



CENTRO STUDI SEA

ISSN 2240-7596

AMMENTU

**Bollettino Storico, Archivistico e
Consolare del Mediterraneo (ABSAC)**

N. 4

gennaio - giugno 2014

www.centrostudisea.it/ammentu/

Direzione

Martino CONTU (direttore), Giampaolo ATZEI, Manuela GARAU.

Comitato di redazione

Lucia CAPUZZI, Maria Grazia CUGUSI, Lorenzo DI BIASE, Maria Luisa GENTILESCHI, Antoni MARIMÓN RIUTORT, Francesca MAZZUZI, Roberta MURRONI, Carlo PILLAI, Domenico RIPA, Maria Elena SEU, Maria Angel SEGOVIA MARTI, Frank THEMA, Dante TURCATTI, Maria Eugenia VENERI, Antoni VIVES REUS, Franca ZANDA

Comitato scientifico

Nunziatella ALESSANDRINI, Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores (Portogallo); Pasquale AMATO, Università di Messina - Università per stranieri "Dante Alighieri" di Reggio Calabria (Italia); Juan Andrés BRESCIANI, Universidad de la República (Uruguay); Margarita CARRIQUIRY, Universidad Católica del Uruguay (Uruguay); Giuseppe DONEDDU, Università di Sassari (Italia); Luciano GALLINARI, Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea del CNR (Italia); Elda GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spagna); Antoine-Marie GRAZIANI, Università di Corsica Pasquale Paoli - Institut Universitaire de France, Paris (Francia); Rosa Maria GRILLO, Università di Salerno (Italia); Victor MALLIA MILANES, University of Malta (Malta); Roberto MORESCO, Società Ligure di Storia Patria di Genova (Italia); Carolina MUÑOZ-GUZMÁN, Universidad Católica de Chile (Chile); Fabrizio PANZERA, Archivio di Stato di Bellinzona (Svizzera); Roberto PORRÀ, Soprintendenza Archivistica della Sardegna (Italia); Didier REY, Università di Corsica Pasquale Paoli (Francia), Sebastià SERRA BUSQUETS, Universidad de las Islas Baleares (Spagna); Cecilia TASCA, Università di Cagliari (Italia)

Comitato di lettura

La Direzione di AMMENTU sottopone a valutazione (referee), in forma anonima, tutti i contributi ricevuti per la pubblicazione.

Responsabile del sito

Stefano ORRÙ

AMMENTU - Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)

Periodico semestrale pubblicato dal Centro Studi SEA di Villacidro.

Registrazione presso il Tribunale di Cagliari n° 16 del 14 settembre 2011.

ISSN 2240-7596 [online]

c/o Centro Studi SEA

Via Su Coddu de Is Abis, 35

09039 Villacidro (VS) [ITALY]

SITO WEB: www.centrostudisea.it

E-MAIL DELLA RIVISTA: ammentu@centrostudisea.it

Sommario

Presentazione	1
Presentation	3
Présentation	5
Presentación	7
Apresentação	9
Presentació	11
Presentada	13
DOSSIER	
Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo	15
a cura di Alessandro Coni e Martino Contu	
– ALESSANDRO CONI, MARTINO CONTU Introduzione	17
– GIAMPAOLO ATZEI, MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico	21
– MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi	37
– MARTINO CONTU L’assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell’area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo	48
– GUGLIELMINA ORTU Dall’assistenza legale all’assistenza sanitaria locale. Breve <i>excursus</i> delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna	62
– MARTINO CONTU, COSTANZO FRAU I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nell’anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi	70
– IVANO LOCCI Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 nell’anno 2011. Analisi delle diagnosi	85
– COSTANZO FRAU La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione	91
– ROBERTA CAPPAL I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva	111
– ALESSANDRO CONI, COSTANZO FRAU Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri	138
– MANUELA PIANO, MICHELA TUVERI I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n. 6 (2006-2010)	150
– GIANFRANCO CARBONI, ALDO CASADIO Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012	178

FOCUS	
Famílias modernas en América Latina	209
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán	
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Introducción	209
– CARLA FLORES FIGUEROA Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región de Maule, Chile	211
– RAYEN CORNEJO TORRES La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial	221
– LILIANA GUERRA ABURTO La familia como transmisora del sistema sexo-género	230
– MARICELA GONZÁLEZ MOYA <i>Inside Home</i> . La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940	241
– ISKRA PAVEZ SOTO, KATHERINE LEWIN Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte	254
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Child protection in Chile: towards a rights' perspective	268
FOCUS	
Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce	279
a cura di Lorenzo Di Biase	
– LORENZO DI BIASE Introduzione	281
– IMMACOLATA CINUS La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa	283
– EMANUELA LOCCI Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana	304
– LORENZO DI BIASE La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque "tremolanti" sardi perseguitati dal regime	315
Ringraziamenti	347

DOSSIER

Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo

a cura di Alessandro Coni e Martino Contu

Introduzione

Alessandro CONI

ASL di Sanluri

Martino CONTU

Università di Sassari/ASL di Sanluri

Il Dossier *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo*, apre una finestra, secondo un approccio interdisciplinare, sul complesso e variegato mondo della salute mentale, focalizzando la propria attenzione su una piccola area geografica della Sardegna, il Medio Campidano, nel cui territorio opera l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) n. 6 di Sanluri. Tale ASL, suddivisa in due Distretti sanitari, San Gavino e Sanluri, fornisce assistenza e prestazioni alle persone con disturbi mentali, attraverso una rete di strutture territoriali costituite dalle sedi di San Gavino e Sanluri del Centro di Salute Mentale (CSM), dalle Case Famiglia di Serramanna e Guspini, dai Gruppi di convivenza di Serramanna e dal Centro Diurno di San Gavino.

Il territorio preso in esame, già appartenente alla provincia di Cagliari, e divenuta provincia autonoma dal 2005 al 2013, comprende 28 comuni, con una popolazione di circa 100.000 abitanti. Quest'area, di tradizionale vocazione agro-pastorale e di industria estrattiva, da più di vent'anni registra un costante calo demografico; mutamento dovuto alle variazioni concernenti il saldo naturale, sempre più negativo, e il saldo migratorio, anch'esso negativo. Il risultato è che il Medio Campidano appare oggi come un territorio con una popolazione sempre più vecchia, i cui giovani tendono ad emigrare a causa dell'indebolimento dei fattori propulsivi dello sviluppo e dell'occupazione. (Giampaolo Atzei, Martino Contu).

L'andamento demografico negativo e il progressivo invecchiamento della popolazione sono stati accompagnati, a partire dagli anni novanta del XX secolo, dalla chiusura del comparto minerario piombo-argentifero e dell'industria chimica e tessile, quest'ultima nata negli anni sessanta del Novecento. Tali difficoltà, unitamente alle crisi cicliche del settore agro-pastorale, hanno contribuito ad accentuare la crisi economico e sociale del Medio Campidano. Una crisi favorita anche da deficit strutturali e congiunturali che, in questo ultimo lustro, ha prodotto una debolezza del sistema produttivo e un aumento della disoccupazione degli individui in età lavorativa. (Martino Contu).

In un'area geografica, a forte vocazione agricola, nel 1860 nacque il primo ospedale rurale della Sardegna, l'ospedale Managu di Siddi, dove risulta siano stati ricoverati e trattati anche pazienti affetti da problemi mentali o da "isterismo". Tuttavia, le persone malate di mente del Medio Campidano, dalla fine dell'Ottocento ai primi anni del Novecento, venivano ricoverati all'interno del nuovo ospedale civile di Cagliari, il San Giovanni di Dio, dove operò un moderno reparto psichiatrico. Successivamente, nel 1907, venne inaugurato il manicomio "Villa Clara" di Cagliari, dove venivano ospitati i cosiddetti «maniaci». Infine, nel 1997, con la chiusura del manicomio, i pazienti originari dei comuni del Medio Campidano, tornarono in carico alla USL (Unità Sanitaria Locale) n. 6 di Sanluri. (Martino Contu).

Le Unità Sanitarie Locali, nate dopo lo scardinamento, tra gli anni sessanta e settanta, del sistema degli enti mutualistici e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, iniziarono a operare a livello periferico, per fornire prestazioni sanitarie ai cittadini. Tali Unità, successivamente trasformate con le riforme degli anni

novanta in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica, iniziarono a operare in ogni regione d'Italia. In Sardegna, con la Legge del 26 gennaio 1995, n. 5, si istituirono otto Aziende Sanitarie Locali, ancora oggi esistenti e funzionanti, compresa la ASL 6 di Sanluri al cui interno sono stati organizzati i servizi per la cura della salute mentale. Tali servizi sono assicurati prevalentemente nelle due sedi di Sanluri e San Gavino del CSM. (Guglielmina Ortu).

I pazienti che nella sede di San Gavino del Centro di Salute Mentale hanno avuto almeno un contatto nell'arco del 2011, sono stati oggetto di valutazione, in chiave epidemiologica, con lo specifico intento di evidenziare e analizzare la prevalenza trattata. Attraverso lo studio delle cartelle cliniche e dei certificati rilasciati ai pazienti, è stato possibile analizzare alcuni indicatori socio-demografici che forniscono notizie utili per la valutazione del sistema di salute mentale del CSM di San Gavino. Le diagnosi, invece, sono state formulate, utilizzando le stesse fonti, per essere successivamente categorizzate in base al *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR). (Martino Contu, Costanzo Frau).

Nell'ambito dell'attività svolta nella sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL 6 di Sanluri, è stata analizzata la prevalenza delle patologie degli utenti che, nell'arco del 2011, hanno richiesto accertamenti medico-legali, altrimenti detti Certificazioni. «Proprio perché la richiesta di certificazioni è più frequentemente finalizzata all'ottenimento di benefici economici quali assegni di invalidità civile e/o accompagnamento, è più probabile che le patologie dei richiedenti siano di gravità significativa a fini pensionistici, sottorappresentando pertanto le patologie meno gravi quali i Disturbi d'Ansia». (Ivano Locci).

Particolare attenzione viene posta al concetto di dissociazione, da diversi decenni finito nell'oblio. Solo dopo la guerra del Vietnam rinasce l'interesse per il trauma e la dissociazione. «Spostare il fulcro dell'attenzione sulla fenomenologia dissociativa permette di rivalutare molte delle categorie diagnostiche fatte dal DSM-V e di migliorare la diagnosi differenziale tra i diversi disturbi psichiatrici». In questo studio, infatti, è stata effettuata un'analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione. «Sono state trascritte le diagnosi psichiatriche fatte dal Centro di Salute Mentale della ASL di Sanluri nel 2011. I dati sono stati recuperati dalle cartelle cliniche e dai certificati rilasciati per quanto riguarda i pazienti afferenti alla sede di San Gavino, dai soli certificati per i pazienti afferenti alla sede di Sanluri». (Costanzo Frau).

Nel Dossier vengono presentati anche i primi risultati di un'indagine sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e volontari (TSV) nei confronti di pazienti affetti da disturbi mentali effettuati dal Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992- 2011. Uno studio esplorativo e descrittivo che è stato realizzato utilizzando come fonti principali dell'indagine i registri dei ricoveri custoditi negli Archivi delle due sedi del CSM di Sanluri e San Gavino. (Roberta Cappai).

L'analisi si sposta poi allo studio dei pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) ricoverati in SPDC nell'anno 2013. Si tratta di utenti caratterizzati da intense emozioni, relazioni interpersonali instabili e agiti autolesivi. Sono soprattutto questi ultimi che rendono la loro terapia complicata. «Questi soggetti vengono ricoverati con una frequenza molto alta, in particolar modo quando la terapia che seguono non è strutturata in modo da avere come primo obiettivo proprio una loro riduzione. Non seguire i modelli psicoterapici evidence-based nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità fa sì che questi pazienti entrino nel circolo vizioso dei ricoveri, rendendo infausta la loro prognosi e rappresentando un costo altissimo per la salute pubblica». (Alessandro Coni, Costanzo Frau).

Il CSM della ASL di Sanluri, nello svolgimento della propria attività istituzionale, eroga servizi per la cura della malattia mentale anche attraverso le Case Famiglia di Guspini e Serramanna e il Centro Diurno di San Gavino. L'attività di queste strutture residenziali e semiresidenziali è stata oggetto di una lettura sia descrittiva che analitica. Nello specifico, con riferimento al quinquennio 2006-2010, «vengono analizzate le caratteristiche della popolazione afferente alle Case Famiglia, ai Gruppi di convivenza e al Centro diurno sulla base delle variabili di residenza, genere, età media, titolo di studio e professione, con una particolare attenzione allo studio delle classi diagnostiche degli utenti, e alle professionalità e al monte ore degli operatori impiegati». (Manuela Piano, Michela Tuveri).

Il Dossier si chiude con un'analisi dei bisogni di salute dei detenuti della Casa di Reclusione "Is Arenas", sita nel territorio del comune di Arbus, e con la descrizione dell'offerta assistenziale erogata nel corso del 2011 dal sistema sanitario dell'amministrazione penitenziaria. Segue una parte che descrive lo stato di salute - compreso quello mentale- dei detenuti sulla base di uno studio effettuato su 230 cartelle cliniche appartenenti ai reclusi nei primi quattro mesi del 2012. Infine, una terza parte nella quale vengono descritti i bisogni di salute osservati dal Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze della ASL di Sanluri attraverso due rilevazioni effettuate nel 2011. (Gianfranco Carboni, Aldo Casadio).

La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico¹

Giampaolo ATZEI
Università di Cagliari

Martino CONTU
Università di Sassari/ASL di Sanluri

Abstract

The geographic area of Middle Campidano, formerly belonging to the Province of Cagliari, became autonomous in 2005. Including 28 municipalities with a population of just over 100,000 inhabitants, this area has recorded a remarkable population decline over the past few years; such a change is due both to an increasingly negative natural balance and a staggering migration rate. Middle Campidano appears today as an area with ageing population, while young people tend to emigrate because of the weak economical development and scarce employment.

Keywords

Middle Campidano, population, demographics, natural balance, migration, ageing index

Riassunto

L'area geografica del Medio Campidano, appartenente alla Provincia di Cagliari, nel 2005 è divenuta autonoma. Questo territorio, comprendente 28 comuni, con una popolazione di poco più di 100.000 abitanti, ha registrato, nell'arco di questi ultimi anni, un consistente calo demografico; mutamento dovuto alle variazioni concernenti il saldo naturale, sempre più negativo, e il saldo migratorio, anch'esso negativo. Il risultato è che il Medio Campidano appare oggi come un territorio con una popolazione sempre più vecchia, i cui giovani tendono ad emigrare a causa dell'indebolimento dei fattori propulsivi dello sviluppo e dell'occupazione.

Parole chiave

Medio Campidano, popolazione, andamento demografico, saldo naturale, saldo migratorio, indice di vecchiaia

1. Il Medio Campidano: una Provincia inedita²

La (ex) Provincia del Medio Campidano comprende 28 Comuni, con una estensione territoriale di poco superiore ai 1.516 Km², pari a circa il 6,3% della superficie regionale, ed una popolazione residente al 31 dicembre 2010 di 102.409 abitanti, pari al 6,1% del totale regionale.

Storicamente, senza considerare le ripartizioni di età giudiciale e poi feudale, una prima ripartizione amministrativa del territorio del Medio Campidano assimilabile all'attuale Ente, risale al Regio Editto del 4 maggio 1807, con il quale la Sardegna venne suddivisa in quindici prefetture, tra cui quella con sede a Villacidro. Nel 1821 Carlo Alberto ridusse il numero delle Province a dieci, aggregando la prefettura di Villacidro alla Provincia di Iglesias, soggetta al Tribunale di Prefettura di Cagliari ed

¹ Giampaolo Atzei è autore del primo paragrafo, mentre Martino Contu risulta autore dei paragrafi 3 e 4. Il paragrafo 2 è stato redatto da entrambi gli autori.

² Il primo paragrafo è una rielaborazione di GIAMPAOLO ATZEI, *Il Medio Campidano: una provincia inedita*, in *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano. Dossier statistico 2001/2007*, a cura di Giampaolo Atzei, Manuela Garau, Monia Gemma Manis, Centro Studi SEA - Provincia del Medio Campidano, Villacidro-Sanluri 2008, pp. 13-15.

alla Vice-Intendenza di Cagliari. Anche dopo la riforma operata a seguito della “fusione perfetta” della Sardegna con gli Stati di terraferma, avvenuta con la Legge n. 807 del 12 agosto 1848, l’attuale Medio Campidano rimase compreso nella Provincia di Iglesias nella “divisione” di Cagliari, unitamente alle Province di Cagliari ed Isili. Con l’Unità d’Italia e la Legge Rattazzi n. 3702 del 23 ottobre 1859, la Sardegna venne riorganizzata in sole due Province ed il circondario di Iglesias, sede di sottoprefettura, di cui il Medio Campidano faceva parte, risultò compreso nella Provincia di Cagliari.

Negli anni ‘90 del XX secolo, la riorganizzazione territoriale di alcune strutture, tra cui ad esempio i servizi sanitari dell’ASL, ebbe un importante ruolo nell’avviare il decentramento nel Comune di Sanluri, strategicamente ubicato sulla S.S. 131 “Carlo Felice”, di alcuni servizi coinvolgenti la parte settentrionale della Provincia di Cagliari. L’area del Medio Campidano, estesa dall’area mineraria dell’Arburese, sino alle subregioni storiche della Marmilla e della Trexenta, si aggiungeva allora a quelle che già da tempo rivendicavano l’autonomia provinciale (Gallura, Ogliastra e Sulcis-Iglesiente), aprendo peraltro la sfida per la costituzione di una inedita Provincia priva di una consolidata tradizione urbana.

Assai complesso e tortuoso è stato l’iter che ha accompagnato l’istituzione della nuova Provincia. In virtù della competenza legislativa esclusiva in materia di “ordinamento degli enti locali e delle relative circoscrizioni” riconosciuta dallo Statuto Speciale alla Regione Sardegna, con la Legge Regionale n. 4 del 2 gennaio 1997 recante “Riassetto generale delle Province e procedure ordinarie per l’istituzione delle nuove Province e la modificazione delle circoscrizioni provinciali”, si prevedeva la possibilità di procedere alla revisione generale delle circoscrizioni provinciali della Sardegna. Qualche anno dopo, il 31 marzo 1999 il Consiglio Regionale approvò lo schema di nuovo assetto provinciale, ma solo il 14 aprile 2000 il Consiglio Regionale, con un’apposita legge, proponeva l’istituzione delle Province di Carbonia-Iglesias, del Medio Campidano, dell’Ogliastra e di Olbia-Tempio.

Il Governo Italiano, tuttavia, rinviava alla Regione il provvedimento sostenendo che lo stesso non rientrava nelle competenze della Regione Autonoma (e che quindi le nuove Province potevano essere istituite solo con leggi della Repubblica) ed in quanto non appariva chiara l’insussistenza di oneri per lo Stato. In seguito alla riapprovazione della legge da parte del Consiglio Regionale il 6 giugno 2000, il Governo nazionale promuoveva un ricorso di legittimità costituzionale contro il provvedimento regionale. La Corte Costituzionale, con sentenza n. 230 del 6 luglio 2001, dichiarava però non fondata la questione di legittimità costituzionale e riconosceva che rientra nelle competenze della Regione Sardegna l’istituzione di nuove Province nel suo territorio, precisando comunque che non è stabilito alcun nesso necessario tra l’istituzione di una Provincia e la creazione di uffici statali decentrati su scala corrispondente, quali Prefettura, Questura, Camera di Commercio e quant’altro.

Dopo la sentenza della Consulta, con la Legge Regionale n. 9 del 12 luglio 2001 recante “Istituzione delle Province di Carbonia-Iglesias, del Medio Campidano, dell’Ogliastra e di Olbia-Tempio”, in attuazione della precedente Legge Regionale n. 4 del 1997, la Regione istituiva le nuove Province di Carbonia-Iglesias, del Medio Campidano, dell’Ogliastra e di Olbia-Tempio.

Con Legge Regionale n. 10 del 13 ottobre 2003 recante “Ridefinizione delle circoscrizioni provinciali” venivano apportate delle rettifiche alla delimitazione e all’assetto delle circoscrizioni provinciali già approvati nel 1999. Dalla nuova Provincia del Medio Campidano usciva allora la Trexenta, ossia i Comuni di Mandas,

Orroli, Nurri, Isili, Nuragus, Nurallao, Guasila, Villanovatulo, Samatzai, Gergei, Serri ed Escolca, che preferivano rimanere nella Provincia di Cagliari, mentre lasciavano definitivamente quest'ultima ed entravano così nell'ente del Medio Campidano i 28 Comuni di Arbus, Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Gonnosfanadiga, Guspini, Las Plassas, Lunamatrona, Pabillonis, Pauli Arbarei, Samassi, San Gavino Monreale, Sanluri, Sardara, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villacidro, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca (Cfr. Figura 1). Territorio che possiamo suddividere in tre distinte sub-aree geografiche: Area Ex Mineraria, Campidano Irriguo e Marmilla³. (Cfr. Figura 2).

Le nuove Province sono poi diventate operative a seguito delle elezioni provinciali dell'8 e 9 maggio 2005. Il 18 gennaio 2006 il Consiglio Provinciale del Medio Campidano, con la maggioranza richiesta dei 2/3, ha formalizzato la scelta per la Provincia di un doppio capoluogo: Sanluri (già sede provvisoria) dove ha sede la Presidenza della Giunta, e Villacidro (il Comune più popoloso della Provincia) che ospita il Consiglio Provinciale.

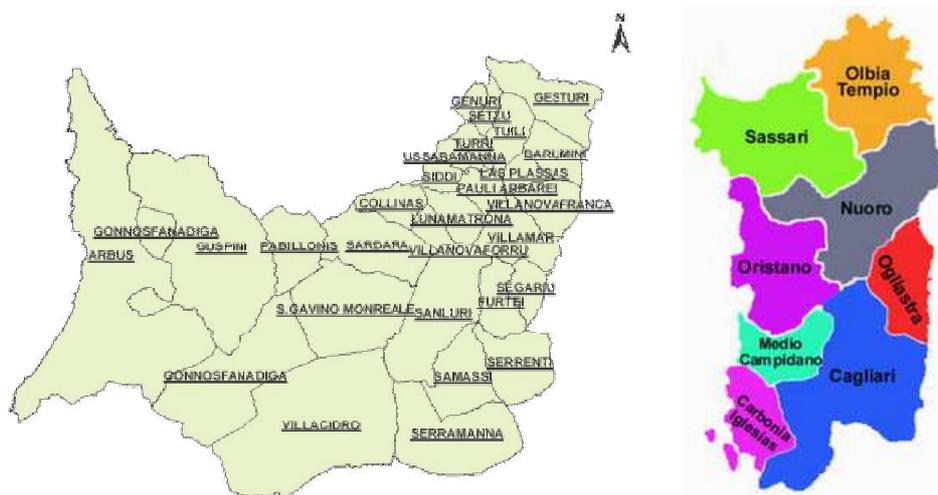


Figura 1 - La Provincia del Medio Campidano alla luce della L.R. n. 10 del 13 ottobre 2003

³ Per un maggiore dettaglio di analisi, anche in questa sede si è adottata la chiave di lettura del territorio suggerita dal Centro Regionale di Programmazione della Regione Sardegna nell'ambito della Progettazione Integrata 2006, che ha individuato all'interno della Provincia tre aree sostanzialmente omogenee per storia, cultura, tradizioni ed economia. In particolare la tripartizione è stata così organizzata:

1. Area ex mineraria, al cui interno ricadono i Comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro;
2. Campidano Irriguo, di cui fanno parte i Comuni di Samassi, Serramanna e Serrenti;
3. Marmilla, che comprende i Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Sanluri, Segariu, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovafranca e Villanovaforru.

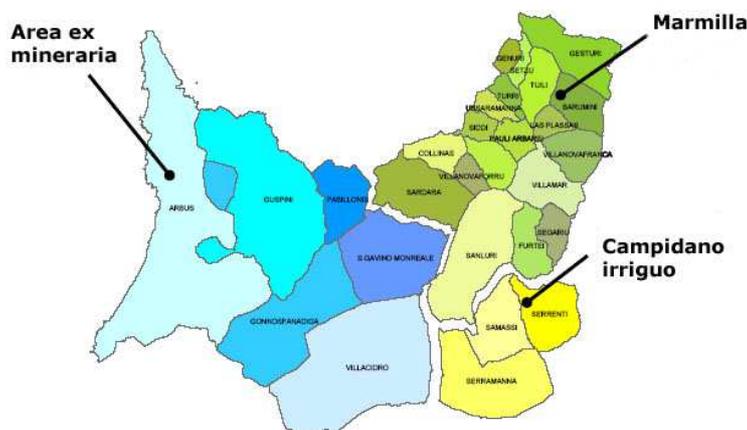


Figura 2 - Carta delle aree sub-provinciali del Medio Campidano

2. Un territorio con un forte decremento demografico

La recente costituzione delle Province del Medio Campidano e di Carbonia-Iglesias ha modificato profondamente gli assetti amministrativi e le prospettive di programmazione che coinvolgono la Sardegna meridionale, sino a poco tempo fa interamente compresa nell'alveo istituzionale della Provincia di Cagliari. Trasformazioni che hanno prodotto, come vedremo più avanti, delle sostanziali modifiche nell'assetto territoriale e amministrativo della ASL n. 6 di Sanluri.

Per meglio poter governare, programmare ed implementare le corrette politiche di intervento sul tessuto sociale ed economico della nuova Provincia e, sul piano sanitario, della ASL n. 6, è fondamentale maturare una coscienza della sua particolare evoluzione sociale e demografica.

Ripercorrendo la storia recente del territorio, pure considerando i dati ISTAT relativi all'ultimo censimento della popolazione residente, è facile osservare come lo scenario demografico della comunità territoriale del Medio Campidano, comprendente 28 unità amministrative, abbia registrato nel corso di un decennio un sensibile mutamento solo in parte dovuto alle variazioni concernenti il saldo naturale.

La lunga crisi economica associata alla fragilità strutturale del sistema industriale del territorio (è noto il peso esercitato nell'arco di oltre un secolo dall'industria mineraria in una parte significativa della Provincia ed il tracollo manifestatosi in questi ultimi lustri) ha prodotto nel corso degli anni un sostanziale indebolimento dei fattori propulsivi dello sviluppo e dell'occupazione, con ripercussioni sensibili sull'andamento dei flussi migratori in uscita.

Come illustra la seguente Tabella 1, nella Provincia del Medio Campidano, in termini assoluti, dal 1991 al 2001 il territorio ha perso 4.385 abitanti, passando da 109.785 unità a 105.400. Ad aver registrato la perdita più consistente (superiore alle 200 unità) sono stati i Comuni di Guspini (685), San Gavino Monreale (659), Arbus (575), Gonnosfanadiga (350), Serramanna (292) e Villacidro (252). Tuttavia, il dato demografico acquista un rilievo maggiormente significativo se analizzato in termini relativi. In questa prospettiva è da considerare la variazione percentuale della

popolazione residente nel decennio 1991-2001: piccole comunità come Las Plassas, Genuri o Setzu registrano un saldo percentuale negativo rispettivamente del 15,1%, 13,1% e 12,2%. Dei 28 Comuni che costituiscono la Provincia del Medio Campidano, a parte Pauli Arbarei (in cui la popolazione residente si è mantenuta sostanzialmente stabile) è soltanto Sanluri a registrare un saldo demografico positivo nell'arco di un decennio.

Tabella 1 - Provincia del Medio Campidano: Dati censimenti 1991 e 2001

Comuni	Popolazione residente censita al 21 ottobre 2001	Popolazione residente censita al 20 ottobre 1991	Variazione di popolazione tra il 1991 ed il 2001 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 1991 ed il 2001 (percentuali)
Arbus	7.021	7.596	-575	-7,6%
Gonnosfanadiga	6.970	7.320	-350	-4,8%
Guspini	12.695	13.380	-685	-5,1%
Pabillonis	3.044	3.106	-62	-2,0%
San Gavino Monreale	9.460	10.119	-659	-6,5%
Sardara	4.350	4.503	-153	-3,4%
Villacidro	14.732	14.984	-252	-1,7%
Area Ex Mineraria	58.272	61.008	-2.736	-4,7%
Samassi	5.274	5.463	-189	-3,5%
Serramanna	9.545	9.837	-292	-3,0%
Serrenti	5.174	5.327	-153	-2,9%
Campidano Irriguo	19.993	20.627	-634	-3,2%
Barumini	1.413	1.475	-62	-4,2%
Collinas	1.014	1.076	-62	-5,8%
Furtei	1.723	1.793	-70	-3,9%
Genuri	386	444	-58	-13,1%
Gesturi	1.430	1.480	-50	-3,4%
Las Plassas	269	317	-48	-15,1%
Lunamatrona	1.858	1.896	-38	-2,0%
Pauli Arbarei	720	719	1	0,1%
Sanluri	8.519	8.499	20	0,2%
Segariu	1.358	1.383	-25	-1,8%
Setzu	166	189	-23	-12,2%
Siddi	799	878	-79	-9,0%
Tuili	1.185	1.263	-78	-6,2%
Turri	533	572	-39	-6,8%
Ussaramanna	611	656	-45	-6,9%
Villamar	2.960	3.147	-187	-5,9%

Comuni	Popolazione residente censita al 21 ottobre 2001	Popolazione residente censita al 20 ottobre 1991	Variazione di popolazione tra il 1991 ed il 2001 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 1991 ed il 2001 (percentuali)
Villanovaforru	700	739	-39	-5,3%
Villanovafranca	1.491	1.624	-133	-8,2%
Marmilla	27.135	28.150	-1.015	-3,7%
Totale PROVINCIA	105.400	109.785	-4.385	-4,2%

Fonte: ISTAT

L'analisi dei dati ISTAT del quinquennio 2001-2005 (vedi la sottostante Tabella 2) conferma l'emorragia demografica del Medio Campidano, registrata anche per le tre singole aree geografiche in cui è stato suddiviso il territorio dell'ente intermedio. Al 31 dicembre 2001 la popolazione residente nei 28 Comuni era pari 105.316 abitanti, scesi cinque anni dopo a 104.055, con un saldo negativo di 1.261 abitanti (-1,2%). Nell'arco di tre lustri, dal 1991 al 2005, l'attuale Provincia del Medio Campidano ha registrato un decremento di 5.730 unità, pari al -5,2% in termini percentuali.

