109-122.
- 13) Ponzio M, Bricchetto G, Zaratini P, Battaglia MA. Workers with disability: the case of multiple sclerosis. *Neurol Sci* 2015; 36(10): 1835-1841.
- 14) Anagnostouli M, S Katsavos S, Artemiadis A et al. Determinants of stigma experienced by patients suffering from multiple sclerosis. A Hellenic population study. *Mult Scler J* 2014; 20: (S1): 67-284.
- 15) Harden CL, Kossoy A, Vera S, Nikolov B. Reaction to Epilepsy in the Workplace. *Epilepsia* 2004; 45(9): 1134-1140.
- 16) McTernan WP, Dollard MF, LaMontagne AD. Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work Stress* 2013; 27(4): 321-338.
- 17) Pollack KM. Chronic diseases and individual risk for workplace injury. *Occup Environ Med* 2014; 71(3): 155-156.
- 18) Earnshaw, VA.; Quinn, DM. Development and evaluation of the chronic illness anticipated stigma scale. The Annual Convention of the Association for Psychological Science; Boston, MA 2010.
- 19) Earnshaw VA, Quinn DM, Kalichman SC, Park CL. Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *J Behav Med* 2013; 36(3): 270-282.
- 20) Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Laß-Lentzsch A, Petermann F. Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress Coping* 2005; 18(2): 145-155.

- 21) Chan F, McMahon BT, Cheing G, Rosenthal DA, Bezyak J. Drivers of workplace discrimination against people with disabilities: the utility of Attribution Theory. *Work* 2005; 25(1): 77-88.
- 22) Beatty JE, Joffe R. An Overlooked Dimension Of Diversity: The Career Effects of Chronic Illness. *Organ Dyn* 2006; 35(2): 182-195.
- 23) Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annu Rev Psychol* 2007; 58(1): 565-592.
- 24) Van Brakel WH. Measuring health-related stigma—A literature review. *Psychol Health Med* 2006; 11(3): 307-334.
- 25) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- 26) Spielberger CD, Gorsuch RI, Lushene RE. The STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1970.
- 27) R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>
- 28) Forero CG, Maydeu-Olivares A, Gallardo-Pujol D. Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Struct Equ Model A Multidiscip J* 2009; 16(4): 625-641.
- 29) Flora DB, Curran PJ. An Empirical Evaluation of Alternative Methods of Estimation for Confirmatory Factor Analysis With Ordinal Data. *Psychol Methods* 2004; 9(4): 466-491.
- 30) Furr RM, Bacharach VR. Psychometrics: an introduction. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers, 2008.
- 31) Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J* 1999; 6(1): 1-55.
- 32) Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Method Psychol Res* 2003; 8(2): 23-74.
- 33) Mickelson KD. Perceived Stigma, Social Support, and Depression. *Personal Soc Psychol Bull* 2001; 27(8): 1046-1056.
- 34) Cataldo JK, Brodsky JL. Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology* 2013; 85(1): 33-40.
- 35) Quinn DM, Williams MK, Quintana F, et al. Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PLoS One* 2014; 9(5): e96977.
- 36) Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care* 2010.
- 37) Chaudoir SR, Quinn DM. Evidence that anticipated stigma predicts poorer depressive symptom trajectories among emerging adults living with concealable stigmatized identities. *Self Identity* 2015: 1-13.
- 38) Rehse B, Pukrop R: Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling* 2003, 50: 179-186.
- 39) Greaves-Otte JGW, Greaves J, Kruyt PM, et al. Problems at social re-integration of long-term cancer survivors. *Eur J Cancer* 1991; 27: 178-81.
- 40) Schag CA, Ganz PA, Wing DS, et al. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res* 1994; 3: 127-141.

Corrispondenza: *crisrina.mosso@unito.it*