Tabella 2 - Provincia del Medio Campidano: Popolazione residente 2001 e 2005

Comuni	Popolazione residente al 31 dicembre 2005	Popolazione residente al 31 dicembre 2001	Variazione di popolazione tra il 2005 ed il 2001 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2005 ed il 2001 (percentuali)
Arbus	6.846	7.012	-166	-2,4%
Gonnosfanadiga	7.002	6.955	47	0,7%
Guspini	12.561	12.686	-125	-1,0%
Pabillonis	2.985	3.041	-56	-1,9%
San Gavino Monreale	9.242	9.443	-201	-2,2%
Sardara	4.299	4.353	-54	-1,3%
Villacidro	14.603	14.723	-120	-0,8%
Area Ex Mineraria	57.538	58.213	-675	-1,2%
Samassi	5.341	5.285	56	1,0%
Serramanna	9.386	9.545	-159	-1,7%
Serrenti	5.105	5.169	-64	-1,3%
Campidano Irriguo	19.832	19.999	-167	-0,8%
Barumini	1.392	1.419	-27	-1,9%
Collinas	937	1.008	-71	-7,6%
Furtei	1.666	1.713	-47	-2,8%
Genuri	371	385	-14	-3,8%
Gesturi	1.375	1.426	-51	-3,7%

Comuni	Popolazione residente al 31 dicembre 2005	Popolazione residente al 31 dicembre 2001	Variazione di popolazione tra il 2005 ed il 2001 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2005 ed il 2001 (percentuali)
Las Plassas	283	269	14	4,9%
Lunamatrona	1.816	1.850	-34	-1,9%
Pauli Arbarei	694	717	-23	-3,3%
Sanluri	8.541	8.524	17	0,2%
Segariu	1.350	1.356	-6	-0,4%
Setzu	157	166	-9	-5,7%
Siddi	770	801	-31	-4,0%
Tuili	1.146	1.178	-32	-2,8%
Turri	495	533	-38	-7,7%
Ussaramanna	590	611	-21	-3,6%
Villamar	2.928	2.958	-30	-1,0%
Villanovaforru	704	698	6	0,9%
Villanovafranca	1.470	1.492	-22	-1,5%
Marmilla	26.685	27.104	-419	-1,6%
Totale PROVINCIA	104.055	105.316	-1.261	-1,2%

Fonte: ISTAT

3. La popolazione residente nel Medio Campidano al 31 dicembre 2010 e nel biennio 2012-2013

Confermando una tendenza ormai consolidata da anni, l'analisi dei dati ISTAT relativi alla Provincia del Medio Campidano, aggiornati al 31 dicembre 2010, ha evidenziato un ulteriore decremento nella popolazione residente. Difatti, l'ultimo dato disponibile attesta una popolazione residente pari a 102.409 unità complessive, ovvero 238 unità in meno rispetto al 31 dicembre 2009. In quest'ultimo anno, la popolazione (102.647 ab.) risultava invece diminuita di 383 unità rispetto alla fine del 2008 (103.020 ab.).

Come si può leggere nella seguente Tabella 3, i Comuni più popolosi rimangono Villacidro (14.454 ab.), Guspini (12.469 ab.), Serramanna (9.333 ab.), San Gavino Monreale (8.960 ab.), Sanluri (8.530 ab.), Gonnosfanadiga (6.917 ab.) ed Arbus (6.615 ab.), mentre Setzu (146 ab.), Las Plassas (266 ab.) e Genuri (353 ab.) si confermano le comunità più piccole. Per gran parte dei Comuni maggiori, nell'arco dell'anno in esame, si è registrato un saldo demografico negativo. Particolarmente evidenti i dati di Villacidro, San Gavino e Arbus che, dal 31 dicembre 2009 al 31 dicembre 2010, hanno perso rispettivamente 61, 59 e 44 abitanti, per un totale di 164 unità, pari al 68,9% del totale della perdita annuale di popolazione dell'intera provincia. Registrano invece un seppur contenuto incremento demografico - non influente sulla tendenza generale di crescita della popolazione che è e rimane negativa, anche se più contenuta rispetto agli anni passati - Guspini, Serrenti, Samassi, Furtei, Serramanna, Villanovaforru, Villamar, Lunamatrona e Pauli Arbarei.

Peraltro, tale situazione provinciale appare ancora più grave se confrontata con il dato complessivo della regione Sardegna che invece tende leggermente al progresso:

la popolazione sarda è difatti salita dalle 1.672.404 unità del 31 dicembre 2009 alle 1.675.411 del 31 dicembre 2010, con un incremento di 3.007 abitanti.

Tabella 3 - Popolazione residente nella Provincia del Medio Campidano al 31/12/2010

Comuni	Maschi	Femmine	Totale
Arbus	3.272	3.343	6.615
Gonnosfanadiga	3.355	3.562	6.917
Guspini	6.156	6.313	12.469
Pabillonis	1.481	1.466	2.947
San Gavino Monreale	4.360	4.600	8.960
Sardara	2.076	2.141	4.217
Villacidro	7.202	7.252	14.454
AREA EX MINERARIA	27.902	28.677	56.579
Samassi	2.606	2.732	5.338
Serramanna	4.644	4.689	9.333
Serrenti	2.537	2.541	5.078
CAMPIDANO IRRIGUO	9.787	9.962	19.749
Barumini	665	674	1.339
Collinas	443	454	897
Furtei	855	835	1.690
Generi	172	181	353
Gesturi	649	637	1.286
Las Plassas	135	131	266
Lunamatrona	880	919	1.799
Pauli Arbarei	335	313	648
Sanluri	4.170	4.360	8.530
Segariu	638	677	1.315
Setzu	75	71	146
Siddi	361	347	708
Tuili	540	540	1.080
Turri	222	225	447
Ussaramanna	291	281	572
Villamar	1.449	1.432	2.881
Villanovaforru	353	330	683
Villanovafranca	737	704	1.441
MARMILLA	12.970	13.111	26.081
TOTALE	50.659	51.750	102.409

Fonte: Elaborazione CSM Sanluri su dati ISTAT

Nel 2010, il decremento demografico è stato determinato soprattutto da un saldo naturale negativo, con più morti rispetto ai nati (-225). Le sub-regioni che registrano un saldo naturale negativo sono quelle dell'Area Ex Mineraria (-133) e della Marmilla

(-100), mentre il Campidano Irriguo presenta un saldo naturale positivo (8). (Si veda la Tab. 4).

Tabella 4 - Provincia del Medio Campidano: Saldo naturale al 31/12/2010

Comuni	Nati			Morti			Saldo Naturale		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Arbus	20	11	31	44	27	71	-24	-16	-40
Gonnosfanadiga	23	29	52	56	42	98	-33	-13	-46
Guspini	43	35	78	57	52	109	-14	-17	-31
Pabillonis	12	9	21	15	13	28	-3	-4	-7
San Gavino Monreale	30	34	64	33	42	75	-3	-8	-11
Sardara	14	21	35	21	11	32	-7	10	3
Villacidro	59	59	118	69	50	119	-10	9	-1
AREA EX MINERARIA	201	198	399	295	237	532	-94	-39	-133
Samassi	23	16	39	22	10	32	1	6	7
Serramanna	35	35	70	43	37	80	-8	-2	-10
Serrenti	28	19	47	18	18	36	10	1	11
CAMPIDANO IRRIGUO	86	70	156	83	65	148	3	5	8
Barumini	3	0	3	14	4	18	-11	-4	-15
Collinas	2	1	3	5	8	13	-3	-7	-10
Furtei	3	4	7	10	5	15	-7	-1	-8
Genuri	0	2	2	2	4	6	-2	-2	-4
Gesturi	2	3	5	8	9	17	-6	-6	-12
Las Plassas	3	0	3	5	1	6	-2	-1	-3
Lunamatrona	6	5	11	10	10	20	-4	-5	-9
Pauli Arbarei	1	4	5	3	3	6	-2	1	-1
Sanluri	35	29	64	46	27	73	-11	2	-9
Segariu	3	7	10	5	4	9	-2	3	1
Setzu	0	0	0	1	1	2	-1	-1	-2
Siddi	4	2	6	4	2	6	0	0	0
Tuili	6	1	7	9	6	15	-3	-5	-8
Turri	1	0	1	5	3	8	-4	-3	-7
Ussaramanna	3	0	3	1	5	6	2	-5	-3
Villamar	8	9	17	12	13	25	-4	-4	-8
Villanovaforru	2	1	3	1	2	3	1	-1	0
Villanovafranca	5	4	9	5	6	11	0	-2	-2
MARMILLA	87	72	159	146	113	259	-59	-41	-100
TOTALE	374	340	714	524	415	939	-150	-75	-225

Fonte: Elaborazione CSM Sanluri su dati ISTAT

Il saldo migratorio, pur essendo a livello provinciale negativo (-13), risulta positivo nel Campidano Irriguo (44) e nella Marmilla (7), mentre è negativo nell'Area Ex Mineraria (-64). Il dato nuovo che emerge rispetto al passato è che nella Marmilla si registra un'inversione di tendenza, anche se contenuta nei numeri. (Cfr. Tab. 5).

Tabella 5 - Saldo migratorio nella Provincia del Medio Campidano al 31/12/2010

Comuni	Iscritti			Cancellati			Saldo Migratorio		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Arbus	33	46	79	48	35	83	-15	11	-4
Gonnosfanadiga	36	54	90	35	42	77	1	12	13
Guspini	92	96	188	58	73	131	34	23	57
Pabillonis	18	23	41	18	29	47	0	-6	-6
San Gavino Monreale	48	61	109	85	72	157	-37	-11	-48
Sardara	24	21	45	31	30	61	-7	-9	-16
Villacidro	66	52	118	83	95	178	-17	-43	-60
AREA EX MINERARIA	317	353	670	358	376	734	-41	-23	-64
Samassi	35	34	69	24	31	55	11	3	14
Serramanna	76	75	151	65	69	134	11	6	17
Serrenti	30	38	68	21	34	55	9	4	13
CAMPIDANO IRRIGUO	141	147	288	110	134	244	31	13	44
Barumini	18	19	37	13	10	23	5	9	14
Collinas	4	4	8	4	4	8	0	0	0
Furtei	16	29	45	12	12	24	4	17	21
Genuri	5	4	9	4	7	11	1	-3	-2
Gesturi	7	6	13	9	8	17	-2	-2	-4
Las Plassas	5	6	11	5	10	15	0	-4	-4
Lunamatrona	15	20	35	14	11	25	1	9	10
Pauli Arbarei	6	11	17	6	9	15	0	2	2
Sanluri	84	89	173	81	97	178	3	-8	-5
Segariu	8	8	16	11	10	21	-3	-2	-5
Setzu	0	0	0	1	3	4	-1	-3	-4
Siddi	2	1	3	8	6	14	-6	-5	-11
Tuili	8	9	17	10	13	23	-2	-4	-6
Turri	4	5	9	7	6	13	-3	-1	-4
Ussaramanna	2	6	8	6	3	9	-4	3	-1
Villamar	28	30	58	22	26	48	6	4	10
Villanovaforru	5	8	13	1	4	5	4	4	8
Villanovafranca	8	11	19	16	15	31	-8	-4	-12
MARMILLA	225	266	491	230	254	484	-5	12	7
TOTALE	683	766	1.449	698	764	1.462	-15	2	-13

Fonte: Elaborazione CSM Sanluri su dati ISTAT

La serie storica dell'andamento demografico su base provinciale dal 2001 al 2010 (cfr. Tabella 7) è stata elaborata facendo riferimento all'attuale territorio del Medio Campidano pure quando questo era integrato nella vecchia Provincia di Cagliari. Dalla lettura dei dati emerge un trend decrescente che segna il progressivo spopolamento dell'area provinciale. Infatti, dal 2001 al 2010, si registra una perdita complessiva di 2.907 abitanti. La storicità e la coerenza del fenomeno rende chiaro come questo sia il frutto di problemi strutturali nella popolazione campidanese, con saldi naturali e migratori negativi, con un fenomeno consistente di emigrazione sommersa, concentrata soprattutto nella Marmilla⁴, e con la tendenza all'invecchiamento. Ad ogni modo, nel lustro 2006-2010, la perdita di abitanti risulta più contenuta rispetto al lustro precedente. Infatti, negli anni 2001-2005, il territorio ha perso 1.589 unità contro le 1.318 del periodo 2006-2010 (cfr. Tabelle 2 e 6).

Tabella 6 - Provincia del Medio Campidano: popolazione residente 2006 e 2010

Comuni	Popolazione residente al 31 dicembre 2010	Popolazione residente al 31 dicembre 2006	Variazione di popolazione tra il 2010 ed il 2006 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2010 ed il 2006 (percentuali)
Arbus	6.615	6.779	-164	-2,5%
Gonnosfanadiga	6.903	6.993	-76	1,1%
Guspini	12.469	12.518	-49	-0,4%
Pabillonis	2.947	2.978	-31	-1,1%
San Gavino Monreale	8.903	9.172	-212	-2,4%
Sardara	4.217	4.269	-52	-1,2%
Villacidro	14.454	14.586	-132	-0,9%
Area Ex Mineraria	56.579	57.295	-716	-1,1%
Samassi	5.338	5.357	-19	-0,3%
Serramanna	9.333	9.403	-70	-0,7%
Serrenti	5.078	5.112	-34	-0,7%
Campidano Irriguo	19.749	19.872	-123	-0,6%
Barumini	1.339	1.381	-42	-3,1%
Collinas	897	930	-33	-3,7%
Furtei	1.690	1.663	27	+1,6%
Genuri	353	366	-13	-3,7%
Gesturi	1.286	1.373	-87	-6,7%
Las Plassas	266	266	0	0,0%
Lunamatrona	1.799	1.819	-20	-1,1%
Pauli Arbarei	648	685	-37	-5,7%
Sanluri	8.530	8.566	-36	-0,4%
Segariu	1.315	1.342	-27	-2,0%
Setzu	146	153	-7	-4,8%

⁴ Sull'emigrazione sommersa nell'area sub-provinciale della Marmilla, cfr. MARTINO CONTU, *L'emigrazione sommersa. Uno studio di caso sull'emigrazione non ufficiale di alcuni Comuni della Marmilla*, in PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano. Dossier statistico 2001/2007*, cit., pp. 54-60; e MONIA GEMMA MANIS, *L'emigrazione sommersa nella Marmilla*, in PROVINCIA MEDIO CAMPIDANO, *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano. Dossier statistico 2008*, a cura di GIAMPAOLO ATZEI, MANUELA GARAU, MONIA GEMMA MANIS, Centro Studi SEA - Provincia Medio Campidano, Villacidro-Sanluri [2010], pp. 111-123.

Comuni	Popolazione residente al 31 dicembre 2010	Popolazione residente al 31 dicembre 2006	Variazione di popolazione tra il 2010 ed il 2006 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2010 ed il 2006 (percentuali)
Siddi	708	754	-46	-6,5%
Tuili	1.080	1.138	-58	-5,4%
Turri	447	477	-30	-6,7%
Ussaramanna	572	590	-18	-3,1%
Villamar	2.881	2.908	-27	-0,9%
Villanovaforru	683	690	-7	-1,0%
Villanovafranca	1.441	1.459	-18	-1,2%
Marmilla	26.081	26.560	-479	-3,0%
Totale PROVINCIA	102.409	103.727	-1.318	-1,3%

Fonte: ISTAT

Tabella 7 - Provincia del Medio Campidano: popolazione residente per sub-aree dal 2001 al 2010

Comuni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Arbus	7.012	6.980	6.897	6.895	6.846	6.779	6.716	6.677	6.659	6.615
Gonnosfanadiga	6.955	6.959	6.989	7.011	7.002	6.993	7.026	6.968	6.950	6.917
Guspini	12.686	12.719	12.670	12.560	12.561	12.518	12.517	12.465	12.443	12.469
Pabillonis	3.041	3.003	2.984	2.982	2.985	2.978	2.973	2.958	2.960	2.947
San Gavino Monreale	9.443	9.355	9.331	9.257	9.242	9.172	9.112	9.099	9.019	8.960
Sardara	4.353	4.341	4.305	4.331	4.299	4.269	4.255	4.252	4.230	4.217
Villacidro	14.723	14.724	14.683	14.633	14.603	14.586	14.572	14.537	14.515	14.454
AREA EX MINERARIA	58.213	58.081	57.859	57.669	57.538	57.295	57.171	56.956	56.776	56.579
Samassi	5.285	5.369	5.347	5.332	5.341	5.357	5.361	5.337	5.317	5.338
Serramanna	9.545	9.536	9.463	9.443	9.386	9.403	9.344	9.328	9.326	9.333
Serrenti	5.169	5.136	5.124	5.125	5.105	5.112	5.109	5.075	5.054	5.078
CAMPIDANO IRRIGUO	19.999	20.041	19.934	19.900	19.832	19.872	19.814	19.740	19.697	19.749
Barumini	1.419	1.416	1.390	1.395	1.392	1.381	1.375	1.354	1.340	1.339
Collinas	1.008	991	973	954	937	930	927	907	907	897
Furtei	1.713	1.703	1.681	1.657	1.666	1.663	1.653	1.658	1.677	1.690
Genuri	385	377	374	374	371	366	368	363	359	353
Gesturi	1.426	1.408	1.383	1.379	1.375	1.373	1.362	1.341	1.302	1.286
Las Plassas	269	267	270	275	283	266	269	260	273	266
Lunamatrona	1.850	1.839	1.821	1.806	1.816	1.819	1.819	1.805	1.798	1.799
Pauli Arbarei	717	715	714	710	694	685	682	663	647	648
Sanluri	8.524	8.546	8.556	8.539	8.541	8.566	8.548	8.555	8.544	8.530
Segariu	1.356	1.358	1.359	1.353	1.350	1.342	1.327	1.315	1.319	1.315

Comuni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Setzu	166	166	163	160	157	153	154	152	152	146
Siddi	801	792	785	784	770	754	749	742	719	708
Tuili	1.178	1.167	1.157	1.148	1.146	1.138	1.123	1.116	1.094	1.080
Turri	533	522	508	500	495	477	468	470	458	447
Ussaramanna	611	607	604	607	590	590	583	583	576	572
Villamar	2.958	2.956	2.925	2.912	2.928	2.908	2.890	2.883	2.879	2.881
Villanovaforru	698	696	698	709	704	690	689	683	675	683
Villanovafranca	1.492	1.482	1.476	1.481	1.470	1.459	1.465	1.474	1.455	1.441
MARMILLA	27.104	27.008	26.837	26.743	26.685	26.560	26.451	26.324	26.174	26.081
TOTALE	105.316	105.130	104.630	104.312	104.055	103.727	103.436	103.020	102.647	102.409

Fonte: Elaborazione CSM Sanluri su dati ISTAT

Nel corso del biennio 2011-2012, la popolazione del Medio Campidano ha continuato a decrescere in maniera consistente. Nell'arco di 12 mesi, dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011, il territorio ha perso 1.231 abitanti, pari all'1,2% del totale della popolazione registrata nell'anno, quasi quanti ne ha persi nel quinquennio 2006-2010, quando è stata evidenziata una perdita in valori assoluti di 1.318 unità, pari all'1,3% della variazione di popolazione tra il 2010 e il 2006 (cfr. Tabella 6).

Tabella 8 - Provincia del Medio Campidano: popolazione residente 2010, 2011 e 2012

Comuni	2010	2011	2012	Variazione di popolazione tra il 2011 ed il 2010 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2011 ed il 2010 (valori percentuali)	Variazione di popolazione tra il 2012 ed il 2011 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2012 ed il 2011 (valori percentuali)
Arbus	6.615	6.576	6.487	-39	-0,6%	-89	-1,3%
Gonnosfanadiga	6.917	6.692	6.640	-225	-3,2%	-52	-0,8%
Guspini	12.469	12.268	12.163	-201	-1,6%	-105	-0,8%
Pabillonis	2.947	2.956	2.938	+9	+0,3%	-18	-0,6%
San Gavino Monreale	8.960	8.898	8.823	-62	-0,7%	-75	-0,8%
Sardara	4.217	4.153	4.155	-64	-1,5%	+2	0,0%
Villacidro	14.454	14.276	14.232	-178	-1,2%	-44	-0,3%
AREA EX MINERARIA	56.579	55.819	55.438	-760	-1,3%	-381	-0,7%
Samassi	5.338	5.327	5.313	-11	-0,2%	-14	-0,3%
Serramanna	9.333	9.227	9.235	-106	-1,1%	+8	+0,1%
Serrenti	5.078	5.026	5.005	-52	-1%	-21	-0,4%
CAMPIDANO IRRIGUO	19.749	19.580	19.553	-169	-0,9%	-27	-0,1%
Barumini	1.339	1.312	1.312	-27	-2,0%	0	0,0%
Collinas	897	881	860	-16	-1,8%	-21	-2,4%
Furtei	1.690	1.672	1.674	-18	-1,1%	-2	-0,1%
Genuri	353	345	347	-8	-2,7%	+2	+0,6%

Comuni	2010	2011	2012	Variazione di popolazione tra il 2011 ed il 2010 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2011 ed il 2010 (valori percentuali)	Variazione di popolazione tra il 2012 ed il 2011 (valori assoluti)	Variazione di popolazione tra il 2012 ed il 2011 (valori percentuali)
Gesturi	1.286	1.287	1.281	+1	+0,1%	-6	-0,5%
Las Plassas	266	257	250	-9	-3,4%	-7	-2,7%
Lunamatrona	1.799	1.776	1.768	-23	-1,3%	-8	-0,4%
Pauli Arbarei	648	651	646	+3	+0,5%	-5	-0,8%
Sanluri	8.530	8.441	8.429	-89	-1,0%	-12	-0,1%
Segariu	1.315	1.271	1.253	-44	-3,3%	-18	-1,4%
Setzu	146	144	146	-2	-1,4%	+2	+1,4%
Siddi	708	694	690	-14	-2,0%	-4	-0,6%
Tuili	1.080	1.061	1.056	-19	-1,7%	-5	-0,5%
Turri	447	442	441	-5	-1,1%	-1	-0,2%
Ussaramanna	572	553	558	-19	-3,3%	+5	+0,9%
Villamar	2.881	2.869	2.842	-12	-0,4%	-27	-0,9%
Villanovaforru	683	686	662	+3	+0,4%	-24	-3,5%
Villanovafranca	1.441	1.437	1.418	-4	-0,3%	-69	-4,8%
MARMILLA	26.081	25.779	25.633	-302	-1,2%	-146	-0,6%
TOTALE	102.409	101.178	100.624	-1231	-1,2%	-554	-0,5%

Fonte: Elaborazione CSM Sanluri su dati ISTAT

Anche nel 2012 la popolazione ha subito un decremento, anche se meno consistente rispetto al 2011, con una perdita di 554 unità (-0,5%). Per cui, dal 2010 al 2012, la Provincia ha perso 1.785 abitanti. Nel triennio 2010-2012, l'area Ex mineraria è stata quella maggiormente penalizzata, con 1.141 unità perse, con Guspini e Gonnosfanadiga che perdono, rispettivamente, 306 e 277 abitanti, rappresentando oltre il 50% della perdita totale di popolazione del bacino ex minerario, seguita dalla Marmilla con 448 unità in meno. In questa area geografica si assiste alla diminuzione degli abitanti di Sanluri; centro che, con 101 unità in meno, interrompe un trend sostanzialmente positivo che durava da anni. Tutti i restanti centri della Marmilla perdono abitanti, con l'eccezione di Setzu che rimane stabile con 146 abitanti. Il Campidano Irriguo perde 196 abitanti. Un decremento che colpisce soprattutto i Comuni di Serrenti e Serramanna.

4. L'invecchiamento della popolazione

Il Medio Campidano diventa sempre più un territorio poco attrattivo, con una popolazione che decresce, registrando saldi naturali e emigratori negativi. Mentre i giovani in età lavorativa tendono ad emigrare verso altre aree geografiche dell'Isola della penisola e all'estero, la popolazione che rimane diventa sempre più anziana. Non a caso, relativamente all'Indice di vecchiaia (Iv)⁵, calcolato per il 2001 e per il 2007, la provincia registra valori alti. Infatti, l'Iv nel 2001 era pari a 125,3%, il valore

⁵ L'Indice di vecchiaia si ottiene rapportando la popolazione di età superiore ai 65 anni a quella di età inferiore ai 15. Per valori dell'Iv superiore a 100 si individua una preponderanza della popolazione di oltre 65 anni rispetto alla popolazione più giovane. Questo significa che quando l'Iv è superiore a 100 la popolazione è relativamente anziana, quando è inferiore la popolazione è relativamente giovane.

più alto dopo quello di Oristano (141,2%). Nel 2007 si registra invece un lv pari a 164,4% collocandosi il Medio Campidano subito dopo le province di Oristano (178,2%) e di Carbonia Iglesias (169,4%). Nel 2001, i comuni che registrano un lv più basso sono: Villacidro (94,1%), Pabillonis (98,1%), Segariu (100,4%) e Sanluri (106,7%). I comuni sotto i 1.000 abitanti sono invece quelli che registrano un lv molto alto superiore al 200%. Nel 2007, i comuni di Villacidro, Pabillonis e Sanluri continuano a registrare lv più bassi, anche se in aumento rispetto al 2001. Gli lv del 2001 e del 2007 risultano superiori a quelli registrati in Sardegna negli stessi anni (116,1% e 146,9%), mentre nel 2007 il dato provinciale risulta superiore a quello nazionale (142,8%)⁶. L'lv appare decisamente molto alto in Marmilla, pari al 188,4% nel 2001 e a 242,6% nel 2007. Seguono il Campidano Irriguo con il 122,6% e il 157,1% e l'area Ex Mineraria, rispettivamente, con il 122,6% e il 138,1%.

Anche gli Indici di dipendenza (Id)⁷, calcolati per gli anni 2001 e 2007, presentano valori alti. I comuni più piccoli, con una popolazione inferiore ai 1.000 abitanti, presentano Id superiori al dato provinciale e regionale. Nel 2001 i comuni con un Id basso risultano essere Villacidro, San Gavino, Sanluri, Serramanna e Sardara, mentre nel 2007 troviamo ancora Villacidro, San Gavino, Serramanna e Sardara e poi Pabillonis e Serrenti. Se analizziamo il dato che si riferisce alle sub-regioni, notiamo che l'area della Marmilla è quella che registra l'Id più alto sia nel 2001 (52,2%) che nel 2007 (56,80%), rispetto al Campidano Irriguo (43,2% e 43,8%) e all'area Ex Mineraria (43,0% e 44,6%).

Tabella 9 - Indici di vecchiaia e di dipendenza per Comuni della Provincia del Medio Campidano suddivisi per aree geografiche. Anni 2001, 2007

Comune	Indice di vecchiaia Anno 2001	Indice di vecchiaia Anno 2007	Indice di dipendenza Anno 2001	Indice di dipendenza Anno 2007
Arbus	159,3	202,9	47,34	47,60
Gonnosfanadiga	135,4	180,4	44,87	47,61
Guspini	116,7	162,1	44,54	47,38
Pabillonis	98,1	118,2	44,40	43,21
San Gavino Monreale	124,9	174,7	37,63	41,27
Sardara	129,6	167,4	42,44	42,93
Villacidro	94,1	128,8	39,95	42,53
Area Ex Mineraria	122,6	138,1	43,0	44,6
Samassi	129,9	157,9	43,34	46,84
Serramanna	119,3	145,3	41,05	42,59
Serrenti	118,6	168,2	45,12	41,96
Campidano Irriguo	122,6	157,1	43,2	43,8
Barumini	151,5	204,2	56,62	57,50
Collinas	213,2	255,7	54,84	59,28
Furtei	131,5	169,2	48,31	48,65

⁶ Cfr. PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Provincia del Medio Campidano. Analisi socio-economica 2010*, Crenos, Cagliari 2010, pp. 15-16.

⁷ L'Indice di dipendenza si ottiene rapportando la somma delle classi d'età superiore ai 65 anni ed inferiore ai 15, alla classe in età di lavoro che va dai 15 ai 64 anni. I valori dell'Id superiori a 100 registrano uno squilibrio delle fasce d'età improduttive (i maggiori di 65 e i minori di 15 anni) sulle classi potenzialmente produttive.

Comune	Indice di vecchiaia Anno 2001	Indice di vecchiaia Anno 2007	Indice di dipendenza Anno 2001	Indice di dipendenza Anno 2007
Genuri	222,9	375,0	67,39	56,60
Gesturi	158,3	241,6	59,51	52,35
Las Plassas	177,1	200,0	56,40	55,49
Lunamatrona	172,1	232,4	54,55	52,35
Pauli Arbarei	136,2	188,6	52,88	59,35
Sanluri	106,7	137,7	41,76	44,12
Segariu	100,4	150,0	50,83	47,94
Setzu	378,6	400,0	67,68	73,03
Siddi	127,8	202,6	48,61	44,32
Tuili	252,4	320,6	60,49	66,86
Turri	314,3	487,5	61,52	67,14
Ussaramanna	242,9	242,3	54,68	71,47
Villamar	118,9	156,9	50,61	52,03
Villanovaforru	195,1	196,6	53,07	60,98
Villanovafranca	191,4	205,4	51,47	52,92
Marmilla	188,4	242,6	52,2	56,8
Medio Campidano	125,34	164,43	44,30	46,01
Sardegna	116,10	146,85	42,70	44,64

Fonte: Elaborazioni del CSM di Sanluri su dati Demo-Istat bilancio demografico al 31 dicembre 2007.

La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi

Martino CONTU

Università di Sassari/ASL di Sanluri

Abstract

In the nineties of the 20th century, the economic and social crisis in Middle Campidano area dramatically sunk with the closing of the mines and of the chemical and textile industries. In the last five years, such crisis has also been favoured by structural and cyclical deficits that caused the weakening of the productive system and an increase in unemployment of individuals of working age.

Keywords

Middle Campidano, socio-economic crisis, income, poverty rate, unemployment

Riassunto

Negli anni novanta del XX secolo, con la chiusura del comparto minerario e dell'industria chimica e tessile, si accentuò la crisi economico e sociale del Medio Campidano. Una crisi favorita anche da deficit strutturali e congiunturali che, in questo ultimo lustro, ha prodotto una debolezza del sistema produttivo e un aumento della disoccupazione degli individui in età lavorativa.

Parole chiave

Medio Campidano, crisi socio-economica, reddito, indice di povertà, disoccupazione

1. Dal secondo dopoguerra agli anni novanta. La chiusura dell'industria estrattiva e la crisi irreversibile dell'industria chimico e tessile del polo industriale di Villacidro

Alla fine degli anni quaranta e nei primissimi anni cinquanta, la Sardegna rimaneva ancora «un pezzo periferico di un Mezzogiorno abbandonato e depresso»¹, il cui malessere sfociò, ben presto, nelle lotte dei minatori per la salvezza dell'industria mineraria e nelle lotte dei contadini per la conquista delle terre. Problemi ai quali lo Stato cercò di intervenire in due modi: 1) istituendo la Cassa per il Mezzogiorno (Legge 10 agosto 1950, n. 664) con il compito di avviare un ampio programma di intervento pubblico nel Sud del Paese e, quindi, anche in Sardegna, finalizzato soprattutto alla realizzazione di infrastrutture; 2) approvando i provvedimenti di riforma agraria - la cosiddetta Legge stralcio del 1950 - con i quali si voleva affrontare in modo organico il problema della fame di terra dei contadini del Sud Italia e delle isole maggiori, Sardegna e Sicilia. Precedentemente, tra il 1946 e il 1950, era stato portato a termine anche un imponente programma di interventi per l'eradicazione della malaria - atavico problema dell'isola - grazie al sostegno finanziario dell'UNRRA e della Rockefeller Foundation². Ad ogni modo, se si esclude il successo nella lotta contro la malaria, «Nessuno degli interventi degli anni cinquanta doveva incidere consistentemente sull'agricoltura: si realizzavano nuovi invasi idrici, ma rimaneva indietro la costruzione della rete di distribuzione, cosicché modesto è stato sia l'aumento delle colture foraggere, che avrebbero permesso di trasformare

¹ MANLIO BRIGAGLIA, GUIDO MELIS, *La Sardegna autonomistica (1944-1995)*, in MANLIO BRIGAGLIA (a cura di), *Storia della Sardegna*, Della Torre, Cagliari 1998, p. 280.

² Sul tema, cfr. EUGENIA TOGNOTTI, *Un progetto americano per la Sardegna del dopoguerra*, Edizioni Fondazione Sardinia, Sassari 1995.

l'allevamento da brado e semibrado in stanziale, che delle colture ortofrutticole»³. La Sardegna, inoltre, «si presentava all'inizio di un periodo di incrementati scambi e di maggiore inserimento nel mercato capitalistico in una condizione paragonabile a quella di un paese coloniale, nel quale l'esportazione di prodotti agricoli e minerari non bilancia la crescente importazione di manufatti»⁴. E anche la politica di industrializzazione forzata non produsse gli effetti desiderati, in quanto entrò in crisi nell'arco di pochi lustri, penalizzando fortemente i poli industriali dell'isola, compreso quello di Villacidro. Infatti, negli anni novanta, l'industria chimica e tessile, che aprì i battenti nell'area industriale di Villacidro alla fine degli anni sessanta, con l'assunzione di 3.000 addetti, entrò irrimediabilmente in crisi sino alla sua inevitabile chiusura. Parallelamente, in quello stesso periodo, si assistette prima alla crisi e poi alla chiusura della miniera di Montevecchio, sfruttata già in epoca nuragica e romana; sorte che sarebbe toccata a un'altra storica miniera, quella di Monteponi a Iglesias.

Calando il sipario sulla millenaria attività estrattiva, ovvero sulla prima e più antica industria della Sardegna e sull'industria chimico-tessile, voluta e imposta dallo Stato con il Piano di Rinascita degli anni sessanta, l'Isola e, soprattutto, il territorio del Medio Campidano, si ritrovarono senza grande industria e senza miniere da sfruttare, con conseguenze sociali e economiche che era possibile non solo immaginare, ma toccare con mano perché colpivano quasi tutte le famiglie: aumento vertiginoso della disoccupazione, in particolare di quella giovanile, incremento dell'emigrazione (compreso il fenomeno dell'emigrazione sommersa), spopolamento dei centri abitati.⁵

Alla fine del secondo conflitto mondiale, l'unica industria presente nell'area del Guspinese Villacidrese era quella estrattiva. Infatti, risultavano pienamente funzionanti le miniere di Montevecchio (Guspini), Ingurtosu e Gennamari (Arbus), Canale Serci (Villacidro), Perda 'e Pibera (Gonnosfanadiga) e la fonderia di San Gavino. Le miniere di Canale Serci e Perda 'e Pibera chiusero negli anni Cinquanta, quelle di Ingurtosu e Gennamari negli anni sessanta, mentre quella di Montevecchio nel 1991. Quest'ultima era la miniera del territorio dove si concentrava il maggior numero di addetti, seguita da quella di Ingurtosu, e che esercitò una notevole influenza sulla vita sociale, economica, politica e sindacale della comunità di Guspini. Qui, il ripristino della legalità democratica negli anni immediatamente successivi alla caduta del fascismo e alla fine del secondo conflitto mondiale, sarà segnato da malumori quotidiani e da agitazioni per le tristi condizioni di vita degli abitanti. Il periodo del dopoguerra, infatti, a causa delle difficili condizioni economiche e sociali che investivano sia il mondo delle campagne che il settore estrattivo, si caratterizzò per il ribellismo, l'insubordinazione di massa e altre forme di protesta, come gli scioperi e gli attentati dinamitardi che coinvolsero anche il vicino centro di Arbus. Il 7 settembre 1946 centinaia di disoccupati guspinesi

³ MARIA LUISA GENTILESCHI, *Sardegna*, in MARIA LUISA GENTILESCHI, RICCIARDA SIMONCELLI (a cura di), *Rientro degli emigrati e territorio. Risultati di inchieste regionali*, Istituto Grafico Italiano, Napoli 1983, p. 285.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Per ulteriori dettagli sull'andamento della popolazione nel territorio del Medio Campidano negli anni 1989-2000, cfr. RAFFAELE CALLIA, *Popolazione e territorio. Aspetti demografici del Medio Campidano nell'ultimo decennio*, in RAFFAELE CALLIA, GIAMPIERO CARTA, MARTINO CONTU, MARIA GRAZIA CUGUSI, *Storia del movimento sindacale nella Sardegna meridionale*, AM&D, Cagliari 2002, pp. 591-605. Per ulteriori approfondimenti sullo stesso tema, con riferimento agli anni 2001-2007, cfr. PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano. Dossier statistico 2001-2007*, a cura di GIAMPAOLO ATZEI, MANUELA GARAU, MONIA GEMMA MANIS, Provincia del Medio Campidano, Villacidro-Sanluri 2008.

«protestarono per il mancato inizio dei lavori pubblici da tempo promessi e si recarono alla sede della locale Camera del Lavoro richiedendo l'intervento del segretario affinché si facesse portavoce delle proprie istanze davanti al sindaco».⁶ Sempre a Guspini, il 16 gennaio del 1947, più di cento pensionati protestarono davanti al municipio «per la mancata concessione delle rivendicazioni della categoria»,⁷ tra le quali vi era la richiesta di aumento delle pensioni.⁸ Il 23 febbraio del 1947, durante la “giornata del contadino” proclamata in tutta la Sardegna dalla Federterra, diverse centinaia di contadini manifestarono davanti al palazzo municipale, «chiedendo adeguamenti salariali e presentando una serie di rivendicazioni».⁹ Il 30 agosto di quello stesso anno, il professor Antonio Murgia, «un medico che fu podestà della cittadina mineraria durante il ventennio fascista, [...], subì un'aggressione con una bomba a mano insieme al geometra Silvio Saba e al medico Camolio, con i quali si trovava a dialogare. Dei tre perse la vita il prof. Murgia, orribilmente straziato dall'ordigno».¹⁰ Nel 1948 si costituì il Comitato locale per la terra diretto ad ottenere il rinnovamento dell'agricoltura e il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro del contadino.¹¹ Due anni dopo, la mattina dell'8 marzo del 1950, oltre 3.000 contadini, provenienti da Guspini, Pabillonis, San Nicolò d'Arcidano e da altri comuni del circondario, occuparono circa 200 ettari di terra nella tenuta di Sa Zeppara, all'interno del territorio comunale di Guspini, di proprietà della baronessa Luigia Serra Rossi. Gli occupanti si portarono appresso dei cartelli «con scritte che affermavano lo stato di miseria e di disoccupazione dei contadini, la richiesta di pane e di lavoro, di terre da lavorare e della riforma agraria: “voglio pane e lavoro”, “siamo disoccupati”, “vogliamo lavoro”, [...], ecc.».¹² La folla, arringata da due consiglieri regionali, Sebastiano Dessanay del PCI e Antonio Francesco Branca del PSI, - successivamente arrestati dalle forze dell'ordine - lasciò la tenuta nel pomeriggio per poi rioccuparla i giorni seguenti nel corso dei quali ci furono degli scontri con la polizia e i carabinieri e diversi arresti.¹³

⁶ GIANPIERO CARTA, *Le lotte contadine nell'immediato dopoguerra*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 216.

⁷ ARCHIVIO DELLA CAMERA DEL LAVORO DI GUSPINI, Ordine Pubblico (scioperi, disordini, ecc.), *Riunioni, Conferenze pubbliche e manifestazioni varie civili e religiose*, cat. 15, classe V, fasc. II; ora in RAFFAELE CALLIA, *L'attività e le strategie del movimento sindacale nel Guspinese dal secondo dopoguerra alla fine degli anni Settanta*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 327.

⁸ *Ibidem*.

⁹ CONTU, *Le lotte contadine fino al 1950*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 227. Cfr., inoltre, ARCHIVIO DI STATO DI CAGLIARI (d'ora in avanti ASCA), PREFETTURA-GABINETTO, *Relazioni*, busta 18, fasc. 69, *Relazioni gennaio-dicembre 1947*, PREFETTURA DI CAGLIARI, *Relazione mensile sulla situazione della Provincia durante il mese di febbraio 1947*, indirizzata al ministro dell'Interno - Gabinetto, Cagliari, 28 febbraio 1947. Si consulti, nella fattispecie, la voce *Pubblica Sicurezza*. 23.2.1947. *Guspini*: «300 agricoltori riunitisi nella piazza del Municipio chiedevano l'intervento del Sindaco per la concessione di aumenti salariali e il pagamento del premio della Repubblica. Nessun incidente».

¹⁰ CALLIA, *L'attività e le strategie del movimento sindacale*, cit., p. 328.

¹¹ CONTU, *Le lotte contadine fino al 1950*, cit., pp. 230-231.

¹² *Ivi*, p. 238.

¹³ Cfr. AS CA, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazioni*, busta 22, fasc. 72, *Relazioni mensili al Ministero dell'Interno - Gabinetto sulla situazione della Provincia*, anni gennaio-dicembre 1950, QUESTURA DI CAGLIARI, *Relazione mensile sulla situazione politica, sulla pubblica opinione e sulle condizioni della pubblica sicurezza (mese di marzo 1950)*, alla Prefettura - Gabinetto, Cagliari, 25 marzo 1950, alla voce *Pubblica Sicurezza*, 22 marzo 1950 - *Guspini*; e *Ivi*, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazione mensile sulla situazione politica della Provincia durante il mese di maggio*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, (Cagliari), 29 maggio 1950, alla voce *Situazione Politica*. Cfr., inoltre, CONTU, *Le lotte contadine fino al 1950*, cit., pp. 238 e ss.

Altrettanto difficile si presentava la situazione nell'area mineraria di Montevecchio e Ingurtosu. Il 28 marzo del 1946, nella prima di queste miniere, 1.200 operai si astennero dal lavoro per ottenere aumenti salariali, un migliore trattamento da parte dei dirigenti, l'abolizione dei cottimi, la sostituzione del personale addetto alla cucina dei minatori e l'aumento della razione giornaliera di pane.¹⁴ A Ingurtosu invece, il 27 giugno dello stesso anno, 400 operai entrarono in sciopero in segno di protesta per il mancato pagamento dell'indennità di bombardamento;¹⁵ l'8 novembre gli operai perforatori si astennero dal lavoro per tre giorni perché la loro busta paga era considerata inadeguata,¹⁶ mentre il 3 gennaio del 1947, «900 operai proclamarono lo sciopero in segno di protesta per il mancato pagamento dell'indennità di contingenza e di vestiario da parte della Direzione delle Miniere», riprendendo servizio il 3 febbraio successivo non appena soddisfatte le loro richieste.¹⁷

Nella relazione del prefetto di Cagliari al Ministero dell'Interno, relativa al mese di gennaio del 1948, si legge che «nelle industrie estrattive e metallifere continua l'appesantimento dovuto all'impossibilità di smaltire la produzione passata causa l'alto costo rispetto al prezzo del metallo d'importazione. Nel settore carbone la situazione critica è andata maggiormente acuendosi [...] [per la] difficoltà di vendita del prodotto», a causa del carbone estero meno caro e, soprattutto, per l'impossibilità «di ottenere un rendimento tale da determinare un prezzo economico in assoluta concorrenza con quello del carbone estero».¹⁸

Alla fine degli anni quaranta, il numero degli scioperi si intensificò in tutto il bacino minerario. «A Montevecchio, in particolare, - scrive Raffaele Callia - suscitò grande clamore la serie di vicende che culminarono con la firma del cosiddetto *patto aziendale*. [...]. Nel bacino minerario sardo il 1949 si aprì con la mobilitazione per alcune vertenze sindacali riguardanti prevalentemente il rinnovo del contratto di lavoro, i miglioramenti salariali e la modifica del sistema di cottimo».¹⁹

A Montevecchio, lo sciopero, iniziato il 15 gennaio del 1949, si concluse il 1° marzo, mettendo a dura prova i minatori. La protesta, infatti, provocò delle profonde lacerazioni fra i lavoratori, «essendo stata avanzata nel frattempo una proposta dell'azienda per dirimere la controversia e addivenire a un accordo»²⁰ che offriva ai minatori delle opportunità molto vantaggiose dal punto di vista economico.²¹ Così, i

¹⁴ AS CA, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazioni*, busta 17, fasc. 65, *Relazioni mensili al Ministero dell'Interno - Gabinetto sulla situazione della Provincia, anni gennaio-dicembre 1946*, REGIA PREFETTURA DI CAGLIARI, *Relazione sulla situazione della Provincia per il mese di aprile 1946*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, Cagliari, 30 aprile 1946, alla voce *Pubblica Sicurezza, 28 marzo - Montevecchio*.

¹⁵ Ivi, REGIA PREFETTURA DI CAGLIARI, *Relazione mensile sulle condizioni della Provincia durante il mese di luglio 1946*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, Cagliari, 31 luglio 1946, alla voce *Pubblica Sicurezza, 27 giugno - Ingurtosu*.

¹⁶ Ivi, REGIA PREFETTURA DI CAGLIARI, *Relazione sulla situazione della Provincia per il mese di novembre 1946*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, (Cagliari, 30 novembre 1946), alla voce *Pubblica Sicurezza, 8.11.1946 Ingurtosu*.

¹⁷ Ivi, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazioni*, busta 18, fasc. 69, *Relazioni, gennaio-dicembre 1947*, PREFETTURA DI CAGLIARI, *Relazione mensile sulla situazione della Provincia durante il mese di febbraio 1947*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, Cagliari, 28 febbraio 1947, alla voce *Pubblica Sicurezza, 30.1.1947 - Ingurtosu*.

¹⁸ Ivi, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazioni*, busta 22, fasc. 72, *Relazioni mensili al Ministero dell'Interno - Gabinetto sulla situazione della Provincia, anni gennaio-dicembre 1950*, PREFETTURA - GABINETTO, *Relazione mensile sulla situazione politica durante il mese di novembre 1950*, al Ministero dell'Interno - Gabinetto, Cagliari, 28 novembre 1950, alla voce *Situazione economico annonaia: industria*.

¹⁹ CALLIA, *L'attività e le strategie del movimento sindacale*, cit., p. 332.

²⁰ Ivi, p. 333.

²¹ *Ibidem*.

primi di marzo, l'azienda e le maestranze raggiunsero l'accordo, il cosiddetto "patto aziendale", «con cui si stabilì un incremento dei salari e una serie di incentivazioni e sussidi molto vantaggiosi per i minatori. Tale accordo, salvo alcune modifiche d'accento intervenute nel corso degli anni, disciplinerà i rapporti fra azienda e lavoratori fino al 1961»,²² privando i minatori «della libertà di esercitare il diritto allo sciopero e di manifestare una qualsiasi forma di protesta».²³

Negli anni sessanta, quando si accentuò la crisi, ormai irreversibile, del comparto minerario, iniziò per la Sardegna, sulla base di una precisa scelta di politica nazionale, una fase di industrializzazione esogena, basata sulla petrolchimica e fortemente sostenuta da capitali statali. Con i fondi previsti dal Piano di Rinascita sorsero a Macchiareddu, presso Cagliari, i primi impianti della Rumianca e la raffineria Saras di Angelo Moratti a Sarroch, mentre a Porto Torres si insediò il gruppo SIR di Nino Rovelli. Nell'arco di pochi anni, i poli industriali di Cagliari-Macchiareddu-Sarroch e di Porto Torres divennero due concentrazioni petrolchimiche tra le più importanti d'Europa che impiegavano, nel momento della loro massima espansione, circa 20.000 addetti. A questi poli, si sarebbe aggiunto, negli anni settanta, quello di Ottana, nel centro della Sardegna. Nel corso degli anni sessanta, accanto ai due principali poli dell'industria petrolchimica, nacquero anche alcune aree industriali di interesse regionale (ZIR), tra le quali quella di Villacidro, in risposta alla crisi e alla chiusura di gran parte delle miniere del bacino metallifero del Guspinese-Arburese e del Villacidrese. Anche le vicende della zona industriale di Villacidro sono legate al processo di modernizzazione dell'Isola; un processo esogeno, di pianificazione statale - ma con la partecipazione più o meno consapevole della classe politica sarda - finalizzata, attraverso il Piano di Rinascita, all'industrializzazione di una terra che, negli anni cinquanta, aveva ancora una prevalente vocazione all'agricoltura e alla pastorizia e la cui unica industria era quella mineraria concentrata quasi esclusivamente nell'area del Sulcis Iglesiente e del Guspinese Villacidrese. Come abbiamo avuto modo di scrivere da altre parti, l'individuazione e la costituzione di aree e di nuclei di industrializzazione previsti dalla Legge n. 634 del 1957 divenne una caratteristica della politica nazionale di sviluppo del Mezzogiorno. Anche in Sardegna, pertanto, l'idea guida del processo di industrializzazione venne associata a una sorta di "concezione geometrica" che prevedeva l'individuazione e la costituzione di poli di sviluppo, dove concentrare gli investimenti; finanziamenti che in Sardegna furono sostanzialmente settoriali in quanto rivolti essenzialmente all'industria petrolchimica di Sassari - Porto Torres - Alghero e di Cagliari - Macchiareddu - Sarroch.²⁴ Con il Piano di Rinascita, l'obiettivo che lo Stato si prefiggeva era quello di colmare il divario tra la Sardegna e le altre regioni più sviluppate del Nord Italia nell'arco di alcuni lustri. In realtà questo traguardo non fu raggiunto. Il sociologo Gianfranco Bottazzi nel saggio *Eppur si muove!* scrive che «Alla luce di quel che "avrebbe dovuto essere", di quel che ci avevano promesso, è del tutto ovvio concludere che l'intervento pubblico così come

²² Ivi, p. 340.

²³ MARTINO CONTU, *Conclusioni*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 650.

²⁴ Cfr. MARTINO CONTU, *Conclusioni*, in GIAMPAOLO ATZEI, RAFFAELE CALLIA, MARTINO CONTU, MONIA GEMMA MANIS, *La FIOM CGIL Territoriale di Cagliari. Storia di un sindacato di categoria. Dagli anni Sessanta agli anni Duemila*, Meta Edizioni, Roma 2008.

è stato realizzato ha prodotto risultati insoddisfacenti e che l'evoluzione sociale ed economica è stata diversa da quella attesa».²⁵

Nel quadro dell'industrializzazione innescata dall'esterno, dallo Stato e dai suoi apparati, si inseriscono le vicende dell'area chimico-tessile di Villacidro; un polo industriale che segna una svolta nel processo di sviluppo socio economico del territorio del Medio Campidano. Tra il 1968 e il 1969 entrarono in funzione gli stabilimenti del gruppo Snia Viscosa e della Omnia Fili (dal 1970 Tessili Sarde Associate - TSA). Nel corso degli anni Settanta si segnalano due uniche grandi vertenze: una del marzo-aprile 1974, culminata con l'occupazione operaia degli stabilimenti delle TSA per protesta contro la mancata riassunzione dell'azienda di alcuni lavoratori messi in Cassa integrazione guadagni; l'altra del marzo-aprile 1979 contro la decisione della Snia di bloccare i lavori di ristrutturazione delle linee dello stabilimento Lilion, di aumentare di 40 unità il numero dei cassintegrati e di protrarre la cassintegrazione per altri sei mesi a 530 lavoratori. Queste vertenze, che si erano chiuse positivamente per il sindacato e per i lavoratori, erano i primi, significativi segnali della crisi dell'industria chimica e tessile a Villacidro che si acui nel corso degli anni Ottanta, con il ridimensionamento dell'attività industriale e del numero degli occupati. Per fronteggiare la crisi, vennero aperte due grosse aziende: la Scaini Sarda (1979) specializzata nella produzione di batterie per autoveicoli e la Keller Meccanica (1985), dotata di impianti modernissimi per produrre carrozze ferroviarie. Ma si tratta di aziende, in particolare l'ultima, che ha subito anche l'incendio del proprio stabilimento nel 1989, le cui vicende sono state caratterizzate da una serie "interminabile" di problematiche.

La crisi economica si aggravò negli anni novanta, con lo smantellamento dell'industria chimica e tessile. Nel 1990 la Snia cedette l'impianto Velicren, che produceva fibra acrilica, alla società Enichem Fibre che lo gestì attraverso le Fibre Acriliche srl. L'intento dichiarato dell'Enichem, come da *business plan*, era quello di smantellare ciò che rimaneva dell'industria chimica e tessile. Nel maggio del 1991 alcuni operai delle Fibre Acriliche occuparono la ciminiera, lo stabilimento e gli uffici della direzione aziendale per protestare contro lo smantellamento dell'apparato produttivo. Nell'ottobre del 1993, in base all'accordo raggiunto tra il sindacato e l'Enichem, quest'ultima si impegnò a modificare il *business plan*, garantendo un investimento di 8.200 miliardi di lire per i successivi quattro anni, con una riduzione del personale in esubero. Ma alla fine del 1992 si aprì «un nuovo capitolo della vertenza. L'Enichem continuò a seguire la strada dello smantellamento dell'apparato industriale del Villacidrese. Alcuni operai rioccuparono, come nel '91, la ciminiera, mentre il sindacato veniva messo sotto accusa dagli stessi lavoratori, reo di non aver difeso l'impianto e l'accordo del 21 ottobre 1991».²⁶ Il 23 gennaio del 1993 fu raggiunto un nuovo accordo tra le Organizzazioni sindacali e l'Enichem in base al quale 123 dei 293 lavoratori delle Fibre Acriliche espulsi dal processo produttivo sarebbero stati riassunti all'interno di due nuove realtà industriali, l'Auschem e la Multiproject, che si rivelarono da subito un *bluff*: la prima fallì appena nata, mentre la seconda neanche vide la luce. Il sindacato allora reagì organizzando uno sciopero generale territoriale con una manifestazione che si tenne a San Gavino il 13 dicembre del 1993 e alla quale parteciparono circa 4.000 persone, «tutte le forze sociali ed economiche dell'area, la chiesa e le amministrazioni locali per chiedere

²⁵ GIANFRANCO BOTTAZZI, *Eppur si muove! Saggio sulle peculiarità del processo di modernizzazione in Sardegna*, Cuec (University Press), Cagliari 1999, p. 123.

²⁶ CONTU, *Conclusioni*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., pp. 653-654.

non solo il rispetto degli accordi del '91, ma per creare nuove condizioni di sviluppo economico, attraverso la valorizzazione delle risorse locali».²⁷ La politica sindacale del «resistere per poter esistere» permise di rallentare lo smantellamento dell'industria chimica e tessile, ma non poté opporsi alla decisione dell'Enichem e della Snia di cessare l'attività di produzione di fibre nell'area industriale di Villacidro.

In quegli stessi anni novanta calò il sipario sull'industria estrattiva. Dopo l'occupazione del pozzo Amsicora a Montevecchio (21 aprile 1991), il sindacato raggiunse un accordo con il Ministero dell'Industria per la riconversione dell'industria mineraria (17 maggio 1991). Accordo in base al quale si prevedeva la ristrutturazione produttiva e occupazionale del settore estrattivo da attuare attraverso lo sviluppo di altri settori economici, quali il turismo, l'artigianato e la valorizzazione dei vecchi siti metalliferi. Tale riconversione, dopo cinque anni dalla firma dell'accordo, non solo non si era realizzata ma stentava anche a prendere l'avvio, scatenando la reazione dei lavoratori del settore estrattivo che criticarono duramente l'operato del sindacato. Quest'ultimo attaccato dai lavoratori delle miniere e da quelli dell'industria chimica e tessile reagì elaborando una precisa strategia per il territorio che può essere riassunta in quattro punti o «comandamenti», come sono stati definiti in un articolo pubblicato da «La Nuova Sardegna»: accordo di programma sulla riconversione delle aree minerarie del Sulcis Iglesiente e Guspinese; accordo sulla chiusura delle Fibre Acriliche da parte dell'Enichem e l'avvio di iniziative sostitutive; valorizzazione delle risorse archeologiche e ambientali della Marmilla; attuazione del piano di risanamento, recupero e valorizzazione delle aree minerarie dismesse di Guspini e Arbus.²⁸ Per sostenere questi punti, il 17 giugno del 1997 si svolse a Cagliari, con la presenza del segretario della CGIL nazionale Sergio Cofferati, uno sciopero generale regionale, organizzato dai sindacati confederali, per sostenere la piattaforma con i quattro «comandamenti». «La rinascita economica e sociale dell'area mineraria - scrive Maria Grazia Cugusi in un suo saggio - si poteva conseguire per il sindacato optando per scelte che valorizzassero l'ambiente, con l'utilizzo delle risorse locali per creare nuove iniziative produttive, in particolare con il recupero dei complessi industriali dismessi [...]». «L'idea progettuale - prosegue Cugusi - è quella di realizzare un Parco Geominerario Miniere di Montevecchio-Ingurtosu, caratterizzato non solo dal "paesaggio minerario", dalle valenze d'archeologia industriale, dalle emergenze geologiche, giacimentologiche, mineralogiche, dalle valenze ambientali come le dune di Piscinas e l'Arcuentu, ma anche dalla presenza di attività culturali e artigianali e di servizi che ridiano vita propria all'ara mineraria dismessa».²⁹ Idea, quella del Parco geominerario, per la cui realizzazione, qualche anno più tardi, nel novembre del 2000, diversi lavoratori, minatori e finanche politici occuparono la galleria Villamarina a Monteponi.

2. Analisi socio-economica e nuovi scenari dello sviluppo tra deficit strutturali e crisi congiunturali³⁰

Con la chiusura del comparto minerario e dell'industria chimica e tessile, si accentuò la crisi economico e sociale del Medio Campidano. Già dagli inizi degli anni novanta,

²⁷ Ivi, p. 654.

²⁸ LUCIANO ONNIS, *I quattro comandamenti*, in «La Nuova Sardegna», 27 febbraio 1996.

²⁹ MARIA GRAZIA CUGUSI, *Dalla crisi e chiusura delle miniere alla crisi dell'industria chimica, tessile e meccanica*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 519.

³⁰ I dati citati in questo paragrafo sono stati tratti in gran parte da PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Provincia Medio Campidano. Analisi socio-economica 2010*, Crenos, Cagliari 2010.

le organizzazioni sindacali del territorio accettarono, «non senza traumi e con grande senso di responsabilità, la chiusura delle miniere, con la condizione, però, che nel territorio si realizzassero delle alternative valide»³¹.

Si puntò, infatti, sullo sfruttamento delle risorse locali e sulla realizzazione di piccole e medie imprese in grado di creare occupazione e sviluppo, ma anche di assorbire parte dei lavoratori delle miniere. L'idea di puntare sulla piccola e media impresa era decisamente nuova perché segnava un cambiamento di rotta nella strategia del sindacato e ciò indipendentemente dal fallimento che di lì a pochi anni avrebbe segnato la fine delle iniziative imprenditoriali realizzate nell'area del Guspinese, prime fra tutte la Sarda Basalti e la Ceramica Mediterranea³².

Puntare sulle piccole e medie imprese si è rivelata una scelta vincente nel medio e nel lungo periodo, anche se la specializzazione produttiva del Medio Campidano nei settori industriali e dei servizi non risulta essere particolarmente significativa se confrontata con altre realtà provinciali della Sardegna. Il Medio Campidano si presenta invece come una Provincia con una buona specializzazione produttiva nel settore agricolo. La sua struttura produttiva, con dati aggiornati al 2006, presenta le seguenti caratteristiche. Il Medio Campidano produce 1.212 milioni di euro di valore aggiunto (a prezzi correnti), pari al 4,3% del valore aggiunto prodotto in Sardegna (28.479 milioni di euro). Il settore agricolo produce 91 milioni di euro di valore aggiunto, pari al 7,5% del valore aggiunto totale prodotto nella provincia e al 9% del valore aggiunto prodotto in Sardegna. Nel settore industriale il Medio Campidano produce 227 milioni di euro, pari al 18,7% del valore aggiunto totale prodotto dalla Provincia e ad appena al 4,2% rispetto al totale prodotto nell'isola. Infine, nel settore dei servizi, il territorio produce 894 milioni di euro di valore aggiunto, corrispondente al 73,8% del valore aggiunto totale della Provincia e al 4,1% del valore aggiunto prodotto dal settore in Sardegna. Se invece analizziamo il Sistema Locale del Lavoro (SLL) di Sanluri, Villacidro e Guspini notiamo le seguenti differenze. Il SLL di Sanluri ha una buona specializzazione produttiva nel settore agricolo, una discreta specializzazione nel settore industriale e una despecializzazione nel settore dei servizi. Il SLL di Villacidro ha invece una buona specializzazione produttiva nei servizi, soprattutto nel settore commerciale, mentre il SLL di Guspini sembrerebbe maggiormente specializzato nel settore dei servizi.

Nel 2008, le imprese attive sono 8.983, di cui 3.510 (39,1% delle imprese attive totali della Provincia), nel settore agricolo; 1770 nel settore industriale (19,7% del totale); 3.703 nel settore dei servizi (41,2% del totale). Nel periodo 2000-2008, le imprese attive della Provincia diminuiscono in media ogni anno dello 0,14%. In particolare, diminuiscono del -2,57% nel settore agricolo e aumentano nell'industria e nei servizi, rispettivamente del 4,18% e dell'1,18%. I Comuni con il sistema economico più strutturato si trovano nell'Ex Area Mineraria, soprattutto a Villacidro, Guspini e San Gavino, e nel Campidano Irriguo, in particolare a Serramanna e Samassi. I Comuni più fragili economicamente si trovano invece in Marmilla, nello specifico a Las Plassas, Genuri, Setzu, Pauli Arbarei, Villanovafranca, Tuili, Turri e Collinas.

Da questa breve analisi della struttura produttiva del Medio Campidano, basata sui dati del valore aggiunto prodotto e sulle imprese attive, emerge la specializzazione produttiva della Provincia nel settore agricolo. Il territorio si è specializzato soprattutto nelle produzioni di agrumi (94 mila quintali prodotti nel 2008, pari al 13%

³¹ MARTINO CONTU, MARIA GRAZIA CUGUSI, *Le prospettive di sviluppo del territorio e le nuove realtà produttive*, in CALLIA, CARTA, CONTU, CUGUSI, *Storia del movimento sindacale*, cit., p. 607.

³² Ivi, pp. 607-608.

della produzione isolana), frutta fresca (36 mila quintali, pari all'8,6% della produzione sarda), olive (66 mila quintali, pari al 16% del totale isolano). La Provincia risulta invece despecializzata nella produzione della vite, con 54 mila quintali di uva da tavola e da vino, corrispondente al 5% della produzione dell'isola. Per quanto concerne le produzioni di prodotti di qualità DOP (Denominazione Origine Protetta) e IGP (?) esse si suddividono in carni, formaggi e olio extravergine. Il territorio ha 59 aziende (dati del 2008) che allevano 18.036 ovini, con una media di 306 capi per azienda, piazzandosi al terzo posto nella graduatoria della Provincia che producono agnello sardo IGP, dopo Nuoro e Oristano. Seguono altri prodotti di qualità: *in primis* i formaggi DOP con 693 aziende produttrici e 4 aziende che effettuano la trasformazione. Si segnala ancora la produzione di qualità di olio extravergine, ma con solo 4 aziende di produzione e 6 trasformatori. «Questo risultato è abbastanza deludente in quanto nella produzione di olive la provincia presenta una discreta specializzazione che tuttavia non si traduce in produzione di olio pregiato. Ai primi posti nella produzione di oli di elevata qualità troviamo invece le province di Sassari e Nuoro»³³. Si segnala, infine, la DOP per le produzioni di zafferano.

Tra le attività collaterali al settore agricolo, si segnala l'agriturismo. Sempre nel 2008, gli agriturismi presenti nel Medio Campidano sono 39 (pari al 5,4% degli agriturismi presenti in Sardegna): 32 sono autorizzati all'alloggio, con 316 posti letto e 36 alla ristorazione per un totale di 2.617 coperti.

Altro settore, attualmente poco valorizzato, ma suscettibile di ulteriori sviluppi, è il turismo. Anche se nel 2009 la Provincia ha registrato 150.283 presenze e 42.837 arrivi, di cui (presenze) 102 mila italiane (68%) e 48 mila straniere (32%), con un incremento nel 2008-2009 delle presenze e degli arrivi della componente straniera del +54%, essa risulta essere l'ultimo ente intermedio per presenze turistiche tra le province sarde, con appena l'1% delle presenze totali in Sardegna. La capacità ricettiva, alberghiera ed extralberghiera, è pari all'1,5% dei posti letto offerti nell'isola, con 129 esercizi per 2.685 posti letto offerti.

I risultati economici del periodo 2001-2006 non sono confortanti. Nella graduatoria delle province sarde per produttività del lavoro, il Medio Campidano si colloca in una posizione intermedia, dopo la Provincia di Nuoro, con le Province di Cagliari e Sassari ai primi posti e quella di Oristano all'ultimo. La produttività del lavoro aumenta complessivamente dello 0,99% in media ogni anno, soprattutto nei settori dell'agricoltura (+1,13%), delle costruzioni (+1,15%) e delle altre attività di servizi (+2,44%). Il Medio Campidano è all'ultimo posto della graduatoria delle Province per ricchezza prodotta per abitante (11.668 euro nel 2006). Il reddito per abitante è il più basso fra tutte le Province sarde, pari a 6.192 euro contro gli 8.526 della Sardegna. Inoltre, in base all'indicatore di povertà, l'incidenza delle famiglie povere nella Provincia del Medio Campidano è del 31,6%, la più alta tra le Province sarde (Cfr. Tab. 1).

³³ PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Provincia Medio Campidano. Analisi socio-economica 2010*, cit., p. 35.

Tabella 1 - Reddito e Indicatore di Povertà nei Comuni della Provincia del Medio Campidano suddivisi per aree geografiche. Anno 2007

Comune	Reddito Totale (Valori correnti, IRPEF in mln di Euro)	Reddito per Abitante Valore (Euro)	Reddito per Abitante Sardegna=100	Tasso Variazione 1999-2007 (Su Valori Costanti)	% Famiglie Povere
Arbus	41,4	6.137	99	19,4	28,6
Gonnosfanadiga	41,2	5.878	95	21,1	26,6
Guspini	85,4	6.821	110	19,7	24,3
Pabillonis	15,3	5.135	83	17,8	34,1
San Gavino Monreale	66,7	7.298	118	25,9	21,5
Sardara	28,8	6.760	109	16,7	25,5
Villacidro	85,7	5.878	95	30,5	28,3
Area Ex Mineraria	364,5	6.272,4	/	/	26,98
Samassi	29,2	5.452	88	21,6	34
Serramanna	59,3	6.329	102	26,5	25,8
Serrenti	32,5	6.357	103	21,6	24,1
Campidano Irriguo	121,0	6.046	/	/	27,96
Barumini	8,3	6.026	97	9,6	28,1
Collinas	5,4	5.839	94	7,2	33,4
Furtei	9,1	5.473	88	17,7	32,0
Genuri	1,7	4.768	77	3,1	37,7
Gesturi	5,8	4.254	69	19,3	35,4
Las Plassas	1,1	3.992	64	10,9	51,3
Lunamatrona	11,9	6.526	105	17,1	28,0
Pauli Arbarei	3,9	5.682	92	39,2	35,9
Sanluri	59,5	6.951	112	20,8	25,9
Segariu	6,8	5.124	83	16,3	31,3
Setzu	1,1	7.132	115	39,1	37,8
Siddi	4,0	5.324	86	22,9	35,7
Tuili	6,2	5.517	89	12,3	33,4
Turri	2,6	5.489	89	20,3	33,8
Ussaramanna	3,7	6.262	101	11,6	31,7
Villamar	14,3	4.923	80	11,6	32,0
Villanovaforru	4,1	5.987	97	6,2	29,9
Villanovafranca	6,4	4.367	71	6,8	39,7
Marmilla	155,9	5.535,33	/	/	34,05
Medio Campidano	641,4	6.192	100	/	31,6

Fonte: Elaborazioni personali su dati dichiarazioni IRPEF (Sole 24 Ore) e Indice Deprivazione Multipla in Sardegna (DRES 2009).

Nel 2008, il mercato del lavoro della Provincia del Medio Campidano presenta le seguenti caratteristiche: la popolazione in età di lavoro, tra i 15 e i 64 anni, è costituita da 70.840 unità; le forze lavoro sono costituite da 38.641 unità; le persone occupate sono 34.137 unità; le persone disoccupate risultano essere 4.504 unità, mentre le non forze di lavoro sono 32.279 unità. Il dato che emerge è che tra le non forze di lavoro, la componente femminile è pari al 66,5%, la più alta percentuale tra le Province sarde, dopo quella di Olbia Tempio, mentre la percentuale della componente femminile tra le forze di lavoro è del 34,6%, ancora la più bassa tra le Province isolate. Il 12,6% degli occupati totali della Provincia lavora nel settore agricolo. Si tratta della percentuale più alta tra tutti gli enti intermedi della Sardegna che denota ancora una volta il peso del settore agricolo in termini di occupazione. Anche per quanto concerne il tasso di attività della popolazione potenzialmente attiva del territorio provinciale, il dato, pari al 54%, è il più basso tra le Province sarde. Il tasso di occupazione è pari al 48%, il peggiore tra tutte le Province isolate, dopo quella di Sassari, e inferiore di 4,5 punti percentuali rispetto al dato regionale che si attesta al 52,5%. Il tasso di disoccupazione è invece pari all'11,4%, inferiore rispetto al corrispondente tasso delle Province di Sassari (16,9%), Nuoro (13%) e Ogliastra, ma superiore a quello registrato dalle restanti Province isolate.

Qualche anno dopo, nel 2011, il tasso di disoccupazione della Provincia del Medio Campidano (13,1%), pur aumentando rispetto al 2008, risulta inferiore rispetto alle Province di Ogliastra (17,6%), Oristano (15,1%), Olbia-Tempio (14,7%), Carbonia-Iglesias (14,6%), Sassari (13,9%) e Cagliari (13,2%), ma più alto rispetto a quello registrato nella Provincia di Nuoro (8,6%)³⁴. In quest'ultimo anno aumenta la disoccupazione per gli individui tra i 25-34 anni d'età rispetto al 2008, dal 15,7% al 19,5%, per la classe d'età oltre i 35 anni, passando dal 6,1% all'8,4%, mentre per i più giovani (15-24 anni) i numeri sembrano più favorevoli, con un tasso di disoccupazione che passa dal 38,1% al 32,1%. In realtà, dietro quel dato spesso si nasconde l'abbandono dei più giovani della ricerca del lavoro e l'emigrazione verso la penisola e verso l'estero alla ricerca di migliori prospettive di lavoro. I più giovani, inoltre, presentano tassi di scolarizzazione molto bassi, trovandosi in una situazione per cui non lavorano, né studiano³⁵. Bassi profili scolastici e bassa professionalità aumentano la debolezza dei lavoratori, aumentando il rischio di perdere il lavoro, o di non trovarne un altro in un quadro di generale crisi economica e di debolezza del sistema produttivo provinciale e regionale.

³⁴ Cfr. SABRINA PERRA, MARIA LETIZIA PRUNA (a cura di), *Donne, lavoro e famiglia nella Provincia del Medio Campidano*, Aipsa, Cagliari 2012, p. 61.

³⁵ Ivi, p. 62.

L'assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell'area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo

Martino CONTU

Università di Sassari/ASL di Sanluri

Abstract

In the late 18th and early 19th century, the mentally ill in southern Sardinia were usually hosted in the old St. Anthony's hospital in Cagliari dating back to the 15th century.

In Middle Campidano, a rural hospital in Siddi was active from 1860 and hospitalized patients with mental problems or "hysteria." Contemporarily, in St. John of God's, the new hospital of Cagliari, a modern psychiatric ward was opened. Eventually, in 1907, the "Villa Clara" lunatic asylum was inaugurated in Cagliari, where the so-called 'freaks' were hosted; a farm was built there, whose care was entrusted to a selected group of patients. In 1997 the mental hospital was closed and patients from Middle Campidano were taken in charge by the n.6 USL (Local Health Unit) in Sanluri.

Key Words

Mental illness, psychiatry, mental hospital, USL Sanluri, hospital, St John of God's, St. Anthony's, Siddi rural hospital

Riassunto

Tra la fine del XVIII e gli inizi del XIX secolo, i malati di mente del sud Sardegna poterono contare sull'accoglienza del vecchio ospedale di Sant'Antonio Abate, sorto a Cagliari nel XV secolo. Nel Medio Campidano, dal 1860 operò l'ospedale rurale di Siddi, dove risulta siano stati ricoverati anche pazienti affetti da problemi mentali o da "isterismo". Sempre negli anni sessanta, all'interno del nuovo ospedale civile di Cagliari, il San Giovanni di Dio, venne aperto un moderno reparto psichiatrico. Poi, nel 1907, venne inaugurato il manicomio "Villa Clara" di Cagliari, dove venivano ospitati i cosiddetti «maniaci», e dove operò un'azienda agricola, le cui cure erano affidate al lavoro di un numero ristretto di pazienti. Nel 1997, chiuso il manicomio, i pazienti originari dei comuni del Medio Campidano, tornarono in carico alla USL (Unità Sanitaria Locale) n. 6 di Sanluri.

Parole chiave

Malattia mentale, psichiatria, manicomio, USL Sanluri, ospedale, San Giovanni di Dio, Sant'Antonio Abate, ospedale rurale di Siddi

1. Cenni sull'assistenza ospedaliera e sanitaria nella Sardegna dell'Ottocento

Il concetto di assistenza ospedaliera, oggi inteso in termini di erogazione di servizi, in passato era utilizzato nel senso di "prestazione di carità". Concetto che - come scrive Cecilia Tasca nel volume *Ricette per poveri* - «non contemplava, evidentemente, l'aspetto sociale e quello scientifico di assistenza sanitaria, attualmente considerati determinanti. Accomunati ad altri bisognosi, quali orfani, vedove, poveri e anziani, i malati erano infatti assistiti da istituzioni caritatevoli»¹. Istituzioni generalmente di natura privata create da persone facoltose animate da

¹ CECILIA TASCA, *Ricette per poveri. Medicina in Sardegna nella metà dell'Ottocento*, Grafica del Parteolla, Dolianova 2009, p. 15.

buoni sentimenti o di natura mutualistica, fondate grazie all'iniziativa di associazioni caritatevoli legate alla chiesa e non di rado amministrate da ordini religiosi².

Relativamente alla Sardegna, nella prima metà dell'Ottocento, erano in funzione dodici ospedali di cui dieci dislocati nelle città di Cagliari, Sassari, Oristano, Bosa, Alghero e Iglesias e uno ciascuno nei centri di Orosei e Ozieri³.

Tabella 1 - Gli ospedali operanti in Sardegna nella prima metà dell'Ottocento

Luogo di ubicazione	Nome dell'ospedale	Periodo di fondazione
Cagliari	Ospedale di Sant'Antonio Abate, poi Ospedale Civile di San Giovanni di Dio	XV secolo; XIX secolo
Cagliari	Ospedaletto di San Francesco di Sales	/
Cagliari	Ospedale delle donne croniche povere	/
Sassari	Ospedale di San Leonardo	XII secolo
Sassari	Ospedale di San Lazzaro	XIV secolo
Sassari	Ospedale di Santa Croce	XIV secolo
Oristano	Ospedale Civile di Sant'Antonio	XIV secolo
Bosa	Ospedale Civile	XVII secolo
Alghero	Ospedale Civile	XVII secolo
Iglesias	Ospedale di Santa Barbara	XIV secolo
Orosei	Ospedale Civile	XVI secolo
Ozieri	Ospedale di San Francesco	XVIII secolo

Nella seconda metà del secolo si aggiunsero altre sei strutture ospedaliere, di cui una a Siddi, nel Medio Campidano, due a Cagliari, e uno rispettivamente a Tempio, Fluminimaggiore e Nuoro⁴, come meglio evidenziato dalla tabella n. 2.

² GIORGETTA BONFIGLIO DOSIO, *L'amministrazione sanitaria italiana dopo l'Unità*, in *Gli archivi delle aziende ULSS. Proposte di aggiornamento per il personale addetto ai servizi archivistici*, a cura di Giorgetta Bonfiglio Dosio, Padova 2008, pp. 12-13.

³ Notizie sugli ospedali di Cagliari, Sassari, Oristano, Bosa, Alghero, Iglesias, Orosei e Ozieri si trovano in GIUSEPPE DODERO, *Storia della medicina e della sanità pubblica in Sardegna. Medici, malati, medicine attraverso i secoli*, Aipsa Edizioni, Cagliari 1999, pp. 430 e ss.; e in CECILIA TASCIA, «Spedalità rurale». *I registri degli infermi dell'Ospedale Managu di Siddi (1860-1890)*, FrancoAngeli, Milano 2012, pp. 11-22. In realtà, anche nel centro minerario di Guspini, in una struttura sita nella via Amedeo, fu attivo un ospedale che prestò assistenza sanitaria ai minatori della vicina miniera di Montevecchio, ininterrottamente dal 1852 al 1 gennaio del 1868, prima di essere trasferito nei pressi del sito minerario (cfr. FERNANDO LAMPIS, *Ospedali delle miniere di Montevecchio*, [appunto dattiloscritto], [Montevecchio], aprile 2013). Per approfondimenti sull'attività dell'ospedale dagli anni dieci agli anni settanta del XX secolo, cfr. MARIAROSA MANTERO MARIANI, *Montevecchio. Cronaca e storia di un ospedale 1907-1972*, Tipografia M.L. Garau, Guspini 2010. Notizie sull'ospedale di Montevecchio si possono trovare anche in ROSALBA MARIANI, *Miniera*, Carlo Delfino Editore, Sassari 1911. Giorgio Cosmacini, nella sua *Presentazione* al libro scrive: «È l'incipit di una storia anche medico-sanitaria, di malattie, d'infortuni, di cure efficaci e d'impotenza curativa, di sofferenze e di speranze [...]». (Ivi, p. 11).

⁴ Sugli ospedali e i ricoveri sorti nella seconda metà dell'Ottocento in Sardegna, cfr. DODERO, *Storia della medicina*, cit., pp. 448-449, 466-467, 471-473.

Tabella 2 - Gli ospedali fondati in Sardegna nella seconda metà dell'Ottocento⁵

Luogo di ubicazione	Nome dell'ospedale	Anno di fondazione
Siddi	Ospedale Managu	1860
Cagliari	Ricovero di Mendicità	1868
Cagliari	Ospizio Marino Sardo	1879
Tempio	Ospedale di San Leonardo	1874
Fluminimaggiore	Ospedale di San Lazzaro	1880
Nuoro	Ospedale di Santa Croce	1883

In tutto erano 12 gli ospedali che «assicuravano l'assistenza sanitaria all'intera Sardegna quando, nel 1860, grazie alla bontà e al coraggio di Luigi Giuseppe Managu, nel cuore del mondo rurale della Marmilla, venne inaugurato il nuovo ospedale di Siddi, che alleviò per almeno trent'anni i disagi e le sofferenze di una popolazione non tanto numerosa quanto penalizzata da sempre dall'isolamento e dalla lontananza dai maggiori centri cittadini». Così scrive Cecilia Tasca nel volume *L'Archivio dell'Ospedale Managu di Siddi. Assistenza sanitaria nella Sardegna rurale dell'Ottocento*⁶.

Nel XIX secolo, le condizioni dell'organizzazione sanitaria nei comuni dell'isola (371 nel 1858 e 364 nel 1886) erano gravi. Nel 1858 solo in 68 comuni erano presenti farmacie, (71 nel 1886). Sempre nel 1858, operavano dei flebotomi in 129 comuni (24 nel 1886), mentre erano privi di personale sanitario 105 comuni, ridottisi a 53 nel 1886. In quest'ultimo anno, in 121 comuni esistevano abitazioni generalmente prive di servizi igienici, mentre in 190 comuni i servizi igienici erano quasi del tutto assenti. Duecentonovantre risultavano essere i comuni con un'igiene mortuaria e cimiteriale non regolare. Pochissimi erano invece i centri che si erano dotati di acquedotto, tra cui quelli di Cagliari (1867), Bosa (1877), Sassari (1880) e Oristano (1884). Ancora nel 1925, su 364 comuni, 260 erano privi di acquedotto e 357 di fognatura⁷.

Nel corso dell'Ottocento, ma anche nei primi decenni del Novecento, il compito della tutela della salute pubblica, dell'igiene ambientale e della profilassi venne assegnato dallo Stato ai comuni e alle province. Infatti, con il Regio Editto del 1826 si istituirono le condotte medico-chirurgiche e vacciniche o condotte sanitarie, inizialmente, non sempre ben accette, a causa di una serie di pregiudizi culturali e resistenze locali, soprattutto da parte di abusivi e flebotomi. In Sardegna, in base al Regio Editto di Carlo Felice dell'8 febbraio 1828, vennero dettate norme sulle

⁵ Dal computo sono esclusi gli ospedali fondati a ridosso delle miniere che svolgevano la funzione di ricoverare e curare i minatori dei centri estrattivi, come quello della miniera di Malfidano, sorto negli anni sessanta dell'Ottocento o quello della miniera di Montevecchio. Quest'ultimo operò nella sede dell'ex Amministrazione della miniera dal 1 febbraio del 1868 alla fine del 1870. In quello stesso anno l'ospedale venne trasferito in un'altra struttura, costruita ex novo e ancora oggi esistente, dove operò per 124 anni sino alla sua chiusura avvenuta nel 1994. Il primo ospedale di Montevecchio, ospitato nella sede, come detto, dell'ex Amministrazione, divenne, successivamente, sede degli alloggi per gli impiegati e, dal 1905, sede della caserma dei Reali Carabinieri (FERNANDO LAMPIS, *Ospedali delle miniere di Montevecchio*, doc. cit.).

⁶ CECILIA TASCA, *L'Archivio dell'Ospedale Managu di Siddi. Assistenza sanitaria nella Sardegna rurale dell'Ottocento*, Deputazione di Storia Patria per la Sardegna - Mythos Iniziative, Cagliari - Oristano 2001, p. 52.

⁷ Per un quadro generale sulle condizioni igieniche e sanitarie della Sardegna di fine Ottocento, cfr. DIREZIONE GENERALE DELLA STATISTICA, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno*, Tipografia nell'Ospizio di San Michele, Roma 1886; GIROLAMO SOTGIU, *Una regione italiana alla vigilia dell'Unità (Il censimento degli Stati Sardi nel 1858)*, in «Archivio Sardo del Movimento Operaio, Contadino e Autonomistico», n. 2, 30 giugno 1973, pp. 16-103.

vaccinazioni e sulle condotte medico-chirurgiche. Ogni capoluogo dei 21 distretti in cui era suddivisa l'isola, con l'esclusione delle città, doveva dotarsi di una condotta sanitaria distrettuale, con un medico e un chirurgo in grado di provvedere in primo luogo alle vaccinazioni, sotto la supervisione delle Giunte provinciali. L'Editto stabiliva inoltre che nelle città di Oristano, Iglesias, Alghero e nei centri di Isili, Lanusei, Nuoro, Cuglieri, Ozieri e Tempio si istituissero delle Giunte provinciali in grado di sovrintendere l'andamento delle vaccinazioni e la condotta dei medici e dei chirurghi distrettuali. Anche nei comuni iniziarono ad operare le condotte mediche, con un ufficiale sanitario e i sanitari condotti: medico, ostetrica e veterinario. «Allo scopo di disciplinare tali attività, i comuni - ma non tutti - si dettero sia un "regolamento locale di igiene", sia regolamenti particolari per singole attività del personale e dei servizi comunali aventi interesse diretto o indiretto per la salute pubblica [...]»⁸.

Accanto alle condotte cittadine, c'erano quelle rurali o campestri dove si registravano particolari disagi legati essenzialmente alla lontananza dagli ospedali, alle difficoltà delle vie di comunicazione e all'insufficienza dei compensi comunali. La missione delle condotte rurali - si afferma in un articolo dell'«Avvenire di Sardegna» del 1877 - «è certo delle più sublimi, più care, più sante, ma la meno considerata, la più avversata, la più vilipesa per parte di tanti municipii»⁹. Le condotte rurali, oltre a essere le meno ambite, divennero le sedi ove destinare i giovani neolaureati.

Nelle aree minerarie invece, soprattutto con l'avvio su scala industriale dell'attività estrattiva, le condotte mediche furono chiamate a intervenire soprattutto nel campo degli infortuni in gran parte determinati dalle pessime condizioni di igiene e dalla quasi totale mancanza di sicurezza nelle miniere. In base a una relazione del dottor Battista Zedda sull'attività dell'ospedale della miniera di Malfidano relativa al periodo 1° agosto - 31 dicembre 1868, le malattie registrate nei minatori ricoverati, in tutto 130, di cui 28 sardi e 102 "continentali", riguardavano le infiammazioni dell'apparato respiratorio, seguite da gastrite e gastroenterite, infiammazioni diverse, malattie nervose e malattie locali, quali contusioni, lussazioni, etc¹⁰. Ad ogni modo, le malattie più diffuse tra i minatori erano la tubercolosi polmonare, la pneumoconiosi e la malaria.

Nei comuni, la condotta sanitaria permetteva di garantire l'assistenza anche ai più poveri, compresi gli indigenti e i mendicanti. Poi, alla fine dell'Ottocento, con la Legge 22 dicembre 1888, i comuni si dotarono di un'organizzazione sanitaria più complessa, estendendo i propri compiti dall'assistenza medica, farmaceutica e ostetrica ai poveri, alla vigilanza sanitaria nelle scuole, al controllo dell'igiene alimentare e alla vigilanza sui mercati e sui mattatoi, nonché alla lotta contro il tracoma, alla distribuzione del chinino, alle vaccinazioni, alle disinfezioni delle case malsane e ad altri interventi contro le malattie infettive e sociali, comprese quelle mentali.

⁸ DODERO, *Storia della medicina*, cit., p. 163.

⁹ La citazione tratta dall'«Avvenire di Sardegna» n. 242 del 1877 è riportata in DODERO, *Storia della medicina*, cit., p. 165.

¹⁰ Una sintesi della relazione del dott. Battista Zedda si trova in DODERO, *Storia della medicina*, cit., p. 383.

2. L'ospedale Civile Managu di Siddi e l'assistenza ai pazienti con disturbi mentali

Il piccolo ospedale per i malati poveri di Siddi e della Marmilla venne fondato sulla base delle volontà testamentarie di Luigi Giuseppe Managu, giovane e ricco proprietario terriero di Siddi, di salute cagionevole, morto a Cagliari il 30 settembre 1848, a soli 27 anni. «Ebbe così inizio la storia, breve ma molto intensa, di una piccola Opera Pia [...]. Il desiderio del testatore era certamente quello di alleviare, almeno in parte, la difficile situazione socio-assistenziale in cui versavano, così come gli altri centri rurali sardi, il proprio paese e l'intera Marmilla, ma l'operazione richiese tempi lunghi che portarono all'avverarsi del suo sogno solamente 12 anni dopo»¹¹. Infatti, l'ospedale venne inaugurato nel settembre del 1860, ma solo dal 1° febbraio dell'anno dopo accolse i primi pazienti, potendo disporre inizialmente di 8 posti letto - di cui 3 riservati alle donne - poi divenuti 11. In base al testamento del Managu, il regolamento dell'ospedale, in 9 articoli, prevedeva il ricovero gratuito per i parenti del testatore, i nati e i domiciliati in Siddi, gli abitanti del Distretto del Mandamento di Marmilla, con possibilità di degenze a pagamento per persone abbienti, in grado di pagare una lira al giorno¹². L'Opera Pia garantì l'assistenza sanitaria ospedaliera ai poveri della Marmilla attraverso la struttura dell'ospedale Managu negli anni 1860-1890, mentre dal 1890 al 1927 garantì il ricovero gratuito presso l'Ospedale Civile di Cagliari.

Dal 1860 al 1885, con la esclusione del periodo 1877-1882, per il quale manca la documentazione di riferimento, si registrarono 463 ricoveri, di cui 122 sono riferibili alle donne, mentre i decessi furono 58, pari al 12,5% del totale dei pazienti ricoverati. La maggior parte di questi ultimi erano giovani. Il 50% degli utenti era compreso nella fascia d'età tra 20 e 40 anni. Il paziente più giovane registrato aveva 11 anni, mentre quello più anziano 88. Le professioni prevalenti tra i pazienti poveri erano in gran parte legate al mondo delle campagne: contadini, braccianti, servi contadini, zappatori, agricoltori, giornalieri. Relativamente all'origine, i pazienti erano nati, in gran parte, in centri del Mandamento di Marmilla. Una parte degli utenti proveniva da centri ubicati in altri mandamenti della provincia di Cagliari, come quelli di Iglesias, Siliqua e Muravera, mentre altri ancora provenivano da centri ricadenti nei mandamenti di Isili, Meana, Tonara, Tempio e Sassari, nella provincia del capo di sopra. A questi occorre aggiungere 47 ricoverati provenienti dal "Continente"¹³.

Dall'analisi dei *Registri generali degli infermi* degli anni 1860-1885¹⁴ e dei *Quaderni di visita per la somministrazione dei medicinali* degli anni 1861-1890¹⁵ sui quali l'archivista Cecilia Tasca ha condotto una nuova indagine¹⁶ dopo quella pubblicata nel 2001¹⁷, emerge che ai 335 ricoverati dell'Ospedale Managu sui quali ha condotto la ricerca furono diagnosticate ben 139 patologie. Dalle malattie endemiche, quali

¹¹ TASCA, *Ricette per poveri*, cit., p. 26.

¹² Ivi, pp. 26-27.

¹³ Per un quadro più esaustivo dei ricoverati, cfr. Ivi, pp. 35-39.

¹⁴ ARCHIVIO DELLA CONGREGAZIONE DI CARITÀ / ENTE COMUNALE DI ASSISTENZA DI SIDDI (d'ora in avanti A.C.d.C./E.C.A.S.), *Registri generali degli infermi*, s. 4.1, nn. 71-82, anni 1860-1885.

¹⁵ A.C.d.C./E.C.A.S., *Quaderni di visita per la somministrazione dei medicinali*, s. 4.1, nn. 106-119, anni 1861-1890.

¹⁶ TASCA, *Ricette per poveri*, cit.

¹⁷ ID., *L'Archivio dell'Ospedale Managu di Siddi*, cit. Della stessa autrice si segnala anche il saggio *Patologie, donne e rimedi: la medicina tradizionale in Sardegna nella seconda metà dell'800*, in «Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Cagliari», Nuova Serie, XXVI (Vol. LXIII), 2008, pp. 209-243.

malattia, sifilide, tubercolosi, e dalle forme epidemiche di tifo e vaiolo, si registrano altre malattie infettive (herpes, ascesso, blenorragia, carbonchio, difterite, dissenteria); malattie infiammatorie (acne, aracnoidite, asma, bronchite, eczema, enterite, mastoidite, stomatite, meningite, oftalmia, poliomielite, tubercoli); patologie del cuore, gastro-intestinali, polmonari e dell'occhio; tumori, allergie, infezioni, infiammazioni delle articolazioni, malattie del sangue, della coordinazione corporea. Infine, si registrano le malattie del sistema nervoso (ballo di S. Vito) e neurologiche (delirio, isteria, emiplegia, epilessia, tremore). Su queste ultime e, in particolare, su quelle oggetto di studio della moderna psichiatria, concentreremo la nostra attenzione, per capire come venivano trattati e curati i casi di pazienti affetti da disturbi mentali nell'unico ospedale rurale della Sardegna dell'Ottocento. Non a caso, Cecilia Tasca commenta che «L'esiguità dei posti letto (11 in tutto) e l'apparente inadeguatezza delle strutture e dell'organizzazione sanitaria che sembrerebbero emergere [...], unite alla lontananza dai grandi centri cittadini, non devono però indurre a pensare che l'Ospedale Managu non abbia rappresentato comunque - come invece fu - un'Istituzione benefica di grande portata e rilevanza, unico esempio nel mondo rurale isolano della metà dell'Ottocento»¹⁸. Le terapie alle quali si faceva ricorso per le malattie più diffuse diagnosticate dai medici del piccolo Ospedale rurale erano le stesse applicate dai colleghi dell'Ospedale Civile di Cagliari¹⁹. Nell'Ospedale di Siddi, infatti, i rimedi prescritti comprendevano: le bevande curative e tisane (limonata citrica, decotti di china, di orzo gommoso e di tamarindo, soluzione gommosa, estratto di oppio gommoso, infuso di foglie di papavero, emulsione arabica, bevanda di bacche di ginepro, bicarbonato di soda, infuso di tiglio); gli olii (china contusa, solfato di chinino, farina di semi di lino, olio di ricino, olio di trementina); e i varii (digitale, acido fenico, farina di polenta, laudano liquido, nitrato d'argento, tintura di iodio, pece di Borgogna distesa, pietra infernale, solfato di antropina, cerotto epiplastico, cerotto di achèlon disteso)²⁰.

Tornando ai casi dei pazienti affetti da disturbi mentali, si sottolinea che dei 335 casi di pazienti oggetto dell'indagine della Tasca, ricoverati tra il 1862 e il 1876, e di cui abbiamo parlato precedentemente, risultano 10 casi di donne alle quali erano state diagnosticate le seguenti patologie: isterismo (4 casi), isterismo associato ad altre malattie (5), nostalgia, delirio di persecuzione e perdita dell'affettività (1). Le pazienti, ricoverate tra il 1865 e il 1875, avevano un'età media di 31,1 anni²¹ e provenivano in gran parte dall'area geografica della Marmilla: tre da Genuri, una da Sini, una da Barumini, una da Baressa, una da Gonnostramatza. Le altre tre pazienti provenivano, rispettivamente, da Nurallao, Laconi e Tempio. Di quattro utenti conosciamo la professione: tre contadine e una domestica. È probabile che le altre ricoverate, per le quali la documentazione è mancante, fossero delle casalinghe. Si registrano inoltre tre casi di pazienti che hanno abbandonato l'ospedale prima delle dimissioni, tutte originarie di Genuri.

¹⁸ ID., *L'Archivio dell'Ospedale Managu di Siddi*, cit., p. 50.

¹⁹ Ivi, pp. 53-54.

²⁰ Ivi, p. 54.

²¹ L'età media è stata calcolata su 9 pazienti, in quanto non si conosce l'età di una ricoverata del centro di Baressa.

Tabella 3 - Pazienti affetti da isterismo, delirio e altre malattie associate, per sesso, provenienza, età, professione, diagnosi e periodo di ricovero nell'Ospedale Managu negli anni 1862-1876

Registro	Sesso	Provenienza	Età	Professione	Diagnosi	Ricovero	Annotazioni
Reg. 74,7	F	Barumini	51	Contadina	Isterismo	Dal 7 al 14 maggio 1865	
Reg. 77,5	F	Sini	22	/	Isterismo	Dall'8 gennaio al 30 aprile 1868	
Reg. 80,3	F	Baressa	/	/	Isterismo	Dal 26 febbraio al 5 marzo 1871	
Reg. 80,6	F	Gonnostramatza	27	/	Isterismo e convulsioni epilettiformi	Dal 15 maggio al 15 luglio 1871	
Reg. 81/2, 20	F	Genuri	60	Contadina	Isterismo e stitichezza abituale	Dall'8 all'11 agosto 1873	<i>Esce perché subornata dal n. 3</i>
Reg. 81/2, 21	F	Genuri	26	Contadina	Isterismo e tisi polmonare incipiente	Dall'8 al 12 agosto 1873	<i>Dimessa perché insinuava il n. 2 a lasciare lo Spedale</i>
Reg. 81/3, 12	F	Genuri	30	/	Isterismo		<i>Esce da sé perché non le piaceva la dieta</i>
Reg. 81/3, 16	F	Tempio	25	/	Nostalgia, delirio di persecuzione e perdita dell'affettività	Dall'8 agosto al 1° ottobre 1874	
Reg. 81/4, 1	F	Nurallao	20	Attendente alle cure domestiche	Epatite intersistiale, infezione cronica palustre e isterismo	Dal 9 al 18 gennaio 1875	
Reg. 81/4, 15	F	Laconi	19	/	Scottature alle mani, a una guancia e a una narice, isterismo e intermittenti	Dall'11 agosto al 13 dicembre 1875	

Elaborazioni su dati tratti da CECILIA TASCA, *Ricette per poveri*, cit.

Le donne affette da isterismo venivano trattate con antispasmodici, sedativi e rinfrescanti sotto forma di infusi e decotti, pomate, unguenti e cataplasmi. Tra i decotti si segnalano, in particolare, quelli di tamarindo e orzo, l'estratto di belladonna, valeriana e laudano liquido. Tra gli infusi, quelli di finocchi, menta e fiori d'arancio, polpa di cassia, fiori di camomilla e tiglio e pomata di sambuco²². In un caso, relativo a una paziente di Barumini, vennero prescritti anche il cataplasma di polenta e le sanguette.

TERAPIA (Reg. 74,7. Contadina di Barumini, di 51 anni, ricoverata dal 7 al 14 maggio 1865)
Acqua zuccherata 300 gr., più 30 gr. di elettuario lenitivo in cui sciogliere 1 gr. di polvere di quassia.

40 sanguette, più 300 gr. di cataplasma di polenta.

Decotto di tamarindo 300 gr., 2 gr. di nitro, mescolare; più 2 gr. di estratto di belladonna per fare 1 pomata con 25 gr. di strutto; più 50 gr. di acqua distillata di

²² TASCA, *Ricette per poveri*, cit., pp. 47-48.

menta e fiori d'arancio; 10 gocce di laudano del Sydenham, 9 gocce di etere solforico, sciroppo semplice q.b.²³

Ripetere la mistura, più 15 sanguette e 300 gr. di cataplasma di polenta e 30 gr. di olio di ricino²⁴.

Quando l'isteria era associata ad altre patologie, cambiava la cura, come nel caso di una giovane domestica di Nurallao, affetta da isterismo ed epatite intersistiale da infezione cronica palustre.

TERAPIA (Reg. 81/4, 1. *Attendente alle cure domestiche di Nurallao, di 20 anni, ricoverata dal 9 al 18 gennaio 1865*)

Valerianato di china 3 dgr. In una *cartina*; più 10 gr. di calamo aromatico, fare un infuso a caldo per 15 minuti alla colatura di 150 gr. Ripetere l'infuso di calamo più 60 cgr. di fosfato di chinina in 2 *cartine* da prendere con ostie; 1 gr. di estratto di valeriana e q.b. di polvere di liquirizia per fare 10 pillole.

Ripetere l'infuso di calamo più 20 gr. di acqua distillata di anice, 30 gr. di acqua di fiori d'arancio, 3 gocce di essenza di limone, 5 gocce di etere solforico e sciroppo q.b.

Acqua mielata 3 hg. e 30 gr. di acqua di finocchio; più 6 dgr. di solfato di chinina da dividere in 2 dosi da prendere con ostie.

Acqua imperiale 3 hg.

Calamo aromatico 10 gr., fare un infuso a caldo per 15 minuti e colare per 150 gr.

Ripetere l'acqua imperiale.

Note: *la paziente era affetta da epatite intersistiale, infezione cronica palustre e isteria*²⁵.

Nel caso, infine, della giovane paziente di Tempio affetta da nostalgia, delirio di persecuzione e perdita dell'affettività, venne applicata un'altra terapia, come sotto descritta:

TERAPIA (Reg. 81,3. *Donna di Tempio, di 25 anni, ricoverata dall'8 agosto al 1° ottobre 1874*)

Itrato di cloralio 1½ gr. in 200 gr. di emulsione comune.

Pece di Borgogna semplice disteso su tela di 20 cm. di dimensioni per un impiastro.

Limonata citrica edulcorata 300 gr., acqua di menta q.b. per aggrapparla.

Ripetere l'impiastro di Borgogna semplice.

Solfato di zinco e ossido di piombo ½ gr., 12 gr. di grasso depurato, mescolare per fare una pomata (per uso esterno).

Note: *la paziente era affetta da nostalgia, delirio di persecuzione e perdita dell'affettività*²⁶.

Giova sottolineare che l'Ospedale rurale di Siddi assisteva e curava, come abbiamo accennato, pazienti affetti da molteplici patologie, incluse quelle neurologiche, nelle quali rientrano le malattie che colpivano la salute mentale, come l'isterismo e il delirio. Anche in questi ultimi casi, il ricovero dell'utente era temporaneo, quindi limitato al periodo di cura, e si concludeva con le dimissioni del paziente. L'Ospedale

²³ q.b. è l'abbreviazione di quanto basta.

²⁴ La terapia è stata trascritta da TASCÀ, *Ricette per poveri*, cit., p. 104, scheda 91.

²⁵ Ivi, pp. 76-77, scheda 55.

²⁶ Ivi, p. 109, scheda 99.

non era attrezzato, né aveva la pretesa di curare in maniera specifica casi di pazienti affetti da disturbi mentali, motivo per il quale non poteva essere svolta o praticata alcuna forma di riabilitazione tendente a migliorare lo stato generale di salute del ricoverato, come invece avveniva in altre strutture ospedaliere coeve, ma deputate ad accogliere i malati di mente o che erano dotati di un reparto psichiatrico.

3. Dal Sant'Antonio Abate al reparto psichiatrico del San Giovanni di Dio

A fine Settecento e nel corso della prima metà dell'Ottocento, i malati di mente del capoluogo sardo, della provincia di Cagliari e, in minor misura, della provincia di Sassari, poterono contare sull'accoglienza del vecchio ospedale cagliaritano di Sant'Antonio Abate, sorto nel XV secolo, dove venivano ricoverati e curati i malati di mente, ovvero i «maniaci poveri» e le «Donne che vengono con Pazzia», come recita il frontespizio del *Libro dove si notano le Donne che vengono con Pazzia anno 1799*²⁷. A metà dell'Ottocento, il trattamento riservato ai pazienti e le condizioni di igiene e di vita all'interno del vecchio nosocomio dovevano lasciare molto a desiderare se la Commissione della provincia di Cagliari per la stesura del bilancio del 1853, nel verbale in cui esamina i motivi per i quali il Consiglio provinciale si era pronunciato contro lo stanziamento di una pensione per il mantenimento dei pazzi indigenti, tracciava un quadro tutt'altro che lusinghiero dell'ospedale:

tutti cel sappiamo, [che non solamente] il locale destinato al ricovero di questi infelici, cui natura privò del ben dell'intelletto, è sudicio, mal sano e insufficiente ai bisogni, ma altresì che sia l'assistenza, sia il metodo di trattamento che seco loro si consuma, se non ha del barbaro, è però totalmente contrario al fine cui deve essere diretto, che i pazzi meglio che rinsavire viepiù immattiscono. È pur innegabile anzi sventuratamente assai troppo frequente sciagura, il vedere vagare per i paesi e le contrade degli scemi e dei matti fatti oggetto di trastullo alla feccia del popolo, ai monelli cioè e all'altra indelicata gente, e di dolore e di triste ma infruttuoso compianto agli uomini colti e educati a squisito sentire, cui punge il cuore di vedere posta ferocemente a ludibrio l'umanità sofferente²⁸.

È interessante notare, dalla lettura del verbale, che i consiglieri provinciali della Commissione per la stesura del bilancio mettono in evidenza quale doveva essere lo scopo del nosocomio: «rinsavire», ovvero migliorare le condizioni di salute e di vita dei pazienti e non peggiorarle.

Alle criticità evidenziate dai consiglieri della Commissione provinciale, occorre aggiungere che l'ospedale, nel suo complesso, risultava essere minato da una serie di problemi di carattere amministrativo e poi, soprattutto, non era più in grado di soddisfare la domanda di ricoveri di Cagliari e dell'intera provincia, potendo garantire al massimo 1800 ricoveri all'anno²⁹.

²⁷ Frontespizio del *Libro dove si notano le Donne che vengono con Pazzia* dell'Ospedale Sant'Antonio Abate, 1799-1814. Il libro è conservato all'Archivio di Stato di Cagliari (d'ora in poi ASC), Fondo Sant'Antonio Abate. Il frontespizio si trova riprodotto in ANNA CASTELLINO, ANNA PAOLA LOI (a cura di), *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*, AM&D, Cagliari 2007, p. 24. Sul tema, si veda anche il contributo di CECILIA TASCIA, MARIANGELA RAPETTI, *Libro dove si notano le Donne che vengono con Pazzia anno 1799... in questo nostro convento e ospedale di Sant'Antonio abate di Cagliari*, in *Storia della medicina, Atti del 5° Congresso in Sardegna*, Aipsa, Cagliari 2012.

²⁸ *Seconda tornata del Consiglio Divisionale del 26 novembre 1852*, in *Atti del Consiglio Provinciale di Cagliari*, Cagliari 1853, citata in CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, p. 26.

²⁹ Sulla vita dell'Ospedale di Sant'Antonio Abate, cfr. DODERO, *Storia della medicina*, cit., pp. 430-437 e 441-444. Si veda, inoltre, il saggio di UMBERTO PERINU, *Una pagina di storia cagliaritano: l'antico ospedale*

Questi problemi vennero in parte risolti, almeno nei primi tempi, a partire dagli anni sessanta, con l'entrata a regime del nuovo ospedale civile, il San Giovanni di Dio³⁰, che si dotò di un moderno reparto psichiatrico, i cui pazienti dovevano essere sorvegliati da infermieri che dovevano dimorare all'interno del nosocomio e che dovevano trattare i "matti", compresi quelli che indossavano le camicie di forza o che portavano le cinture di Kolsan, con dolcezza³¹. Inoltre, doveva essere garantito il segreto sulla persona e sul genere di pazzia di ogni singolo ricoverato³².

Nel gennaio del 1866, su un totale di 73 posti disponibili, di cui 50 per uomini e 23 per donne, risultavano occupati 60 letti o «piazze» (39 da utenti di sesso maschile e 31 da pazienti di sesso femminile). Ciò che emerge è che rimanevano vuoti 13 posti e che le richieste per utenti donne erano superiori rispetto alla dotazione dei posti letto previsti³³.

Tabella 4 - N. piazze (posti letto) stabilite e occupate, per provenienza territoriale e per pazienti maschi e femmine al 31 gennaio 1866

Divisione	Piazze stabilite per uomini	Piazze occupate da uomini	Piazze stabilite per donne	Piazze occupate da donne	Totale Piazze disponibili	Annotazioni
Cagliari	42	29	16	23	13	Vi sono 7 donne in più
Sassari	4	6	4	5	0	Sonovi due uomini in più ed una donna in più
Nuoro	4	4	3	3	0	/
Totale Piazze stabilite e occupate	50	39	23	31	13	

Fonte: Dati tratti da *Stato dei Maniaci presenti nel Manicomio dell'Ospedale Civile di Cagliari addì 31 Gennaio 1866*, documento conservato all'AS CA, Fondo San Giovanni di Dio, e riprodotto in CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., p. 33.

I costi per il trasporto dei malati di mente da un luogo di cura a un altro e dal proprio domicilio al manicomio e viceversa erano a carico di Province e Comuni. Infatti, con la Legge 20 marzo 1865, n. 2248, la cosiddetta Legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia, alle Province vennero assegnati alcuni obblighi: provvedere al mantenimento dei «mentecatti poveri», come già avveniva nel Regno

S. Antonio abate, in «Bollettino Bibliografico della Sardegna», Anno IX, N.S., I semestre 1992, fasc. n. 15, pp. 55-60.

³⁰ Notizie su questo ospedale si trovano in ID., *Una pagina di storia cagliaritana. L'ospedale civile di San Giovanni di Dio*, in «Bollettino Bibliografico della Sardegna», Anno IX, N.S., II semestre 1992, fasc. n. 16, pp. 67-76.

³¹ Cfr. *Istruzioni regolamentarie dell'ospedale civile di Cagliari*, art. 279, citate in CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, p. 30.

³² Cfr. AS CA, Fondo San Giovanni di Dio, *Regolamento organico del Manicomio di Cagliari*, art. 7, allegato al *Decreto di approvazione del Regolamento organico del Manicomio annesso all'Ospedale Civile di Cagliari*, Torino, 6 febbraio 1859.

³³ AS CA, Fondo Sant'Antonio Abate, *Stato dei Maniaci presenti nel Manicomio dell'Ospedale Civile di Cagliari addì 31 Gennaio 1866*. Il documento è riprodotto in CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., p. 33.

di Sardegna; sobbarcarsi le spese per il loro trasporto da un luogo di cura a un altro; riaccompagnare i degenti al domicilio delle loro rispettive famiglie dopo le dimissioni. La legge stabiliva un obbligo anche per i Comuni. Infatti, il Comune dove era stata accertata la malattia doveva provvedere a proprie spese ad accompagnare l'alienato in manicomio.

Già dagli anni settanta, all'interno del reparto di psichiatria del San Giovanni di Dio, vennero avviate attività che oggi vengono definite di riabilitazione. Pertanto, accanto alla somministrazione dei medicinali, si affiancarono attività di supporto che avevano lo scopo di educare, di favorire la socializzazione e di migliorare la condizione generale di salute degli infermi senza dover ricorrere solo ed esclusivamente all'uso dei medicinali e/o della camicia di forza. Esemplare, da questo punto di vista, il lavoro svolto dal primario Luigi Zanda. Costui, infatti, nel periodo 1874-1876, organizzò una Scuola Pia di istruzione elementare all'interno del reparto di psichiatria dove venivano insegnate le discipline di Catechismo, Storia sacra, Letteratura, Storia profana, Geografia e Aritmetica³⁴.

Un altro primario, il prof. Giuseppe Sanna Salaris, che diresse il manicomio dal 1890 al 1928, se ne occupò «con notevole dedizione umana e con la professionalità che gli proveniva dall'aver frequentato le migliori scuole psichiatriche dell'epoca, nazionali ed estere»³⁵. «Partecipe della quotidianità dei suoi pazienti», autore di diversi saggi, nonché sostenitore della costruzione del nuovo ospedale psichiatrico³⁶, è ricordato per un episodio che lo vide protagonista. Infatti, la notte tra il 17 e il 18 novembre 1898, crollò il tetto del padiglione Is Stelladas, ubicato nell'omonima località, distante dal reparto di psichiatria, dove era ricoverata una parte dei pazienti più tranquilli. Il dott. Sanna Salaris intervenne, accanto agli infermieri e alle suore, per salvare i 50 degenti³⁷.

Già a partire dagli inizi degli anni novanta, il reparto di psichiatria, che assolveva a un'importante funzione sociale, non riusciva più a far fronte alle numerose richieste di ricoveri che provenivano dalla città di Cagliari, dal resto della provincia, ma anche dalla provincia di Sassari, nel cui capoluogo entrò in funzione, dopo una lunga gestazione, il manicomio di Rizzeddu, in grado di accogliere i primi malati solo dall'aprile del 1904³⁸.

Anche dai centri dell'area geografica dell'attuale provincia del Medio Campidano non mancavano le richieste. Ad esempio, nel 1898, il sindaco di Sanluri, su sollecito della Prefettura di Cagliari, avviò le pratiche per l'inserimento presso il reparto di psichiatria del San Giovanni di Dio di alcuni «dementi poveri» nei confronti dei quali si attivò per rilasciare certificati di propria competenza e ottenere da altre Istituzioni pubbliche la documentazione necessaria per garantire loro l'internamento, nonché per accertare lo stato economico degli stessi e dei loro parenti ai fini del pagamento dei costi del ricovero³⁹.

³⁴ AS CA, Fondo *San Giovanni di Dio, Prospettiva didattica sul programma insegnato alla Scuola Pia del Manicomio - Cagliari durante l'anno scolastico 1875-1876*. Il documento, unitamente ad altre preziose carte dell'anno scolastico 1875-1876, compreso un Elenco nominativo di pazienti iscritti alla Scuola, datato 7 marzo 1876, e un Registro Mensuale della Scuola Adulti, relativo al mese di ottobre del 1875, si trovano riprodotti in CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., pp. 34-37.

³⁵ CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., p. 38.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Cfr. GIANFRANCO MURTAS, *Dalla parte dei malati*, in «Almanacco di Cagliari», anno 2003, s.i.p.

³⁸ Sulla storia del Rizzeddu di Sassari, cfr. MARIA ROSARIA LAI (a cura di), *Cose ... da matti!. Storia e storie del Manicomio di Sassari. Mostra documentaria*, s.l. 2008.

³⁹ COMUNE DI SANLURI, ARCHIVIO STORICO, Categoria II, Classe 3, *Manicomio*, anno 1898.

Pertanto, per venire incontro alla crescente domanda di ricoveri, il prof. Sanna Salaris, già dal 1891, sollecitò il Consiglio provinciale di Cagliari a prendere in affitto una casa colonica sul colle di Monte Claro e alcuni edifici rustici nella vicina località Is Stelladas⁴⁰. Problema di cui la provincia si fece carico. Ma tutto ciò non fu sufficiente. Le aumentate richieste delle famiglie dei malati di mente e l'incremento dei ricoveri coatti imposti dalle autorità nei confronti di malati ritenuti pericolosi per se stessi e per gli altri determinarono «una situazione di eccessivo sovraffollamento e di conseguente scadimento del servizio psichiatrico del San Giovanni [...]»⁴¹. Nel 1899, il Consiglio provinciale si orientò a trovare una soluzione definitiva, con la costruzione di un nuovo manicomio. A tale scopo, nel 1901, venne acquisita l'area di Monte Claro, compresa la colonia agricola, per la costruzione del nuovo centro per malati mentali.

4. Il manicomio di Villa Clara

Il nuovo centro di cura per i malati di mente, progettato dall'ing. Stanislao Palomba⁴², iniziò a operare a pieno regime a partire dal 1907. L'antica villa Clara fu restaurata e divenne l'alloggio del direttore, mentre i «rustici posti dietro la villa, in cui pure erano stati ricoverati dei pazienti, furono invece adattati a stalle, magazzini e alloggi della colonia agricola, allestita perché, come aveva chiesto il consigliere [provinciale] Loy Murgia, consentisse la terapia del lavoro ai malati validi e, nel contempo, costituisse un mezzo di autosostentamento per il manicomio»⁴³.

Così, accanto al manicomio, dove venivano ospitati i cosiddetti «maniaci», operò un'azienda agricola. Nei primi tempi la colonia consisteva in una vigna e in un orto, la cui cura era affidata al lavoro di un numero ristretto di pazienti, sotto la sorveglianza del dott. Giovanni Paoli. Poi, qualche anno dopo, gli utenti meno gravi furono coinvolti nell'allevamento ovino e suino, mentre nel 1911 fu impiantato un vivaio con 1.500 mandorli, 500 gelsi, 500 pini, 250 olivi, 200 querce e 200 carrubi⁴⁴.

I pazienti venivano impegnati nell'ergoterapia (terapia del lavoro). In altri termini, si offriva loro la possibilità di svolgere diverse attività che costituivano una forma primordiale di riabilitazione, con in più il vantaggio di produrre reddito per l'autosostentamento del manicomio.

In base a una indagine condotta dalla Casa Editrice AM&D di Cagliari, nel reparto psichiatrico dell'Ospedale San Giovanni di Dio (1859-1906) e nei locali del manicomio di Villa Clara (1907-1998) furono ricoverati 15.592 malati di mente⁴⁵. Di questi, 1.666 provenivano da comuni dell'attuale provincia del Medio Campidano, pari al 10,7% del totale degli utenti ricoverati provenienti da tutta la Sardegna. Nello specifico, 820 provenivano dall'Area ex Mineraria, pari al 49,2% sul totale dei ricoverati provenienti dal Medio Campidano e al 5,26% sul totale dei ricoverati provenienti dall'isola; 529

⁴⁰ MARIA ROSARIA LAI (a cura di), *Cose ... da matti!*, cit., p. 5.

⁴¹ CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., p. 39.

⁴² Notizie più dettagliate sul progetto del manicomio di Villa Clara si trovano all'ARCHIVIO DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI, nel fondo *Assistenza e beneficenza*, n. 724.

⁴³ CASTELLINO, LOI (a cura di), *Oltre il cancello*, cit., p. 42.

⁴⁴ *Atti del Consiglio Provinciale*, Cagliari 1912, *Rendiconto amministrativo della Deputazione Provinciale di Cagliari per l'esercizio 1910-11*, pp. 107 e ss.

⁴⁵ Si veda il Pannello: "Quadro dei ricoverati nell'Ospedale psichiatrico di Cagliari al 1998" (dal 1859 al 1906 presso il S. Giovanni di Dio e le sue sedi staccate; dal 1907 al 1998 presso Villa Clara). Nel 1904 i pazienti del nuorese e del sassarese furono trasferiti presso il manicomio "Rizzeddu" di Sassari. Il pannello è stato curato dalla Casa editrice AM&D di Cagliari nel quadro della mostra sui manicomi in Sardegna.

dalla Marmilla (31,8% e 3,4%); e 317 dal Campidano Irriguo (19% e 2,04%). È interessante notare che 569 utenti provenivano dai centri minerari di Arbus, Guspini e Gonnosfanadiga, pari al 34,1% sul totale provinciale e al 3,6% sul totale regionale. Particolarmente significativi i dati dell'area della Marmilla, dove in alcuni piccoli centri si registra un numero elevato di ricoveri in rapporto alla popolazione. (Cfr. Tab. 5).

Tabella 5 - Quadro dei ricoverati presso il reparto psichiatrico dell'Ospedale S. Giovanni di Dio dal 1859 al 1906 e presso il manicomio Villa Clara di Cagliari dal 1907 al 1998 per comuni del Medio Campidano, n. utenti e percentuali dei ricoverati sui totali provinciale e regionale

COMUNI	UTENTI RICOVERATI	% RICOVERATI SUL TOTALE PROVINCIALE	% RICOVERATI SUL TOTALE REGIONALE
Arbus	201	12,0	1,29
Gonnosfanadiga	178	10,7	1,14
Guspini	190	11,4	1,22
Pabillonis	50	3,0	0,32
San Gavino Monreale	108	6,5	0,70
Sardara	83	5,0	0,53
Villacidro	10	0,6	0,06
AREA EX MINERARIA	820	49,2	5,26
Samassi	90	5,4	0,58
Serramanna	135	8,1	0,86
Serrenti	92	5,5	0,60
CAMPIDANO IRRIGUO	317	19,0	2,04
Barumini	41	2,5	0,26
Collinas	22	1,3	0,14
Furtei	38	2,3	0,25
Genuri	14	0,8	0,09
Gesturi	29	1,7	0,19
Las Plassas	9	0,6	0,05
Lunamatrona	33	2,0	0,21
Pauli Arbarei	14	0,8	0,09
Sanluri	122	7,3	0,78
Segariu	15	0,9	0,10
Setzu	4	0,3	0,02
Siddi	23	1,4	0,15
Tuili	45	2,7	0,29
Turri	22	1,3	0,14
Ussaramanna	23	1,4	0,15
Villamar	20	1,2	0,13
Villanovaforru	25	1,5	0,16
Villanovafranca	30	1,8	0,20
MARMILLA	529	31,8	3,4
MEDIO CAMPIDANO	1.666	100	10,7
RESTO DELLA SARDEGNA	13.926	/	89,3
TOTALE	15.592	/	100

Fonte: Elaborazioni del CSM Sanluri su dati tratti dal pannello: "Quadro dei ricoverati nell'Ospedale psichiatrico di Cagliari al 1998" (dal 1859 al 1906 presso il S. Giovanni di Dio e le sue sedi staccate; dal 1907 al 1998 presso Villa Clara). Il pannello è stato curato dalla Casa editrice AM&D di Cagliari.

5. La chiusura del manicomio di Cagliari e il ruolo dell'Unità Sanitaria Locale nella gestione della presa in carico e nella cura dei pazienti dimessi

Nel 1997, con la chiusura di Villa Clara, i pazienti originari dei comuni ricadenti nel territorio di competenza della Unità Sanitaria Locale (USL) n. 6 di Sanluri, e che in quell'anno risultavano essere ricoverati presso l'Ospedale psichiatrico cagliaritano, tornarono in carico alla medesima USL n. 6. Unità sanitaria che, attraverso i distretti di Sanluri, Guspini e Senorbì, provvide a trovare una adeguata sistemazione agli utenti dimessi, in totale 53, di cui 33 maschi e 20 femmine; pazienti che, al momento della dimissione, risultavano avere un'età media di 65,1 anni.

Tabella 6 - Pazienti psichiatrici della USL n. 6 per distretto sanitario di provenienza, sesso, età media, deceduti e scomparsi, in affidamento, dimessi dal manicomio di Cagliari tra il 1996 e il 1997 e inseriti in altre strutture

Distretto sanitario di provenienza	Maschi	Femmine	Totale	Età media	Deceduti e scomparsi	In affidamento	Nuove destinazioni
Guspini	13	6	19	65,1	2	0	Strutture di Decimo, Betania (Guspini), Cagliari, Ortacesus, Serdiana
Sanluri	13	10	23	63,4	4	1	Strutture di Decimo, Gergei, Serdiana, Betania (Guspini), Ghilarza, Cagliari, Ortacesus
Senorbì	5	4	9	70	3	0	Strutture di Decimo, Gergei, Ortacesus
Distretti di altre USL	3	0	3	61	0	0	Strutture di Cagliari
Totali	33	20	53	65,1	9	1	

Fonte: Archivio CSM della ASL n. 6 di Sanluri, Cart. *Pazienti ex O.P. Documentazione, Delibere, Convenzioni, Tabelle*, (anni 1996-1998).

Gli ex pazienti di Villa Clara vennero sistemati in altre strutture del capoluogo sardo, della provincia cagliaritano (Decimo, Guspini, Gergei, Ortacesus, Serdiana) e della provincia di Oristano (Ghilarza). Si registra, infine, un unico caso di paziente dato in affidamento.

Con la chiusura del manicomio, tappa finale di un lungo percorso iniziato con l'approvazione della legge n. 180 del luglio 1978, meglio conosciuta come "legge Basaglia", si chiuse, anche a Cagliari, quella fase dell'evoluzione dell'assistenza psichiatrica che determinò il passaggio dal prevalente interesse custodialistico a un approccio terapeutico.

Dall'assistenza legale all'assistenza sanitaria locale: breve *excursus* delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna

Guglielmina ORTU
ASL di Sanluri

Abstract

The need of granting hospital care and building a national health system based on Health Insurance arose between the '20s and '30s of the 20th century, during the Fascist era. In those years, the regime established the first rules on the organization of health services and medical staff in the hospitals. In the '60s and '70s such system was superseded by the National Health Service, which provided the peripheral organization of the Local Health Units, subsequently transformed in the '90s into Local Health Authorities endowed with public juridical personality. Sardinia, with the Law of 26 January 1995, n. 5, started the establishment of eight local health authorities, still existing and functioning.

Keywords

Local Health Insurance, National Health Service reform, Local Health Units, Local Health Authorities

Riassunto

Tra gli anni venti e trenta del Novecento, in piena epoca fascista, matura l'esigenza di garantire l'assistenza ospedaliera a tutti e di costruire un sistema sanitario basato sulle Casse Mutue. In quegli anni, il regime approva le prime norme sull'organizzazione dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali. Ma, tra gli anni sessanta e settanta, viene scardinato il sistema degli Enti mutualistici e istituito il Servizio Sanitario Nazionale, che prevedeva la costituzione e l'organizzazione, a livello periferico, della Unità Sanitarie Locali, successivamente trasformate, con le riforme degli anni novanta in Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica pubblica. La Sardegna, con la Legge del 26 gennaio 1995, n. 5, avvia la costituzione di otto Aziende Sanitarie Locali, ancora oggi esistenti e funzionanti.

Parole chiave

Assistenza sanitaria locale, riforme del sistema sanitario nazionale, Unità Sanitarie Locali, Aziende Sanitarie Locali

1. Il Sistema sanitario nazionale in epoca fascista

Con il Regio decreto del 30 dicembre 1923, n. 2841¹, fu stabilito il diritto all'assistenza ospedaliera, chiamata "assistenza legale": ogni ospedale era obbligato a ricoverare chiunque si presentasse e non potesse fare a meno di assistenza ospedaliera e, se non fosse stato in grado di pagare o non avesse avuto titolo al ricovero gratuito in base alle norme statutarie dell'istituto, l'ospedale aveva diritto al rimborso delle spese da parte del comune di domicilio dell'assistito o dalla sua mutua.

Maturò intorno agli anni trenta l'esigenza di fornire garanzie di sanità all'intera popolazione che diede luogo ad un "sistema sanitario" basato su numerosi Enti Mutualistici (o casse mutue) ciascuno dei quali era afferiva ad una determinata categoria di lavoratori, che con i familiari a carico, erano iscritti obbligatoriamente allo stesso e in tal modo potevano fruire dell'assicurazione sanitaria che dava diritto

¹ Regio Decreto 30 dicembre 1923 n. 2841, *Riforma della legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.*

a ricevere cure mediche e ospedaliere. Tali enti venivano finanziati con i contributi versati in parte dagli stessi lavoratori in base alla categoria professionale di appartenenza, al reddito e alla propria capacità contributiva e in parte dai datori di lavoro. Ciò comportava sperequazioni tra gli assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue correlate, appunto, alla capacità contributiva degli iscritti

È del 30 settembre 1938 il Regio Decreto che istituì le prime norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali (Legge Petragrani)², completato dal decreto sulle costruzioni ospedaliere del 20 Luglio 1939 ad opera di Mussolini³, quest'ultimo in vigore fino al 4 dicembre 1993 quando venne sostituito dalla legge 492 sui requisiti minimi per le nuove costruzioni ospedaliere⁴.

2. Le riforme al Sistema sanitario nazionale dagli anni cinquanta agli anni settanta

La Legge 296/1958⁵ costituiva in ogni provincia gli Uffici del Medico provinciale e del Veterinario provinciale, coordinati dal Prefetto, ma alle dirette dipendenze del Ministero della Sanità. Al Medico provinciale spettavano compiti di vigilanza sulle istituzioni sanitarie provinciali, sull'applicazione delle leggi e dei regolamenti sanitari, sulle condizioni igieniche dei comuni e sui servizi sanitari.

L'Ufficiale sanitario del comune, diveniva l'organo più periferico dell'organizzazione sanitaria; tra i suoi compiti rientravano la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza igienica sul suolo e sull'abitato, sugli alimenti, sulle scuole e sui luoghi di lavoro. In materia di sanità pubblica dipendeva direttamente dal Medico provinciale. L'assistenza diretta si attua attraverso i medici condotti, i medici libero professionisti convenzionati o meno con Enti mutualistici, attraverso gli Ospedali e le cliniche private, queste ultime convenzionate in tutto o in parte con vari Enti mutualistici.

Tale sistema cominciò a sgretolarsi con la legge 132/68, la cosiddetta "Riforma ospedaliera" o "Legge Mariotti"⁶, istitutiva degli Enti Ospedalieri, attraverso la quale viene riconosciuta agli ospedali una soggettività di diritto pubblico; viene disciplinata l'organizzazione strutturale degli Ospedali, la loro distinzione in categorie e la loro funzione nell'ambito della programmazione nazionale e regionale della spesa ospedaliera.

Il processo continua con la L. 386/74⁷ che sancì la fine del sistema mutualistico decretando lo scioglimento dei Consigli di Amministrazione degli Enti Mutualistici, dando l'avvio al processo di Commissariamento dell'intero sistema mutualistico e disciplinando l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli enti Ospedalieri; viene istituito un Fondo nazionale per l'Assistenza Ospedaliera con decorrenza 1 gennaio 1975 e si individuano i parametri per il riparto dello stesso alle Regioni; inoltre, vengono trasferiti alle Regioni i compiti di assistenza ospedaliera.

² Regio Decreto 30 settembre 1938 n. 1631, *Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*, noto come Legge Petragrani.

³ Decreto 20 luglio 1939, *Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere*.

⁴ Legge 4 dicembre 1993, n. 492, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, recante disposizioni in materia di edilizia sanitaria*.

⁵ Legge 13 marzo 1958, n. 296, *Costituzione del Ministero della Sanità*.

⁶ Legge 12 febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.

⁷ Legge 17 agosto 1974, n. 386, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*.

Con la L. 180/78 (nota come Legge Basaglia)⁸ viene affermato in maniera forte che la salute mentale si realizza privilegiando il momento preventivo e i servizi psichiatrici vengono inseriti nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, favorendo il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti affetti da disturbi psichici e viene sancito il divieto di costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

Correva l'anno 1978. Rifacendosi all'art. 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto della salute e interesse della collettività, il Governo Italiano, per iniziativa del Ministro della Sanità Tina Anselmi, con la Legge n. 833/1978⁹, istituì il Servizio Sanitario Nazionale che può essere definito come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza alcuna distinzione.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha rappresentato l'atto conclusivo di un lungo dibattito culturale e politico, svoltosi in un decennio molto difficile per il nostro Paese (contestazione studentesca, crisi petrolifera, delitto Moro).

Sotto il profilo tecnico le più importanti innovazioni nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono rappresentate da:

- l'unificazione dei numerosi Enti che in epoca pre-riforma assicuravano la prevenzione sulle persone sane, l'assistenza ai malati o, infine, la riabilitazione degli infermi;
- la priorità accordata, almeno in linea di principio, alla prevenzione, in quanto gli Enti mutualistici assicuravano soltanto l'assistenza ai soggetti già affetti da malattia e non provvedevano ad interventi di tutela della salute;
- il potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello con la creazione del Distretto sanitario di base, in accordo con le indicazioni fornite dall'Organizzazione mondiale della sanità che prevedeva, tra l'altro, anche l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali.
- la soppressione degli Enti ospedalieri, che diventano parte integrante delle istituende USL.

Sotto il profilo politico le più importanti innovazioni hanno riguardato:

- il rispetto del principio di eguaglianza, che prevede l'erogazione a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro condizione sociale, delle medesime prestazioni a parità di bisogno con una equa distribuzione delle risorse sanitarie sul territorio;
- il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale, con il Sindaco che mantiene il ruolo di autorità sanitaria periferica e diviene componente dell'Assemblea generale della Unità Sanitaria Locale (USL);
- la gestione della USL affidata ad organi elettivi con rappresentanza delle minoranze rappresentati da "funzionari politici" di estrazione partitica.

Dalla istituzione della Legge n. 833 derivano principi informativi e vengono tracciati obiettivi.

Tra i primi rientrano:

- la globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione;
- uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio;
- unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comuni; incidenti sullo stato di salute dei cittadini;

⁸ Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

⁹ Legge 23 dicembre 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*,

- coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del servizio mediante forme di partecipazione a garanzia di un controllo sull'efficienza ed efficacia del Servizio ai vari livelli di intervento.

Tra gli obiettivi si annoverano:

- il superamento degli squilibri territoriali delle condizioni socio sanitarie del paese da perseguire attraverso una adeguata programmazione sanitaria e una coerente distribuzione delle risorse disponibili;
- coerente distribuzione delle risorse disponibili;
- educazione sanitaria;
- prevenzione delle malattie e degli infortuni di vita e di lavoro;
- sicurezza nei luoghi di lavoro;
- diagnosi e cura degli eventi morbosi;
- procreazione responsabile e tutela maternità;
- tutela della salute mentale.

3. La nascita delle Unità Sanitarie Locali

In ottemperanza ai principi contenuti nella L. 833/78, la regione Sardegna promulgò la Legge Regionale n. 13 del 16 marzo 1981 denominata *Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali*¹⁰, nel cui art. 1 vengono fissati i principi e gli obiettivi della medesima: «La Regione realizza nel proprio territorio il Servizio Sanitario Nazionale, assumendo quale indirizzo fondamentale la programmazione, la riorganizzazione, l'integrazione ed il coordinamento dei servizi sociali e sanitari in funzione della progressiva eliminazione degli squilibri esistenti nelle condizioni socio-sanitarie del territorio e con l'obiettivo di pervenire alla tutela globale della salute, attraverso i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nel pieno rispetto della persona e della dignità umana»¹¹.

Viene ratificata in tal modo la nascita delle Unità Sanitarie Locali, struttura operativa dei comuni singoli o associati e delle Comunità montane a cui è devoluto il compito di assolvere a quanto stabilito dal Servizio Sanitario Nazionale di cui alla citata legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

L'art. 2 della L. R. n. 13/81 delimita gli ambiti territoriali di ciascuna USL¹². In Sardegna le Unità Sanitarie Locali così istituite sono 22.

In particolare, si segnalano le seguenti USL:

USL n. 15 di Guspini comprendente i Comuni di:

- Guspini, Arbus, Gonnosfanadiga, Villacidro, Pabillonis, Vallermosa, Sardara, San Gavino e coincidente territorialmente con la Comunità Montana n. 18;

USL n. 19 di Sanluri comprendente i Comuni di:

- Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.

Sono organi dell'Unità sanitaria Locale:

- L'Assemblea Generale
- Il Comitato di Gestione
- Il Presidente del Comitato di Gestione

¹⁰ Legge regionale 16 marzo 1981, n. 13, *Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833.*

¹¹ Ivi, art. 1.

¹² Ivi, art. 2.

L'Assemblea Generale è composta dal Consiglio Comunale se l'ambito territoriale della USL coincide con quello del Comune; dal Consiglio della Comunità Montana se l'ambito della USL coincide con quello della Comunità Montana; dal Consiglio della Comunità montana integrato da rappresentanti dei Comuni che non fanno parte della stessa ma il cui territorio ricada nell'ambito territoriale della USL.

Le Unità Sanitarie Locali, articolate in distretti sanitari di base, svolgono le proprie funzioni mediante servizi sanitari e servizi amministrativi.

I primi provvedono all'assolvimento delle seguenti funzioni:

1. la tutela dell'igiene pubblica, della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e medicina legale;
2. l'assistenza materno infantile e dell'età evolutiva, tutela della salute degli anziani e degli handicappati;
3. la medicina di base, specialistica e igiene mentale;
4. l'assistenza ospedaliera guardia medica, la distribuzione dei farmaci;
5. l'igiene e medicina veterinaria;
6. l'assistenza farmaceutica.

Nel corso dello stesso anno viene emanata, dalla regione Sardegna, la L.R. n. 19/1981, concernente *Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità Sanitarie Locali*¹³.

Come si deduce dallo stesso titolo si tratta di una norma che stabilisce gli strumenti contabili attraverso i quali si mira ad attuare la gestione delle Unità Sanitarie Locali in collegamento con il Piano sanitario Regionale.

Nel 1991, con il Decreto 35/91¹⁴, convertito nella Legge n. 111/1991¹⁵, vengono sciolti i Comitati di gestione ed in loro vece vengono nominati gli Amministratori straordinari, organi monocratici posti alla guida delle USL in attesa della terza riforma sanitaria concretizzata con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992¹⁶.

4. Le riforme degli anni novanta e l'istituzione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere

Gli elementi portanti del Decreto Legislativo 502/92 così come modificato dal successivo Decreto Legislativo 517/93¹⁷ sono:

- l'adozione di strumenti di programmazione sanitaria nazionale (art. 1) con l'adozione di livelli uniformi di assistenza sanitaria (individuati con il DPR 24 dicembre 1992)¹⁸ e l'elaborazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 (DPR 1 marzo 1994)¹⁹;

¹³ Legge Regionale 8 luglio 1981, n. 19, *Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità sanitarie locali*.

¹⁴ Decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35, *Norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali*.

¹⁵ Legge 4 aprile 1991, n. 111, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali*.

¹⁶ Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

¹⁷ Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

¹⁸ Decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992, *Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria*.

¹⁹ Decreto del Presidente della Repubblica del 1° marzo 1994, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*.

- l'avvio del processo di aziendalizzazione (art. 3-6): trasformazione, mediante accorpamento della rete di USL in una nuova rete di ASL; scorporo dei grandi ospedali dalla USL e loro trasformazione in Aziende Ospedaliere;
- le aziende (ASL e AO) assumono personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza delle Aziende Ospedaliere e Territoriali erano riservati ad un Direttore Generale nominato dalla Regione che a sua volta sceglie come collaboratori un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo.

Con la Legge n. 5/1995 la Regione Sardegna avvia la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali²⁰. L'art. 1 comma 2 della Legge sancisce la nascita di otto Aziende Sanitarie:

1. Azienda USL n. 1, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 1, 2, 5, con sede legale a Sassari;
2. Azienda USL n. 2, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 3, 4, con sede legale Olbia;
3. Azienda USL n. 3, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 6, 7, 8, 10, 11, con sede legale Nuoro;
4. Azienda USL n. 4, coincidente con l'ambito territoriale della preesistente USL n. 9, con sede legale a Lanusei;
5. Azienda USL n. 5, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 12, 13, 14, con sede legale a Oristano;
6. Azienda USL n. 6, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 15, 19, 18, con sede legale Sanluri;
7. Azienda USL n. 7, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 16, 17, con sede legale a Carbonia;
8. Azienda USL n. 8, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 20, 21, 22 e parte dei comuni già appartenenti alla USL 18, con sede legale a Cagliari.

A seguito del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517²¹ (art. 2) che prevede la creazione di Aziende Ospedaliere-Universitarie, dotate di personalità giuridica autonoma (ai quali quindi vengano trasferiti beni e personale), vengono costituite in Sardegna una Azienda Ospedaliera di rilievo Nazionale (G. Brotzu) e due Aziende ospedaliere-Universitarie: Cagliari e Sassari.

Con Legge regionale n. 10 del 28 luglio 2006 la regione Sardegna procede ad attuare il riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR)²² ponendo a base di tale sistema la centralità della persona, titolare del diritto alla salute; l'universalità e l'equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari; la globalità della copertura assistenziale.

La Regione Sardegna attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Cagliari e di Sassari, nonché attraverso l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

²⁰ Legge Regionale del 26 gennaio 1995, n. 5, *Norme di riforma del servizio sanitario regionale*.

²¹ Decreto Legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517, *Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

²² Legge Regionale del 28 luglio 2006, n. 10, *Tutela della salute e riordino del Servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5*.

Recentissima è la “tentata” ennesima riforma prevista nella Legge Regionale 7 agosto 2009 n. 3, *Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale*²³, il cui art. 12, intitolato *Disposizioni in materia di sistema sanitario regionale*, recita:

1. La Regione al fine di migliorare i servizi e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche del sistema sanitario regionale, con le presenti disposizioni avvia il processo di riforma ridisciplinandone gli assetti istituzionali ed organizzativi.
2. Sono, a questo scopo, istituite nel Servizio Sanitario Regionale, con deliberazione della Giunta regionale, un numero di macroaree tale che le loro dimensioni rappresentino il livello ottimale per l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie, comprese quelle Ospedaliere. Le macroaree esercitano le seguenti funzioni:
 - a. gestione del patrimonio delle aziende in esse ricadenti;
 - b. formazione, gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva previdenziale del personale delle aziende in esse ricadenti;
 - c. gestione e organizzazione delle reti informatiche e della connessa tecnologia, inclusa la gestione dei sistemi di prenotazione centralizzata delle prestazioni sanitarie;
 - d. gestione e organizzazione dei magazzini, anche centralizzati per macroarea, e della relativa logistica;
 - e. funzioni di centrale di committenza ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, *Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE*, articolo 33, e successive modifiche ed integrazioni.
3. Sono istituiti i comitati di coordinamento di ogni macroarea composti dai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari delle singole Aziende appartenenti alle relative macroaree. I comitati, che operano quali collegi imperfetti e con facoltà di delegare la partecipazione ai Direttori di Dipartimento o di Struttura Complessa delle singole Aziende, hanno i seguenti compiti:
 - a. adottano, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, il regolamento di funzionamento del comitato;
 - b. adottano, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, gli atti regolamentari necessari all'operatività della macroarea;
 - c. approvano il programma annuale di attività;
 - d. svolgono funzioni di direzione, di indirizzo e di verifica dell'attività della macroarea.
4. L'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale esercita le funzioni di coordinamento e di indirizzo dell'attività di ogni macroarea al fine di garantire l'uniformità di indirizzo. Restano fermi i poteri di controllo previsti nella legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 *Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della L.R. 26 gennaio 1995, n. 5*.
5. La partecipazione ai comitati di cui al comma 3 non dà diritto alla percezione di alcuna indennità, fatti salvi i rimborsi per le spese di viaggio.
6. Ferma restando la disciplina di cui al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*, articolo 4, e successive modifiche ed integrazioni, possono inoltre essere costituite in Azienda autonoma le strutture ospedaliere, singole o funzionalmente accorpate, che possiedano al momento della deliberazione di istituzione dell'azienda da parte della Giunta regionale le seguenti caratteristiche:
 - a. organizzazione dipartimentale delle unità operative presenti nella struttura;
 - b. presenza di nuclei di alta specialità;
 - c. disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale, anche di livello regionale e di contabilità per centro di costo;
 - d. servizi di pronto soccorso e di emergenza accorpate in struttura di tipo dipartimentale

²³ Legge Regionale 7 agosto 2009, n. 3, *Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale*.

- nel rispetto del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, e successive modifiche ed integrazioni;
- e. ruolo di ospedale di riferimento in programmi di assistenza integrati su base regionale e/o interregionale, anche come previsto dagli atti di programmazione regionale e in considerazione della mobilità infraregionale;
 - f. disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali;
 - g. dati di produzione di prestazioni sanitarie che superino, in meglio, la media regionale in almeno il 40 per cento dei principali indicatori statistici e di performance (tasso di utilizzazione degenze ordinarie, indice di rotazione degenze ordinarie, indice di casi, degenza media trimmata, degenza media standardizzata, percentuale dei DRG sopra soglia, percentuale dei DRG di alta specialità, percentuale dei DRG a rischio di inappropriata, indice comparativo di performance, tasso di mortalità).
7. Le strutture ospedaliere da scorporare dalle ASL per costituirle in aziende ospedaliere autonome o per accorparle ad altre aziende già esistenti, sono individuate con deliberazione della Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità.
 8. Per consentire la realizzazione del processo di riforma degli assetti istituzionali ed organizzativi del Sistema Sanitario Regionale cui si dà inizio con le presenti disposizioni, con deliberazione della Giunta regionale si provvede, entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge nel BURAS, al commissariamento delle sanitarie ed ospedaliere nonché delle Aziende Ospedaliere - Universitarie ; in quest'ultimo caso i commissari sono nominati d'intesa con i competenti rettori.
 9. Al fine di procedere all'individuazione dell'ambito territoriale delle costituende macroaree di cui al comma 2 e delle funzioni da attribuire alle medesime, entro sessanta giorni dall'adozione del provvedimento di commissariamento di cui al comma 8, i commissari delle ASL, dell'Azienda ospedaliera Brotzu e delle Aziende Ospedaliere - Universitarie propongono un progetto di costituzione delle macroaree, con il quale sono, inoltre, determinate le loro modalità organizzative, le funzioni attribuite con possibilità di individuarne ulteriori connesse a quelle di cui all'elencazione contenuta al comma 2, la loro allocazione e le modalità di messa a disposizione del personale occorrente. Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere - Universitarie l'attribuzione delle funzioni alle macroaree è operativa a seguito della sottoscrizione di intesa con le università interessate. Il progetto eventualmente modificato ed integrato dal competente Assessorato, è approvato, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità, con deliberazione della Giunta regionale in uno all'atto di costituzione delle stesse macroaree, di cui costituisce parte integrante.
 10. Al fine di individuare la parte del patrimonio dell'ASL spettante alle costituende aziende ospedaliere, entro sessanta giorni dall'approvazione del provvedimento di cui al comma 8 ogni commissario delle ASL, dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e delle Aziende Ospedaliere - Universitarie che ne siano interessate, redige un progetto di scorporo, che è approvato con deliberazione della Giunta regionale con l'atto di costituzione dell'azienda ospedaliera, di cui costituisce parte integrante.

5. Considerazioni conclusive

A tutt'oggi, a distanza di cinque anni, la Riforma annunciata nella Legge Regionale 7 agosto 2009 n. 3, non ha ancora trovato attuazione. Anzi si può affermare che è continuamente rimessa in discussione, come dire che non si hanno ancora ben chiare le idee in merito alla riforma sia in riferimento al contenuto sostanziale della medesima che alla sua applicazione pratica. Stà di fatto che la Sanità continua a funzionare grazie all'abnegazione degli operatori del settore i quali, aldilà di auspicate o meno riforme, e pur in carenza di mezzi economici e di personale, proseguono nel loro lavoro di "trincea", per la salvaguardia del diritto primario di ogni cittadino, che è il diritto alla salute e che non risponde a nessun colore politico.

I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL di Sanluri nell'anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi¹

Martino CONTU

Università di Sassari/ASL di Sanluri

Costanzo FRAU

Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale (Cagliari)

Self-Mirroring Therapy Institute (Genova)

Abstract

This essay performs an assessment on those patients undergoing any treatments in the quarters of San Gavino in the Mental Health Centre (CSM for its acronym in Italian) of the Local Health Administration Unit of Sanluri from an epidemiological perspective and within a time frame of one year; this Centre operates in a territory made up by 7 municipalities of the former province of Medio Campidano, with over 55,000 inhabitants. By means of the study of the clinical files and the certificates issued to the patients, it has been possible to analyse certain socio-demographic indicators that reveal interesting information for the assessment of the mental health system of the Mental Health Centre of San Gavino. On the other hand, the diagnoses have been made using the same sources and later on, these were classified according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)

Keywords

Mental health, diagnosis, diagnostic categories, socio-demographic indicators, CSM San Gavino, ASL Sanluri

Riassunto

Il saggio valuta, in chiave epidemiologica e nell'arco di un solo anno, il 2011, i pazienti trattati nella sede di San Gavino del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL di Sanluri; un Centro che serve un territorio composto da 7 comuni della ex provincia del Medio Campidano e abitato da oltre 55.000 abitanti. Attraverso lo studio delle cartelle cliniche e dei certificati rilasciati ai pazienti, è stato possibile analizzare alcuni indicatori socio-demografici che forniscono notizie interessanti per la valutazione del sistema di salute mentale del CSM di San Gavino. Le diagnosi, invece, sono state formulate, utilizzando le stesse fonti, per essere successivamente categorizzate in base al *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR)

Parole chiave

Salute mentale, diagnosi, categorie diagnostiche, indicatori socio-demografici, CSM San Gavino, ASL Sanluri

1. Introduzione

In questo saggio sono valutati, in chiave epidemiologica e nell'arco di un solo anno, il 2011, i pazienti trattati nella sede di San Gavino del Centro di Salute Mentale (CSM), una delle due sedi in cui è strutturato il Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri. Tale sede serve un territorio che comprende 7 comuni della ex provincia del Medio Campidano² (Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino, Sardara e Villacidro), nello specifico la cosiddetta Area Ex Mineraria, coincidente con il

¹ I paragrafi 1 e 2 sono di Martino Contu, mentre Costanzo Frau risulta autore dei paragrafi 3 e 4.

² Per notizie più dettagliate sulla ex provincia del Medio Campidano si rimanda al capitolo I del presente Dossier di Giampaolo Atzei e Martino Contu, intitolato *La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico*.

territorio del Distretto sanitario di San Gavino, con una popolazione complessiva, al 31 dicembre 2011, di 55.819 abitanti³. La prevalenza trattata è data dal numero di pazienti con almeno un contatto nell'anno preso in considerazione con la sede del CSM di San Gavino. L'indagine si è concentrata solo ed esclusivamente sull'attività della sede del CSM di San Gavino e non anche su quella di Sanluri, fondamentalmente perché nei servizi di salute mentale della ASL di Sanluri, così come in quelli di altre ASL della Regione Sardegna e di altre regioni italiane, la mancanza di informazioni sulla qualità della cura erogata e, soprattutto, l'assenza e/o il mancato impiego di misure comuni standardizzate per la raccolta e la conservazione dei dati e per la valutazione della qualità dei trattamenti, ha reso difficile comparare fra di loro i servizi di salute mentale. Risulta chiaro che la qualità della cura non sia ottimale e che vari in misura significativa tra Regioni e tra servizi di salute mentale all'interno di uno stesso Paese, così come all'interno di una stessa Regione. Altrettanto chiara risulta l'importanza e la diffusione nei sistemi di salute mentale dell'*accountability*, il dovere cioè di documentare e rendicontare ciò che si è fatto sia a chi fornisce le risorse sia a chi riceve i servizi, che dovrebbe indurre i CSM a utilizzare sistemi di misura delle *performance* non solo quantitative, ma anche qualitative. Ma, di fatto, la diffusione dei sistemi informativi nei servizi di salute mentale è limitato. Come affermano Antonio Lora e Emiliano Monzani, «La limitata diffusione dei sistemi informativi nei servizi di salute mentale e i ridotti investimenti in termini di *information technology* rappresentano degli ostacoli importanti per un sistematico utilizzo delle informazioni»⁴. Nonostante questi limiti, comuni a molti dei servizi di salute mentale, attraverso lo studio e l'incrocio di due fonti custodite presso l'Archivio della sede del CSM di San Gavino, ovvero la raccolta di alcune informazioni contenute nelle cartelle cliniche e nelle copie dei certificati rilasciati ai pazienti, è stato possibile analizzare alcuni indicatori socio-demografici (sesso, età e comune di nascita)⁵ che forniscono notizie interessanti per la valutazione del sistema di salute mentale del CSM di San Gavino. Le diagnosi, invece, sono state formulate, utilizzando le stesse fonti, per essere successivamente categorizzate in base al *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR)⁶.

2. Gli utenti del Centro di Salute Mentale del Distretto Sanitario di San Gavino: caratteristiche socio-demografiche

Dall'indagine è emerso che gli utenti che hanno usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentano il 2,8% dei 55.819 abitanti del Distretto Sanitario di San Gavino.

Complessivamente, si tratta di 1.586 pazienti, di cui 641 maschi (40,4%) e 945 femmine (59,6%).

Tabella 1 - Utenti complessivi seguiti dal CSM di San Gavino nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
641	40,4	945	59,6	1.586	100

³ Ivi.

⁴ ANTONIO LORA, EMILIANO MONZANI (a cura di), *La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia*, Regione Lombardia, p. 11, consultabile su http://www.aslmi.it/Docs_File/Qualita_Cura_Disturbi_Mentali_Gravi_Lombardia.pdf (16 giugno 2014).

⁵ A causa dell'incompletezza dei dati, non è stato possibile analizzare gli indicatori relativi allo stato civile, al titolo di studio e all'attività professionale degli utenti.

⁶ APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Tex Revision, Masson, Milano 2002.

L'età media è di 49,6 anni. Quello dei maschi risulta essere di 47,1 anni, mentre quello delle femmine è di 51,2 anni. Dal punto di vista demografico gli utenti sono prevalentemente di sesso femminile e l'età media di 49,6 anni, piuttosto elevata, riflette l'invecchiamento generale della popolazione.

Tabella 2 - Età media degli utenti totali seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
47,1	51,2	49,6

Gli utenti del Distretto sono originari nella loro stragrande maggioranza di comuni della ex provincia del Medio Campidano. Si tratta dell'81,8% del totale; cifra che sale al 95,6% se si considerano anche gli utenti nati in altre province della Sardegna. Tra i comuni del Medio Campidano, San Gavino, con il 32,3%, è il centro dove si registrano più nascite; dato che scende al 26,4% se si prendono in considerazione anche i comuni delle altre province sarde. Tale dato si spiega con la presenza in questo centro dell'ospedale civile dove molte donne provenienti dall'area geografica del Medio Campidano partoriscono i propri figli. Solo il 4,4% dei pazienti risulta nato nella penisola e all'estero.

Tabella 3 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Arbus	61,7
San Gavino	16,6
Altri Comuni del Medio Campidano	7,2,0
Comuni di altre Province sarde	11,9
Comuni di Province della penisola	2,6
Comuni esteri	0,0
TOTALE	100,0

2.1 Gli utenti del comune di Arbus: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentava il 3,6% del totale della popolazione di Arbus registrata al 31 dicembre 2011, pari a 6.576 unità. Complessivamente, si tratta di 235 pazienti, di cui il 40,0% maschi e il 60,0% femmine.

Tabella 4 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
94	40,0	141	60,0	235	100

L'età media supera i 50 anni, compresa quella degli utenti di sesso maschile e di sesso femminile. Questo dato non sorprende se si tiene conto del fatto che Arbus è fra tutti i comuni dell'Ex Area mineraria dell'ex provincia del Medio Campidano quello che registra il più alto indice di vecchiaia misurato nel 2007⁷.

Tabella 5 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
50,2	52,1	51,3

⁷ Cfr. il capitolo I del presente Dossier di Giampaolo Atzei e Martino Contu, *La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico*, cit., Tab. n. 9.

Gli utenti di Arbus per quasi i due terzi sono originari del proprio territorio. Tuttavia, se si considerano anche i pazienti che sono nati a San Gavino e in altri centri del Medio Campidano, la percentuale di coloro che provengono da quest'ultima ex provincia sale all'85,5%, che diventa del 97,4% se inseriamo il dato dei pazienti che sono nati in altre province dell'isola.

Tabella 6 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Arbus	61,7
San Gavino	16,6
Altri Comuni del Medio Campidano	7,2
Comuni di altre Province sarde	11,9
Comuni di Province della penisola	2,6
Comuni esteri	0,0
TOTALE	100,0

2.2 Gli utenti di Gonnosfanadiga: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino era pari a 211 unità, corrispondente al 3,1% del totale della popolazione di 6.692 unità registrate a Gonnosfanadiga nell'anno preso in considerazione. Di questi 211 utenti, il 39,8% risulta essere di sesso maschile, mentre il 60,2% di sesso femminile.

Tabella 7 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
84	39,8	127	60,2	211	100

L'età media si attesta al di sotto dei 50 anni. Infatti, essa risulta essere di 42,2 anni, la più bassa rispetto a quelle registrate negli altri comuni del Distretto di San Gavino, così come anche quella maschile, pari a 34,6 anni e questo nonostante l'indice di vecchiaia di Gonnosfanadiga risulti essere fra i più alti del Distretto di riferimento⁸. Da questi dati emerge che la percentuale dei pazienti giovani è più alta rispetto a quella di altri comuni dello stesso Distretto.

Tabella 8 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
34,6	47,3	42,2

Gli utenti di Gonnosfanadiga per quasi i due terzi sono originari del proprio territorio. Risulta che l'87,2% dei pazienti proviene da comuni del Medio Campidano (95,2% se si considerano anche i comuni di altre province sarde). Appena il 4,8% degli utenti risulta nato nella penisola e all'estero.

Tabella 9 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Gonnosfanadiga	64,0
San Gavino	16,6
Altri Comuni del Medio Campidano	6,6
Comuni di altre Province sarde	8,0

⁸ Cfr. Ivi.

Comuni di nascita	%
Comuni di Province della penisola	3,4
Comuni esteri	1,4
TOTALE	100,0

2.3 Gli utenti di Guspini: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino era pari al 2,8% del totale dei 12.268 abitanti registrati a Guspini in quel medesimo anno. Complessivamente, si tratta di 348 utenti, il valore assoluto più alto registrato fra tutti i comuni del Distretto di San Gavino, di cui il 39,0% maschi e il 61,0% femmine.

Tabella 10 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
139	39,0	210	61,0	348	100

L'età media supera i 50 anni, così come anche quella dei pazienti di sesso femminile, mentre l'età media dei maschi è di 48,3 anni.

Tabella 11 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
48,3	55,4	52,6

Gli utenti di Guspini per il 96% sono nati in comuni dell'isola, dato che scende all'82,2% se si considerano tutti coloro che provengono dai soli comuni del Medio Campidano. Appena il 4% proviene invece dalla penisola e dall'estero.

Tabella 12 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Guspini	53,3
San Gavino	19,2
Altri Comuni del Medio Campidano	9,7
Comuni di altre Province sarde	13,8
Comuni di Province della penisola	3,7
Comuni esteri	0,3
TOTALE	100,0

2.4 Gli utenti di Pabillonis: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentava il 3,0% del totale della popolazione di Pabillonis registrata nel medesimo anno, pari a 2.956 unità. Complessivamente, si tratta di 90 utenti, di cui il 33,3% maschi e il 66,7% femmine.

Tabella 13 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
30	33,3	60	66,7	90	100

L'età media dei pazienti è alta, così come anche quella delle femmine, mentre il dato dei maschi si colloca poco al di sotto dei 50 anni.

Tabella 14 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
48,8	55	52,9

Gli utenti di questo piccolo centro sono quasi tutti originari del Medio Campidano. Si tratta dell'83,3% del totale. Se a questo dato si aggiunge quello di coloro che provengono da altri centri della Sardegna, la cifra sale al 93,3%, mentre il restante 6,7% dei pazienti è originario della penisola e di paesi stranieri.

Tabella 15 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Pabillonis	54,4
San Gavino	18,9
Altri Comuni del Medio Campidano	10,0
Comuni di altre Province sarde	10,0
Comuni di Province della penisola	5,6
Comuni esteri	1,1
TOTALE	100,0

2.5 Gli utenti di San Gavino: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentava il 3,1% del totale della popolazione di San Gavino registrata in quell'anno, pari a 8.898 unità. Complessivamente, si tratta di 277 utenti, di cui il 47,0% maschi e il 53,0% femmine.

Tabella 16 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
130	47,0	147	53,0	277	100

L'età media dei pazienti si attesta al di sotto dei 50 anni. Infatti, essa è di 44,6 anni, con un'età media delle donne di 40,4 anni decisamente più bassa rispetto a quella degli uomini che è invece di 49,5 anni. Si tratta dell'unico comune del Distretto dove l'età media dei maschi risulta superiore a quello delle femmine. Da questo dato emerge che gli utenti di sesso femminile sono più giovani rispetto a quelli di sesso maschile.

Tabella 17 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
49,5	40,4	44,6

Oltre i due terzi degli utenti sono nativi di San Gavino. Se al dato dei nati a San Gavino aggiungiamo quello di coloro che sono nati in altri comuni del Medio Campidano la cifra sale al 78% e al 95% considerando anche i comuni di altre province sarde. Il restante 5,0% dei pazienti è originario della penisola e di paesi stranieri.

Tabella 18 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
San Gavino	69,0
Altri Comuni del Medio Campidano	9,0
Comuni di altre Province sarde	17,0
Comuni di Province della penisola	3,6

Comuni esteri	1,4
TOTALE	100,0

2.6 Gli utenti di Sardara: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentava il 2,8% del totale della popolazione di Sardara, pari a 4.153 unità. Complessivamente, si tratta di 116 utenti, di cui il 33,0% maschi e il 67,0% femmine.

Tabella 19 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
38	33,0	78	67,0	116	100

L'età media dei pazienti, come nel caso di Arbus, è alta, attestandosi a 55,7 anni. Molto alta soprattutto l'età media delle donne che si avvicina ai 60 anni, mentre quella dei maschi risulta di poco superiore ai 50 anni.

Tabella 20 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
50,7	58,1	55,7

Il 58,6% degli utenti di questo piccolo centro, posto al confine con la Provincia di Oristano, sono originari del proprio comune. Appena il 3,4% proviene da altri centri del Medio Campidano, mentre il 22,5% risulta essere nato in altre province della Sardegna. Solo il 4,3% dei pazienti è originario della penisola e di paesi stranieri.

Tabella 21 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Sardara	58,6
San Gavino	11,2
Altri Comuni del Medio Campidano	3,4
Comuni di altre Province sarde	22,5
Comuni di Province della penisola	1,7
Comuni esteri	2,6
TOTALE	100,0

2.7 Gli utenti di Villacidro: caratteristiche socio-demografiche

La popolazione che nell'arco del 2011 ha usufruito dei servizi del CSM di San Gavino rappresentava il 2,2% del totale della popolazione di Villacidro, pari a 14.276 unità. Complessivamente, si tratta di 308 utenti, di cui il 41,0% maschi e il 59,0% femmine.

Tabella 22 - Utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso, in valori assoluti e in percentuale

N. Maschi	%	N. Femmine	%	M + F	%
126	41,0	182	59,0	308	100

L'età media dei pazienti è di poco superiore ai 50 anni. Quella degli uomini è di 48 anni, mentre quella delle donne è di 53,1 anni.

Tabella 23 - Età media degli utenti seguiti dal CSM nel 2011, suddivisi per sesso

Età Maschi	Età Femmine	Età M + F
48	53,1	50,1

Il 58,1% degli utenti del più grosso comune del Distretto di San Gavino risulta essere nato a Villacidro, cifra che sale a al 95,1% se si considerano anche gli utenti originari di San Gavino e di altri comuni del Medio Campidano e di altre province della Sardegna. Solo il 4,9% proviene da altri centri della penisola e di paesi stranieri.

Tabella 24 - Utenti suddivisi per Comune di nascita, in valori percentuali

Comuni di nascita	%
Villacidro	58,1
San Gavino	18,5
Altri Comuni del Medio Campidano	4,5
Comuni di altre Province sarde	14,0
Comuni di Province della penisola	2,9
Comuni esteri	2,0
TOTALE	100,0

3. Gli utenti del Centro di Salute Mentale del Distretto Sanitario di San Gavino: analisi delle diagnosi

Come già detto, anche ai fini dell'analisi diagnostica, sono state consultate le cartelle cliniche e le copie dei certificati richiesti dai pazienti custodite presso l'Archivio della sede di San Gavino del Centro di Salute Mentale della ASL di Sanluri. Di ogni paziente che abbia avuto almeno un contatto con il CSM di San Gavino nell'arco del 2011, è stata visionata la diagnosi psichiatrica per essere poi categorizzata secondo il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR)*. Il numero dei pazienti è di 1.586, dei quali il 59,6% di sesso femminile e il 40,4% di sesso maschile. Sul totale del campione, 1070 pazienti hanno ricevuto una diagnosi (68%), mentre 514 pazienti non hanno ricevuto nessuna diagnosi (32%).

Grafico 1. Totale pazienti CSM San Gavino

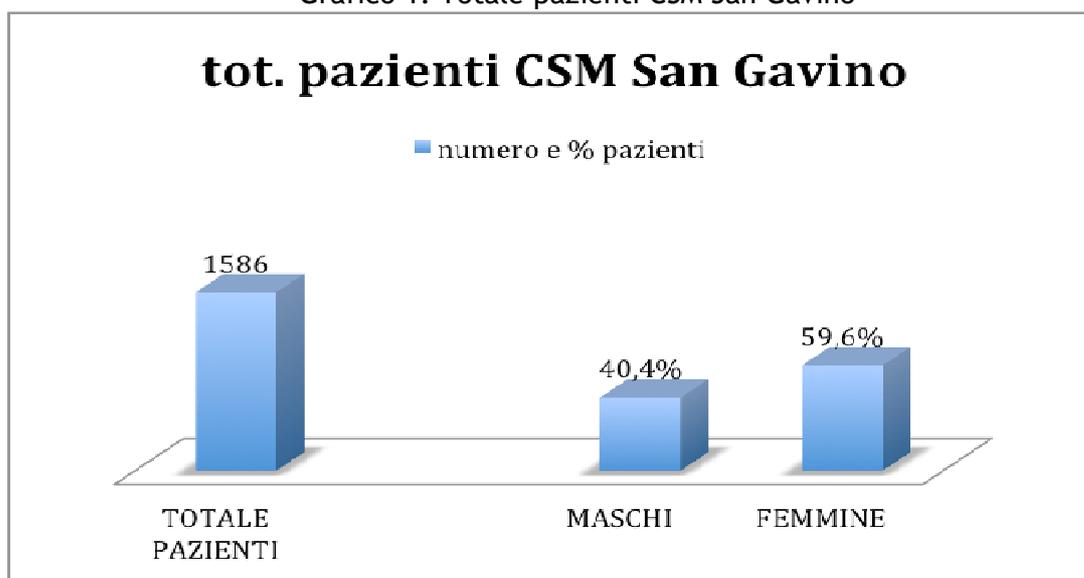
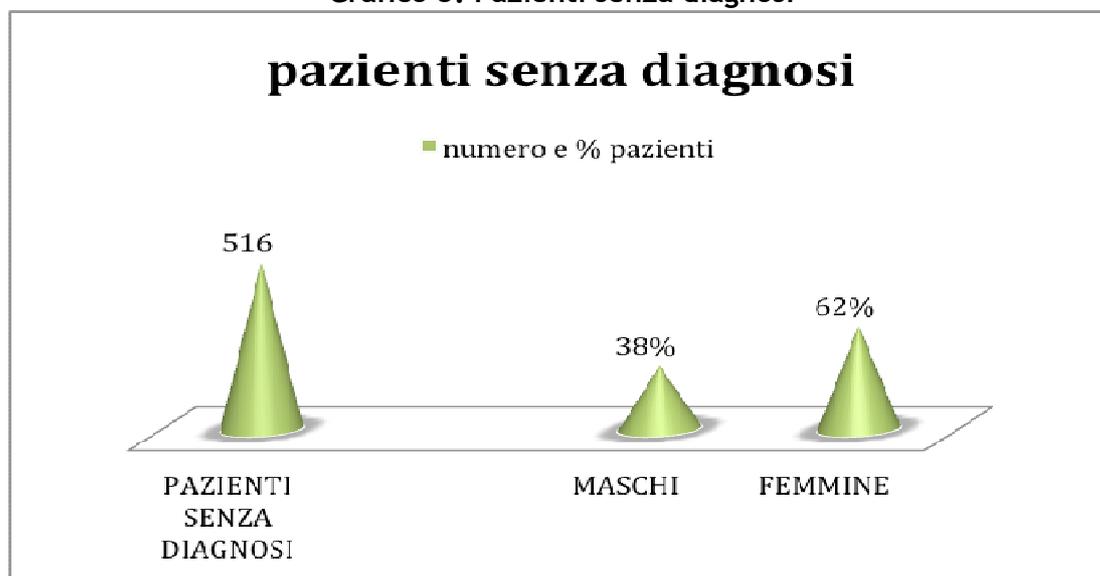


Grafico 2. Pazienti con diagnosi e senza diagnosi



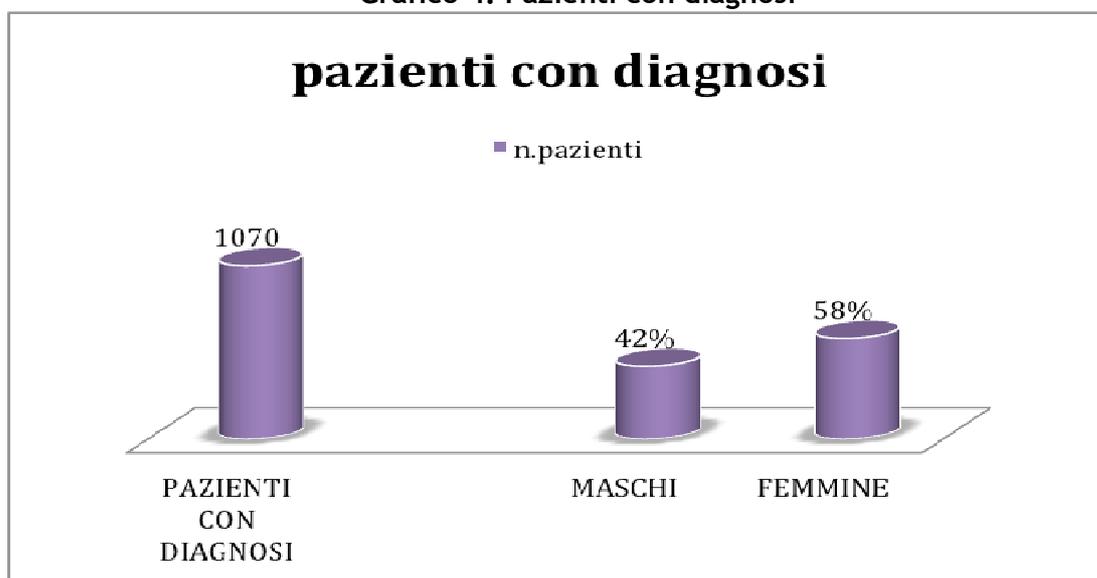
Tra i pazienti che non hanno ricevuto nessuna diagnosi il 38% è rappresentativo del campione maschile mentre il 62% del campione femminile.

Grafico 3. Pazienti senza diagnosi



I pazienti che hanno ricevuto una diagnosi sono 1070 (68% degli afferenti al CSM). Il 42% di questi sono maschi mentre il 58% sono femmine.

Grafico 4. Pazienti con diagnosi



3.1 Disturbi dell'umore

I Disturbi dell'Umore rappresentano la percentuale più alta tra tutti i disturbi diagnosticati. Il 39,2% di tutte le diagnosi riguarda un disturbo dell'umore. All'interno di questo gruppo il 59% hanno una diagnosi che rientra nella categoria dei Disturbi Depressivi, il 37% una diagnosi che rientra nella categoria dei Disturbi Bipolari e il 4% nelle seguenti categorie: a) Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale, b) Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze, c) Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato. Come si può osservare nella Tab. 25, nel raffronto tra i due sessi la percentuale di donne con Disturbo dell'Umore è superiore rispetto a quella degli uomini.

Tabella 25 - Disturbi dell'umore

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi dell'umore	39,2%	33%	67%
disturbi depressivi	59%	24%	76%
disturbi bipolari	37%	44%	56%
altri disturbi dell'umore	4%	71%	29%

3.2 Disturbi d'ansia

I Disturbi d'Ansia rappresentano il 18,5% del totale delle diagnosi. Anche in questa categoria, come nei Disturbi dell'Umore, la percentuale delle donne che hanno questo disturbo è doppia rispetto a quella degli uomini (vedi Tab. 26). Un dato significativo è rappresentato dalla percentuale elevata del Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato. Il 50% dei pazienti con Disturbo d'Ansia rientra in questa categoria.

Tabella 26 - Disturbi d'Ansia

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi d'ansia	18,5%	30%	70%
disturbo d'ansia nas	50%	28%	72%
altri disturbi d'ansia	50%	32%	68%

3.3 Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici

La diagnosi di psicosi, intendendo con questo termine tutti i disturbi che sono raggruppati insieme per la rilevanza dei sintomi psicotici, è pari al 28% del totale delle diagnosi. Di questo gruppo il 13,5% hanno una diagnosi di schizofrenia e il 14,5% di altri disturbi psicotici (Tab. 27). I maschi sono superiori alle femmine per quanto riguarda le percentuali. Un dato interessante riguarda la percentuale elevata di diagnosi di Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato. Quest'ultimo con un 23%, viene dopo il Disturbo Delirante (26%) e il Disturbo Schizoaffettivo, che rappresenta quasi la metà della categoria "altri disturbi psicotici".

Tabella 27 - Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
schizofrenia	13,5%	54%	46%
altri disturbi psicotici	14,5%	52%	48%
psicosi nas	23%	70%	30%
disturbo schizoaffettivo	45%	40%	60%
disturbo delirante	26%	56%	44%
disturbo schizofreniforme	1,5%	50%	50%
altri	4,5%	67%	33%

3.4 Disturbi Somatoformi e Disturbi Dissociativi

La percentuale dei disturbi somatoformi è pari all'1,4% del totale delle diagnosi. La percentuale più alta riguarda il Disturbo di Conversione (20%), il Disturbo Algico e quello di Somatizzazione (13%). È presente anche la diagnosi ICD-10 di Nevrastenia, categoria che possiamo equiparare a quella dei disturbi somatoformi del DSM-IV. La diagnosi di disturbo dissociativo è uguale allo 0,09% del campione totale, corrispondente ad 1 su 1070 diagnosi fatte.

Tabella 28 - Disturbi Somatoformi e Disturbi Dissociativi

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi somatoformi	1,4%	20%	80%
disturbo algico	13%		100%
disturbo di conversione	20%	67%	33%
disturbo di somatizzazione	13%	50%	50%
disturbo di dismorfismo corporeo	7%	100%	
disturbo somatoforme indif.	7%		100%
ipocondria	7%		100%
nevrastenia	20%		100%
altri	13%	50%	50%

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi dissociativi	0,09		100%

3.5 Ritardo Mentale e Demenza

La percentuale di diagnosi di Ritardo Mentale è pari al 10,6% del totale delle diagnosi, mentre quella di demenza risulta essere del 2,5%. Nel primo caso la percentuale di diagnosi è leggermente superiore per il sesso femminile, nel secondo caso per quello maschile.

Tabella 29 - Ritardo Mentale e Demenza

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
ritardo mentale	10,6%	47%	53%
demenza	2,5%	52%	48%

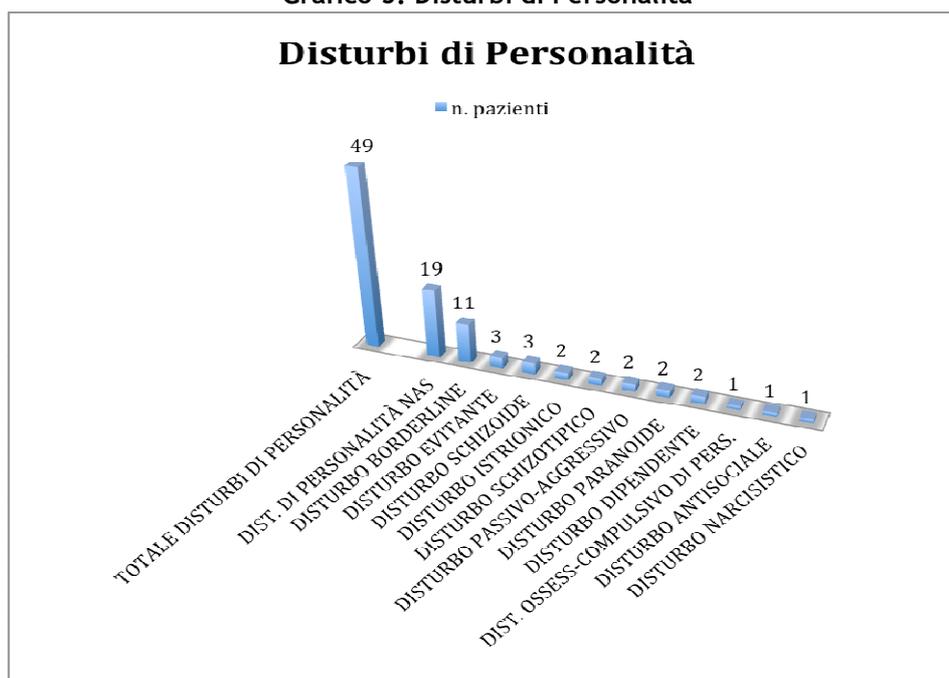
3.6 I Disturbi di Personalità

La percentuale dei Disturbi di Personalità si attesta sul 4,5% del totale dei pazienti con una diagnosi di disturbo psichiatrico (49 su 1070 pazienti). Il Disturbo di Personalità più diagnosticato è il Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato col 39%. Segue il Disturbo Borderline col 23% e tutti gli altri con percentuali più basse (vedi Tab. 30). Le percentuali sono di poco superiori all'interno del genere maschile.

Tab. 30 - Disturbi di Personalità

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi di personalita'	4,5%	53%	47%
disturbo di personalita' nas	39%	53%	47%
disturbo borderline	23%	27%	73%
disturbo evitante	6%	67%	33%
disturbo schizoide	6%	67%	33%
disturbo istrionico	4%	50%	50%
disturbo schizotipico	4%	100%	
disturbo passivo-aggressivo	4%	100%	
disturbo paranoide	4%	100%	
disturbo dipendente	4%		100%
disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	2%	100%	
disturbo antisociale	2%		100%
disturbo narcisistico	2%		100%

Grafico 5. Disturbi di Personalità



3.7 Altri disturbi psichiatrici

Altre diagnosi fatte presso il Centro di Salute Mentale riguardano: i Disturbi dell'Adattamento con una percentuale del 2,3 sul totale; i Disturbi Correlati a Sostanze, al cui interno hanno maggior prevalenza quelli correlati all'alcol, con l'1,6%; i Disturbi Alimentari con lo 0,5%; i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, i Disturbi del Sonno e quelli da Deficit di Attenzione e da Comportamento Dirompente con lo 0,19% di diagnosi sul totale di quelle fatte.

Tab. 31 - Altri disturbi psichiatrici

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
disturbi correlati a sostanze	1,6%	83%	17%
disturbi dell'adattamento	2,3%	48%	52%
disturbi alimentari	0,5%		100%
disturbo gener. dello sviluppo	0,19%	50%	50%
disturbi del sonno	0,19%	50%	50%
disturbo da deficit di attenz. e da comp. dirompente	0,19%	50%	50%

3.8 Due o più diagnosi psichiatriche nello stesso paziente

All'interno del campione di pazienti psichiatrici che hanno ricevuto una diagnosi, l'11,4% ne ha più di una. Di questo gruppo di pazienti il 55% è di sesso femminile, il 45% di sesso maschile.

Tab. 32 - Due o più diagnosi

	TOTALE %	MASCHI %	FEMMINE %
due o più diagnosi	11,4%	45%	55%

4. Considerazioni conclusive

Dall'analisi delle cartelle cliniche compilate dagli specialisti e dai certificati richiesti dai pazienti risulta che, sul campione generale di pazienti afferenti al Centro di Salute Mentale di San Gavino, quasi 1/3 non abbia ricevuto una diagnosi. Si evidenziano due aspetti molto importanti strettamente correlati. Da una parte l'esigenza di avere un sistema di riferimento diagnostico digitalizzato, ben organizzato e continuamente aggiornato, al quale ogni specialista della salute mentale possa far riferimento. Dall'altra, la necessità di agevolare la fase di Assessment, dotando ogni specialista di una batteria di test che possa aiutarlo nella formulazione della diagnosi. Questa batteria di test potrebbe essere un utile strumento di lettura, non solo per migliorare la comunicazione all'interno del Centro, ma anche per una successiva valutazione di esito del trattamento nelle fasi successive.

In questo scenario si inserisce la problematica relativa alla comorbidità. Poco più di 1 paziente su 10 presenta due diagnosi o più. Introdurre una testistica nella fase di assessment migliorerebbe la diagnosi nosografico-descrittiva, faciliterebbe il processo di formulazione del caso e permetterebbe l'impostazione del trattamento farmacologico/psicoterapeutico più adeguato.

Le diverse percentuali di diagnosi effettuate mi permettono di fare alcune considerazioni di ordine generale sui vari disturbi psichiatrici. Un dato da prendere in considerazione riguarda la percentuale molto alta di pazienti con un Disturbo Bipolare dell'Umore (14,3% sul totale). Un paziente su sette riceve questa diagnosi. Il dato diventa interessante se lo si confronta con la diagnosi di Disturbo Borderline di

Personalità, il quale rappresenta l'1% sul totale (solamente 11 diagnosi su 1070). Questo dato rappresenta una tendenza generale della psichiatria ad ampliare sempre più lo spettro delle condizioni cliniche che rientrano nell'area bipolare. La concettualizzazione della patologia dell'umore si distribuirebbe lungo un *continuum* (spettro maniaco-depressivo) che prevede ad un estremo i temperamenti affettivi, la ciclotimia e la distimia, i quadri più clinici lievi e la depressione maggiore, all'altro le forme più gravi, come il disturbo bipolare di tipo II e di tipo I. Accanto a questi esisterebbero i cosiddetti soft bipolar disorder, vale a dire i Bipolari II, III, IV, V, VI ed oltre⁹.

Nel territorio dei disturbi dell'umore il DSM-IV ha previsto una distinzione tra le diverse tipologie, ma non ha mai preso in considerazione l'eziologia, finendo per sottovalutare le forti intersezioni tra disturbi dell'umore e disturbi di personalità. Questo aspetto sarebbe coerente con il dato statistico del Centro di Salute Mentale oggetto del nostro studio, dove solo il 4,5% dei pazienti ha ricevuto una diagnosi di Disturbo di Personalità.

Da diversi anni alcuni autori propongono di considerare i disturbi di personalità come forme sub-cliniche dei disturbi di asse I. Lo stesso stato mentale depressivo del disturbo borderline di personalità viene ricondotto alla depressione maggiore e questo disturbo di personalità concettualizzato come un disturbo dello spettro umorale¹⁰. In realtà è possibile effettuare una diagnosi differenziale tra il quadro di personalità borderline e un disturbo bipolare. Diventa però indispensabile valutare la strutturazione della psicopatologia nei tratti di personalità. A tal riguardo esiste un'ampia letteratura sulla differenza a livello qualitativo nel vissuto depressivo del paziente con disturbo borderline¹¹.

Considerazioni simili sono state fatte riguardo al disturbo bipolare e altri disturbi di personalità, come per esempio il disturbo istrionico di personalità e tutti i comportamenti conseguenti agli stati mentali tipici del disturbo antisociale di personalità.

Un altro dato che merita attenzione riguarda la prevalenza delle diagnosi NAS (Non Altrimenti Specificato). Questo è evidente nel caso del Disturbo Psicotico NAS (23%), del Disturbo di Personalità NAS che rappresenta il 39% dei disturbi di personalità e nel Disturbo d'Ansia NAS che rappresenta la metà delle diagnosi dei disturbi d'ansia. Questo aspetto ha delle implicazioni importanti per la terapia farmacologica del paziente e per l'impostazione del trattamento psicoterapico. Il maggior interesse per la valutazione delle funzioni psichiche alterate, variabile su cui intervenire attraverso la terapia farmacologica (tentativo di modificare o correggere i comportamenti, i pensieri o gli stati dell'umore patologici attraverso l'azione di molecole che modificano il funzionamento biochimico del sistema nervoso centrale), fa sì che non venga approfondito come queste funzioni compromesse siano generalmente il frutto di un quadro di personalità patologica. Questa è caratterizzata da stati mentali prototipici, strutturatisi nel mondo relazionale e che mantengono

⁹ G.B. CASSANO, E. FRANK, M. MINIATI, P. RUCCI, A. FAGIOLINI, S. PINI, M.K. SHEAR, J.D. MASER, *Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum*, in «The Psychiatric Clinics of North America», n. 25, 2002 pp. 699-712.

¹⁰ C. BERROCAL, M.A. RUIZ MORENO, M.A. RANDO, A. BENVENUTI, G.B. CASSANO, *Borderline personality disorder and mood spectrum*, in «Psychiatry Res.», 159 (3), 30 June 2008, pp. 300-307.

¹¹ D. WESTEN, J. MOSES, K. SILK, N. LOHR, R. COHEN, H. SEGAL, *Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: when depression is not just depression*, in «Journal of Personality Disorders», n. 6, 1992, pp. 382-393; F. LEICHENRING, *Quality of depressive experiences in borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization*, in «Bull Menninger Clin.», 68 (1), 2004, pp. 9-22.

una certa rigidità al mutare dei contesti. Porre maggiore attenzione alla diagnosi di disturbo di personalità permetterebbe di inquadrare meglio la sintomatologia dei disturbi diagnosticati in Asse I e di prospettare un esito terapeutico favorevole.

Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL 6 nell'anno 2011: analisi delle diagnosi

Ivano LOCCI
ASL di Sanluri

Abstract

The purpose of this essay is to examine a numerically significant aspect of the activities of the Mental Health Centre (CSM for its acronym in Italian) of the Local Health Administration Unit 6 of Sanluri, consisting on the issuance of medical/legal assessments, also known as Certificates. The patients usually request ad hoc certificates or written statements in order to give evidence of their own health condition outside: for driving license renewal purposes, granting or renewal of firearms license, to request a medical leave of absence and, above all, in order to apply for certain social security benefits. Due to the fact that the requests for issuance of certificates usually end up with the acknowledgement of the appropriate social security benefits such as disability allowances and/or attendance allowances, it is more likely that the disorders of the applicants are severe enough for pensionable purposes, thus underestimating less severe pathologies such as Anxiety Disorders.

Keywords

Medical/legal examinations, certificates, Mental Health Centre, ASL Sanluri

Riassunto

Il saggio si propone di esaminare un aspetto numericamente significativo dell'attività della sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL 6 di Sanluri, consistente nell'emissione di accertamenti medico-legali, altrimenti detti Certificazioni. I pazienti richiedono certificazioni o relazioni scritte ad hoc per documentare il proprio stato di salute all'esterno: per il rinnovo della patente, per la concessione o il rinnovo del porto d'armi, per richiedere assenza dal lavoro per malattia e, soprattutto, per la richiesta di concessione di benefici economici. Proprio perché la richiesta di certificazioni è più frequentemente finalizzata all'ottenimento di benefici economici quali assegni di invalidità civile e/o accompagnamento, è più probabile che le patologie dei richiedenti siano di gravità significativa a fini pensionistici, sottorappresentando pertanto le patologie meno gravi quali i Disturbi d'Ansia.

Parole chiave

Accertamenti medico legali, certificazioni, Centro di Salute Mentale, ASL 6 Sanluri

1. Introduzione

Il presente studio si propone di esaminare un aspetto numericamente significativo dell'attività della sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL 6 di Sanluri¹, vale a dire l'emissione di accertamenti medico-legali, altrimenti detti Certificazioni².

La richiesta di certificazioni da parte dell'utenza si rende necessaria visto che, di regola, le visite specialistiche ai pazienti in carico presso il CSM non si concludono

¹ Il Centro di Salute Mentale della ASL 6 di Sanluri comprende due sedi: il CSM di San Gavino che eroga servizi agli utenti dei comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino, Sardara e Villacidro; e il CSM di Sanluri che fornisce assistenza agli utenti dei centri di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca.

² Tali documenti sono conservati all'Archivio della sede sanlurese del CSM di Sanluri. Nello specifico si tratta di due faldoni contenenti certificati rilasciati nell'arco del 2011, così denominati: *Copie Certificati, anno 2011, dal n. 1 al n. 350*; e *Copie Certificati, anno 2011, dal n. 351 al n. 542*.

con la consegna di un referto scritto (a parte l'eventuale prescrizione farmacologica), come normalmente succede nelle visite ambulatoriali di altri specialisti, ma con un resoconto annotato nella cartella clinica, la quale rimane conservata presso il Centro.

I pazienti pertanto necessitano di certificazioni o relazioni scritte *ad hoc* per documentare il proprio stato di salute all'esterno. Le certificazioni vengono richieste per gli usi più disparati: per il rinnovo della patente; per la concessione o il rinnovo del porto d'armi; per richiedere assenza dal lavoro per malattia; ma l'uso di gran lunga più frequente è la richiesta di concessione di benefici economici, quali quelli erogati dalla Legge Regionale n. 20/1997³, dal riconoscimento dell'invalidità civile o del diritto all'assegno di accompagnamento.

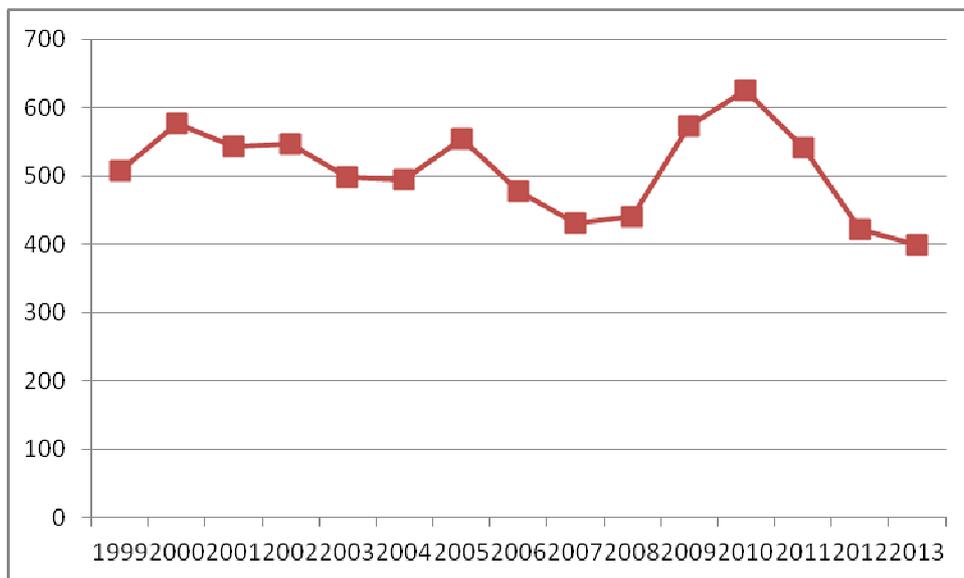


Figura 1 - Numero di certificazioni emesse dal CSM di Sanluri dal 1999 al 2013

Nella Fig. 1 è rappresentato graficamente il numero di certificazioni rilasciate dalla sede sanlurese del CSM di Sanluri dal 1999 al 2013. Si nota un andamento progressivamente decrescente nel tempo, tranne negli anni 2009-2010-2011, in cui si osserva invece un picco verso l'alto. Tale picco è dovuto alle conseguenze della Legge 133/2008⁴ di conversione del D.L. del 25 giugno 2008, che prevedeva l'attuazione di un piano di verifica e revisione dei requisiti necessari al mantenimento dei benefici economici derivanti dall'invalidità civile, indirizzato a 200.000 soggetti, che comincia a realizzarsi nel 2009 e continua sino al 2011. Il rapporto tra certificazioni e visite psichiatriche sale in quegli anni dai valori precedenti di 10-11% sino a quasi il 16%, vale a dire che all'incirca una visita psichiatrica su 6 si concludeva con la compilazione di una certificazione (Fig. 2).

³ Si tratta della Legge regionale 30 maggio, n. 20, *Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche. Modifiche e integrazioni alla legge regionale 27 agosto 1992, n. 15 concernente: "Nuove norme inerenti provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna"*.

⁴ Legge 6 agosto 2008, n. 133, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*, pubblicata nella «Gazzetta Ufficiale» n. 195 del 21 agosto 2008, Supplemento Ordinario n. 196.

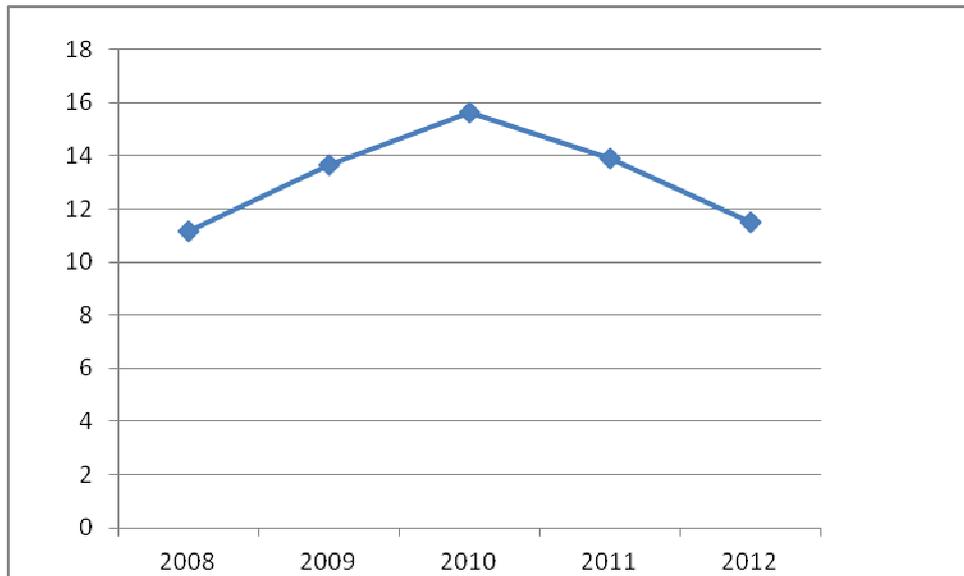


Figura 2 - Rapporto visite psichiatriche / rilascio di certificazioni nel periodo 2008-2012

Volendo esaminare più nel dettaglio alcune variabili relative alle certificazioni, si è scelto di studiare quelle redatte nell'anno 2011.

Nel 2011 vennero rilasciate 492 certificazioni per vari motivi⁵, che rappresentavano il 4,3% di tutti gli interventi prestati dal CSM in quell'anno. Essendo il numero di utenti visitati presso il Centro nel 2011 di 1234, risulta che quasi il 40% dei pazienti nel 2011 chiese una certificazione.

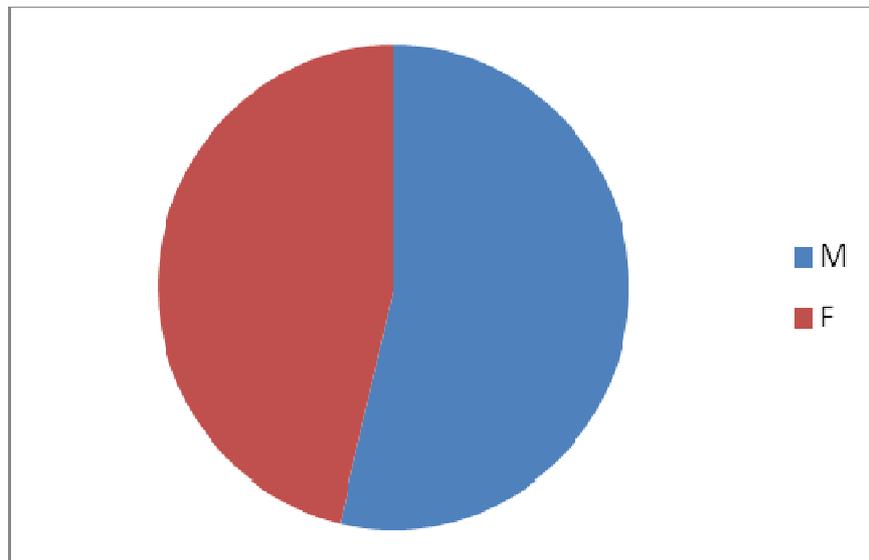


Figura 3 - Certificazioni 2011: Distribuzione per sesso

⁵ In realtà, le Certificazioni rilasciate sono 542, ma sono state escluse dall'analisi quelle che risultano doppie o triple, richieste dagli stessi pazienti nel corso del 2011.

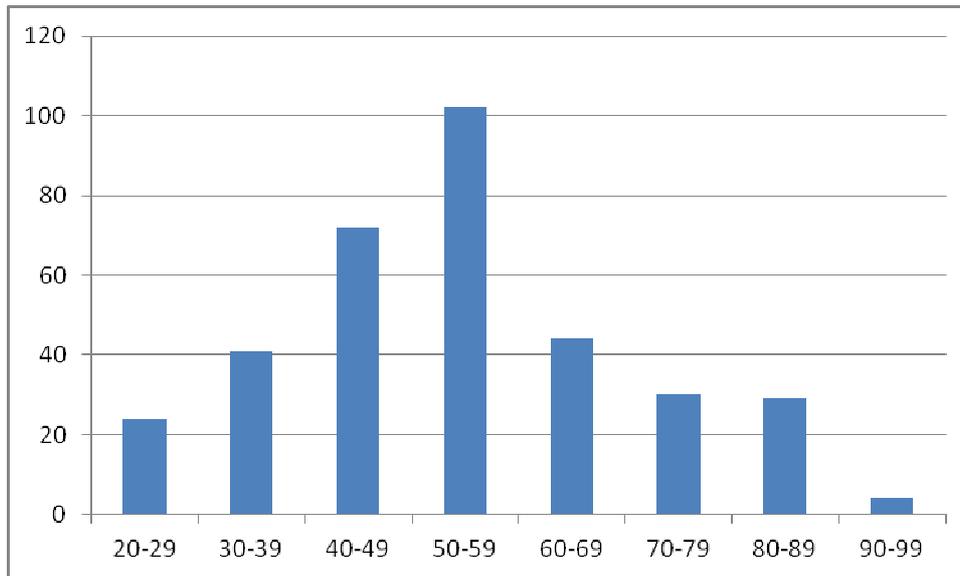


Figura 4 - Certificazioni 2011: distribuzione per fasce d'età

2. Diagnosi

Nel prendere in considerazione le diagnosi delle patologie certificate, non si commetta l'errore di considerare i dati sotto presentati come rappresentativi dell'intera popolazione in carico al CSM. La richiesta di certificazioni, come si è detto, è più frequentemente finalizzata all'ottenimento di benefici economici quali assegni di invalidità civile e/o accompagnamento; è più probabile, quindi, che le patologie dei richiedenti siano di gravità significativa a fini pensionistici, sottorappresentando pertanto le patologie meno gravi quali i Disturbi d'Ansia.

Al fine di facilitare l'analisi, le diverse diagnosi presenti nelle certificazioni sono state raggruppate in categorie più vaste.

Sotto la categoria *Disturbi d'Ansia* sono stati compresi il Disturbo d'Ansia Generalizzata, il Disturbo da Attacchi di Panico, il Disturbo dell'Adattamento e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Nella categoria *Disturbi Bipolari* sono stati inseriti il Disturbo Bipolare tipo I e II, la Ciclotimia e la variante Bipolare del Disturbo Schizoaffettivo.

La categoria *Doppia Diagnosi* comprende tutte le patologie psichiatriche alle quali sia associato un Disturbo da Uso di Sostanze.

Nei *Disturbi Depressivi* sono stati inclusi gli Episodi Depressivi Maggiori non compresi in un Disturbo Bipolare, la Depressione Maggiore ad andamento cronico, la variante Depressiva del Disturbo Schizoaffettivo e la Distimia.

Nella categoria *Schizofrenia e psicosi* sono state inserite, oltre le varie forme di Schizofrenia, i Disturbi Deliranti, e altre forme di psicosi di natura non organica.

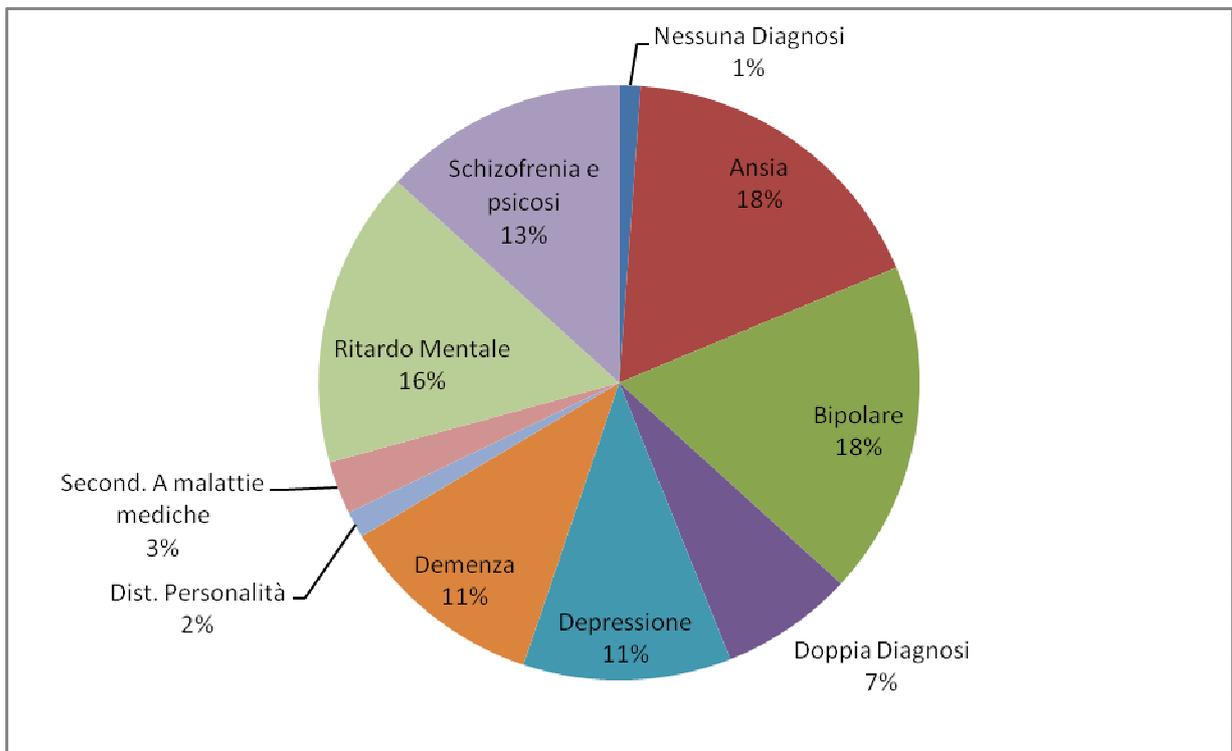
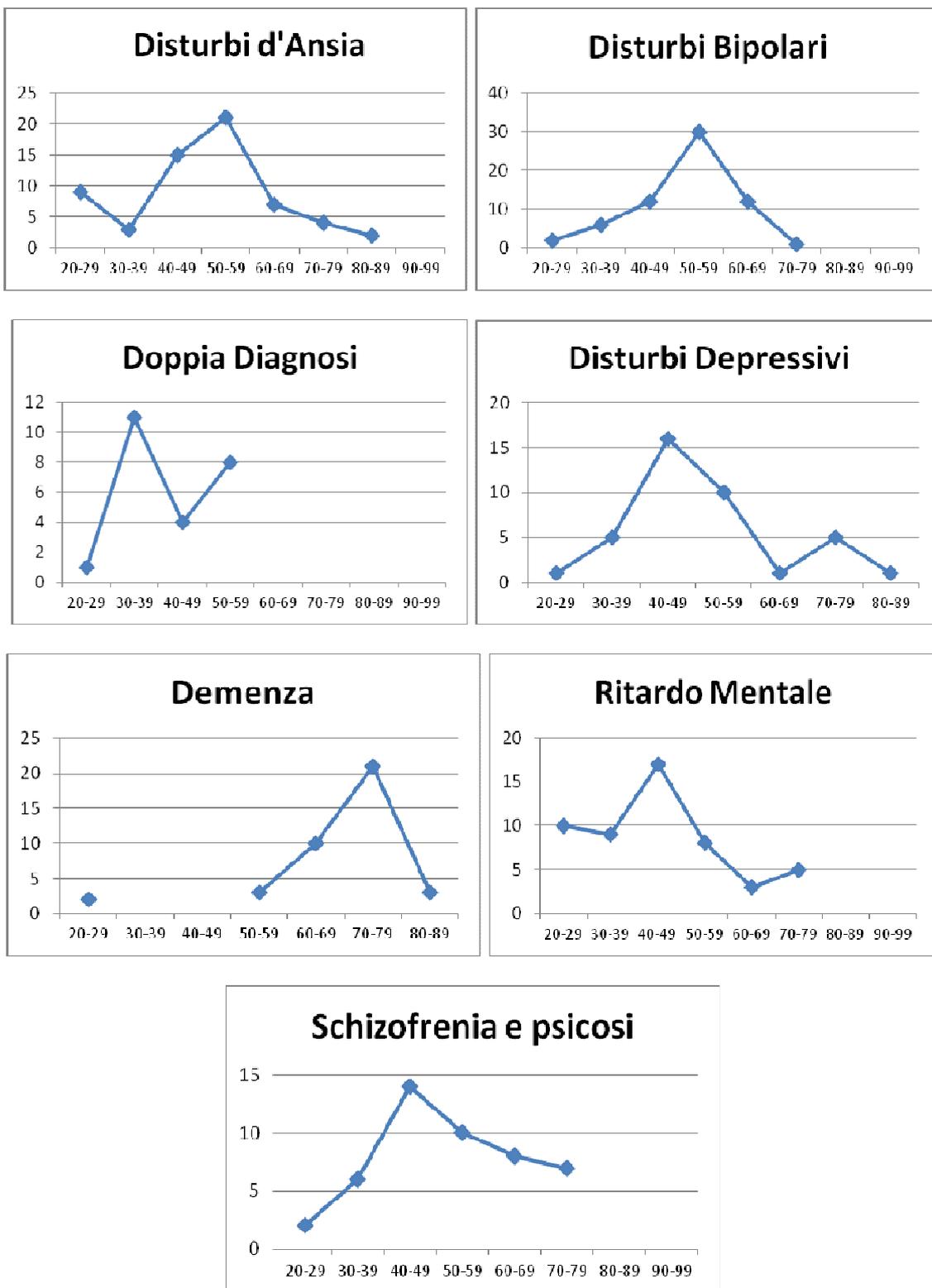


Figura 5 - Certificazioni 2011: Categorie Diagnostiche

Nota. Le categorie più rappresentate sono i *Disturbi d'Ansia* e i *Disturbi Bipolari* (18% ciascuna) seguite da *Ritardo Mentale* (16%) e *Schizofrenia e altre psicosi* (13%).

Si è inoltre provveduto a valutare la distribuzione delle diverse diagnosi secondo fasce d'appartenenza dell'età del paziente all'atto della richiesta. Queste distribuzioni possono avere scarsa correlazione con la reale età d'insorgenza del disturbo, in quanto 1) la richiesta del primo certificato può seguire di diversi anni la comparsa della patologia e 2) molti dei certificati richiesti erano conseguenti a richiesta di verifica da parte dell'INPS, pertanto si riferivano a patologie insorte da tempo, e già in precedenza certificate. Questo ritardo medio tra comparsa del disturbo e sua certificazione causa uno spostamento verso destra dei grafici rispetto alle distribuzioni attese in considerazione della clinica dei disturbi in esame, che comunque viene in qualche modo rispettata: i disturbi in Doppia Diagnosi, il Ritardo Mentale e la Schizofrenia vedono il loro picco nelle fasce d'età più giovani, mentre la Demenza è quasi esclusivamente presente nella fascia 60-90 anni.

Figure 6 - 12: Certificazioni 2011: distribuzione delle diagnosi per fasce d'età



La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione

Costanzo FRAU

Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale (Cagliari)
Self-Mirroring Therapy Institute (Genova)

Abstract

From the first years of the 1900s to the last decades of the century, the concept of dissociation fell into oblivion. It is only after the Vietnam war and the introduction of diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder into DSM III that the interest in trauma and dissociation resurged. The influence of Freud and the psychoanalytic paradigm, as well as the Neo-Kraepelinians' attempt to restrict nosology to biological aspects, eclipsed Pierre Janet's work on dissociation and its influence on the definition of schizophrenia for many years.

Shifting the focus to dissociative phenomenology will allow to reassess many of the DSM-V diagnostic categories and to improve differential diagnosis between psychiatric disorders.

Keywords

Trauma, psychosis, dissociation, diagnosis of Sanluri's Mental Health Center

Riassunto

Dai primi anni del 1900 fino all'ultimo ventennio del secolo, il concetto di dissociazione è finito nell'oblio. Solo dopo la Guerra del Vietnam e l'introduzione nel DSM-III della diagnosi del Disturbo da Stress Post-traumatico rinasce l'interesse per il trauma e la dissociazione. L'influenza di Freud e del paradigma psicoanalitico e il tentativo dei neo-Kraepeliniani di ricondurre la nosologia unicamente agli aspetti biologici, hanno nascosto per tanti anni il lavoro di Pierre Janet sulla dissociazione e la sua influenza sulla definizione di schizofrenia.

Spostare il fulcro dell'attenzione sulla fenomenologia dissociativa permette di rivalutare molte delle categorie diagnostiche fatte dal DSM-V e di migliorare la diagnosi differenziale tra i diversi disturbi psichiatrici.

Parole chiave

Trauma, psicosi, dissociazione, diagnosi del Centro Salute Mentale di Sanluri

1. Cenni storici sulla diagnosi di schizofrenia e sulla dissociazione

1.1 Bleuler e il concetto di schizofrenia

Quando cento anni fa, Eugen Bleuler pubblicò il suo lavoro *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, il costrutto di *schizofrenia* era influenzato dal concetto di dissociazione¹. Da allora la connessione tra eventi di vita traumatici, processi dissociativi e sintomi psicotici è andata persa.

Se da una parte Bleuler sosteneva che il disturbo avesse una base organica, dall'altra riconosceva i sintomi descritti dai suoi pazienti e li ricollegava alle loro esperienze di vita, utilizzando la psicoterapia nel suo lavoro clinico. In effetti egli propose una prima ipotesi di modello diatesi-stress, nel quale la predisposizione individuale (tendenze dissociative o perdita della funzione associativa) doveva collegarsi ad eventi di vita stressanti, per potersi manifestare nella schizofrenia. Ma, in alcuni suoi

¹ ANDREW MOSKOWITZ, Introduction, in A. MOSKOWITZ, I. SCHAFER, M.J. DORAHY, *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, London 2008, pp. 2-3.

scritti, considerava anche la possibilità (condivisa dal collega Carl Jung) che affetti intensi o esperienze traumatiche di per sé potessero condurre al peggioramento e alla “scissione” o “splitting” osservata nella schizofrenia².

Il termine *schizofrenia* fu utilizzato per la prima volta da Bleuler nell'Aprile del 1908 a Berlino durante una conferenza della psichiatria tedesca. Egli sosteneva che il termine *dementia praecox*, utilizzato da Kraepelin non fosse adeguato per definire la schizofrenia. Non erano necessari per questo né un deterioramento mentale, “demenza”, né uno sviluppo precoce, “praecox”. Nella presentazione di Berlino argomentò «lo definisco la *dementia praecox* “schizofrenia” perché, come spero di dimostrare, la scissione delle differenti funzioni psichiche è una delle sue caratteristiche più importanti»³. Qualche anno dopo, nel 1911, Bleuler scriveva: «se il disturbo è marcato, la personalità perde la sua unità; in differenti momenti sembra che la personalità sia rappresentata da diversi complessi psichici [...], una parte di complessi domina la personalità per un periodo, mentre gli altri gruppi di idee impulsivi sono “scissi” e sembrano entrambi parzialmente o completamente impotenti»⁴.

La natura profondamente dissociativa del concetto di schizofrenia, così come venne definito da Bleuler, fu ignorata per molti decenni.

Le idee di Bleuler, così come quelle di Jung, contrariamente a quanto si è sempre creduto, furono influenzate prevalentemente dalla teoria dissociazionista di Pierre Janet. Il concetto di “complesso”, utilizzato da Bleuler e da Jung e definito come un «clusters di idee “cementificate”, tenute assieme da intensi affetti e accompagnate da innervazioni somatiche», aveva molto in comune con quello janetiano di “idee fisse”⁵. Le “idee fisse” erano state descritte da Janet come «la formazione di nuove sfere di coscienza attorno a memorie di esperienze vissute con una certa attivazione [...], le quali organizzano gli elementi cognitivi, affettivi e viscerali del trauma e nel mentre mantengono questi fuori dallo stato di consapevolezza cosciente»⁶.

Va sottolineato il fatto che, nonostante Bleuler e Jung fossero d'accordo tra loro riguardo al concetto di “perdita di associazioni” o “splitting” nella schizofrenia, si differenziavano notevolmente riguardo alle sue cause. Mentre l'idea di Jung, più vicina a quella di Janet, ruotava intorno al fatto che l'intensità delle esperienze affettive potesse di per sé causare lo splitting, Bleuler sosteneva che ci fosse alla base un indebolimento mentale preesistente con base organica.

Si può sostenere, quindi, che la teoria di Bleuler sulla schizofrenia presenti intrinseche connessioni con le idee di Janet e quindi con gli attuali aspetti di dissociazione e dissociazionismo⁷.

² EUGEN BLEULER, CARL GUSTAV JUNG, *Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia praecox*, in «Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», XIX, 1908, pp. 220-227.

³ ID., *The prognosis of dementia praecox: the group of schizophrenias*, in *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept: Translations of Seminal European Contributions on Schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge 1987, pp. 59-74.

⁴ ID., *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, International Universities Press, New York 1950.

⁵ HENRI ELLENBERGER, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* Basic Books, New York 1970.

⁶ BESSEL VAN DER KOLK, OTTO VAN DER HART, *Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma*, in «American Journal of Psychiatry», 146, (12), 1989, pp. 1530-1540.

⁷ ANDREW MOSKOWITZ, *Trauma, dissociation, attachment and psychosis: Toward a new paradigm of psychopathology*, (abstract), in *Trauma, dissociation and attachment in the 21st century: where are we heading?* (ESTD 2014 Conference, Copenhagen, 27-29 March 2014), European Society for Trauma and Dissociation, Copenhagen 2014, p. 11.

Paradossalmente, verso la fine del 1800, il lavoro di Bleuler rappresentò da una parte l'apice dell'interesse per il legame tra dissociazione e psicosi, dall'altra ne decretò la scomparsa. Con la sua insistenza sulle basi organiche della schizofrenia, lo psichiatra svizzero accelerò la perdita di interesse per i disturbi dissociativi conseguenti al trauma e l'inizio della medicalizzazione della schizofrenia. La medicalizzazione assunse un ruolo centrale nella seconda metà del ventesimo secolo con l'ascesa e la dominanza del paradigma biologico neo-Kraepeliniano, il quale spinse per il ritorno ad una separazione netta tra i vari disturbi mentali, alle basi biologiche e spesso genetiche, e per la discontinuità tra il funzionamento "normale" e "anormale"⁸.

1.2 Pierre Janet: i primi studi sulla "désagrégation"

Il paradigma basato sulla dissociazione ha le sue fondamenta nel lavoro dello psicologo francese Pierre Janet. Nei suoi primi studi clinici descrisse la psicosi isterica come una tipologia di "sogno ad occhi aperti" durante il quale il soggetto non può differenziare tra gli elementi del sogno e la normale percezione⁹.

Egli stabilì, inoltre, che i cosiddetti "sogni ad occhi aperti" erano correlati alle esperienze traumatiche. In accordo con quanto sosteneva Janet, una psicosi potrebbe essere considerata isterica se si può stabilire la sua natura dissociativa. I criteri per questa sono:

- La psicosi include fenomeni dissociativi (come per esempio l'amnesia e l'anestesia);
- La psicosi stessa potrebbe essere uno stato mentale dissociato (il quale potrebbe alternarsi con altri stati mentali o parti della personalità);
- Deve esserci una "separazione" (splitting) o sdoppiamento della mente (divisione della personalità in sottosistemi che sono normalmente integrati, ognuno con il proprio senso di sé);
- Devono sussistere fenomeni subconsci (come espressioni e azioni comportamentali agiti senza coscienza personale);
- Devono essere presenti stati alterati di coscienza.

Janet sosteneva che la psicosi isterica potesse svilupparsi progressivamente¹⁰. Inizialmente certe sequenze di immagini (la riattivazione degli eventi traumatici) dominano la coscienza durante un attacco isterico. Nel tempo, il contenuto traumatico potrebbe intervenire durante gli intervalli tra gli attacchi isterici, trasformando la psicosi isterica in una psicosi cronica. Janet credeva che la psicosi isterica potesse essere trattata con la psicoterapia, dato che la sua natura dissociativa la rendeva soggetta ad ipnosi. L'ipnositerapia era perciò il trattamento d'elezione in questi casi¹¹. Nel suo lavoro scriveva: «l'emozione indotta dal trauma è un fenomeno patologico che porta allo sfinimento dell'individuo, cioè un indebolimento delle sue energie psicologiche, o della forza e tensione mentale. Questo indebolimento della forza e della tensione mentale causa una diminuzione

⁸ G.L. KLERMAN, *The evolution of a scientific nosology*, in *Schizophrenia: Science and Practise*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1978.

⁹ PIERRE JANET, *Un cas de possession et l'exorcisme moderne*, in «Bulletin de l'Université de Lyon», Dec. 1894-Jan. 1895, pp. 41-57.

¹⁰ ID., *The Mental State of Hystericals*, University Publications of America, Washington (DC) 1977.

¹¹ OTTO VAN DER HART, P. BROWN, BESSEL VAN DER KOLK, *Pierre Janet's psychological treatment of posttraumatic stress*, in «Journal of Traumatic Stress», 2, 1989, pp. 379-395.

della capacità di sintesi psicologica, facilitando la formazione di idee fisse. Questo processo è chiamato *désagrégation*¹².

All'inizio del XX secolo diminuì l'interesse riguardo all'isteria, l'ipnosi e la psicosi isterica. Questo successe fondamentalmente per due motivi. Da una parte l'isteria fu considerata come un disturbo mentale, non più rispettato perché privo di una base organica; di conseguenza i pazienti con psicosi isterica furono trattati come dei simulatori di malattia o come facilmente suggestionabili (tuttora i pazienti con disturbo da conversione vivono in questa zona d'ombra). Dall'altra il concetto di schizofrenia introdotto da Bleuler inglobò al suo interno diversi disturbi mentali, rappresentando la causa principale nel declino della psicosi isterica¹³.

Van der Hart, Witztum e Friedman hanno rietichettato e riconcettualizzato la psicosi isterica come psicosi dissociativa¹⁴. Gli autori hanno analizzato diversi casi storici di psicosi isterica evidenziando come le esperienze traumatiche rappresentassero i principali fattori eziologici. Hanno concluso che questo disturbo può essere riconsiderato come una forma di disturbo traumatico che causa dissociazione strutturale (la quale prevede l'esistenza di parti dissociate della personalità), in poche parole un disturbo dissociativo.

Il sistema diagnostico attuale non prevede dei criteri operazionabili adeguati per identificare la psicosi isterica o il corrispondente attuale, la psicosi dissociativa. Questa è la ragione principale per cui la sua validità non è stata stabilita adeguatamente ed empiricamente.

2. Kraepelin e il paradigma neo-Kraepeliniano sui disturbi mentali

Diversamente da Bleuler, le idee di Kraepelin sulla *Dementia Praecox* erano meno influenzate dalla psicologia. Egli sosteneva che la dissociazione fosse irrilevante per la concettualizzazione diagnostica. Piuttosto, l'approccio di Kraepelin all'analisi dei disturbi mentali fu influenzato fortemente dalla classificazione biologica, come la tassonomia delle piante di Linneo o il sistema di classificazione sviluppato dal fratello, il biologo Karl Kraepelin¹⁵.

Inoltre, il modello sul quale l'autore basava il suo concetto di *Dementia Praecox* era quello di *Paresi Generale del malato di mente*, a volte definita *Demenza Paralitica*. La Paresi Generale, molto diffusa in Europa nella prima parte del XIX secolo, era una condizione terminale che combinava i sintomi psicotici con la paralisi e in ultima istanza con la morte. Il collegamento tra i sintomi della *Paresi Generale* e i disturbi al cervello causati dalla fase avanzata dell'infezione da sifilide, fornirono a Kraepelin l'idea per un nuovo paradigma, un nuovo modello patologico per i disturbi mentali in generale e per la "dementia praecox" in particolare¹⁶.

L'esempio della Paresi Generale, con la concettualizzazione che i disturbi mentali, così come qualsiasi patologia psichica, fossero studiati come un danno a livello

¹² G. HEIM, K.E. BUHLER, *Psychological trauma and fixed ideas*, in *Pierre's Janet conception of dissociative disorders*, in «American Journal of Psychotherapy», 60 (2), 2006, pp. 111-129.

¹³ J.M. MALEVAL, *Folies Hystériques et Psychoses Dissociatives*, Payot, Paris 1981.

¹⁴ O. VAN DER HART, E. WIZTUM, B. FRIEDMAN, *From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis*, in «Journal of Traumatic Stress», 2, 1993, pp. 365-378.

¹⁵ M.M. WEBER, E.J. ENGSTROM, *Kraepelin's "diagnostic cards": The confluence of clinical research and preconceived categories*, in «History of Psychiatry», 8, 1997, pp. 375-385.

¹⁶ A. JABLENSKY, *Kraepelin's legacy: Paradigm or pitfall for modern psychiatry?*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 245, 1995, pp. 186-188.

cerebrale, non condizionò solo le classificazioni di Kraepelin, ma anche la stesura del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) e l'ICD-9¹⁷.

Negli ultimi 40 anni la classificazione dei disturbi mentali è stata dominata da questo approccio, seguito principalmente da un gruppo di psichiatri americani identificatisi come neo-Kraepeliniani. Questo "movimento" cominciò a rivedere il sistema diagnostico dei disturbi psichiatrici nel 1970, raggiungendo il suo obiettivo con la pubblicazione del DSM-III nel 1980. L'idea di base era quella di creare un sistema diagnostico più affidabile rispetto ai precedenti. In realtà i neo-Kraepeliniani erano motivati dalla credenza che questi disturbi fossero di natura medica come qualsiasi altro.

Un gruppo di ricerca tra i neo-Kraepeliniani definì meglio la distinzione tra schizofrenia e la sindrome maniaco-depressiva, una distinzione che secondo loro era stata offuscata dalla categoria generica definita da Bleuler. Fece questo sottolineando con forza i sintomi psicotici nei criteri diagnostici della schizofrenia (in particolare le allucinazioni uditive e i deliri proposti da Kurt Schneider - i cosiddetti sintomi di primo rango) e minando la validità della categoria dei disturbi schizoaffettivi in diversi modi¹⁸.

La dicotomia Kraepeliniana di schizofrenia e disturbi bipolari è stata considerata esplicitamente come la base per una nosologia fondata sulla biologia; infatti, gli attacchi portati ad una chiara differenziazione tra schizofrenia e disturbo bipolare sono stati visti come un pericolo per la validità di tutto il sistema diagnostico¹⁹.

Inoltre il modello neo-Kraepeliniano definì due assunzioni generali che includono: a) i disturbi mentali sono distinti l'uno dall'altro e dalla normalità; b) i progressi nella comprensione dei disturbi mentali si faranno primariamente focalizzandosi sulla neurobiologia²⁰.

In linea con la concezione di "scienza" avanzata da Kuhn²¹, nella sua opera più celebre e conosciuta *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, si può sostenere che la scienza attraversi alcune fasi che sono indicative di come essa operi. L'autore conia il termine "paradigma" per indicare l'insieme di teorie, leggi e strumenti che definiscono una tradizione di ricerca in cui le teorie sono accettate universalmente. Il paradigma può cambiare dopo una rivoluzione scientifica quando sono presenti tre condizioni: a) un periodo di crisi durante il quale si fallisce nel dare adeguate risposte a questioni considerate fondamentali; b) un periodo anomalo durante il quale vengono osservati dei fenomeni non chiaramente compatibili con il paradigma fondamentale; c) un paradigma alternativo che spieghi molti dei risultati precedenti e permetta che molte delle anomalie osservate diventino più chiare. Il paradigma usato dagli scienziati va considerato, secondo Kuhn, come teorico ed è esente da qualsivoglia forma di verifica: ciò che è possibile verificare è solamente una parte del paradigma stesso, un suo specifico elemento.

Sin dalla pubblicazione del DSM-III nel 1980, nel mondo psichiatrico si è imposto il paradigma neo-Kraepeliniano. Esso ha concentrato l'attenzione sulla schizofrenia e

¹⁷ ID., *Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry*, in «History of Psychiatry», 18, 2007, pp. 381-388.

¹⁸ A. MOSKOWITZ, G. HEIM, *Affect, dissociation, psychosis: Essential components of the historical concept of schizophrenia*, in A. GUMLEY, A. GILHAM, K. TAYLOR, M. SCHWANNAUER (Eds.), *Psychosis and emotion: The role of emotions in understanding psychosis, therapy and recovery*, Routledge, London 2013.

¹⁹ R. E. KENDALL, *Diagnosis and classification of functional psychoses*, in «British Medical Bulletin», 43, 1987, pp. 499-513.

²⁰ G.L. KLERMAN, *The evolution of a scientific nosology*, in J. C. SHERSOW (Ed.), *Schizophrenia: science and practise*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1978, pp. 91-121.

²¹ THOMAS KUHN, *The structure of scientific revolutions*, University of Chicago Press, Chicago (IL) 1970.

messo ai margini l'accettazione dei disturbi dissociativi e il disturbo da stress post-traumatico (DSPT). Questo paradigma è oggi minacciato da più parti, dal suo interno così come da fuori, e ci sono buone ragioni per sostenere che sia un paradigma in crisi.

3. Il crollo del paradigma neo-Kraepeliniano

Il modello neo-kraepeliniano ha iniziato a vacillare. Il primo colpo arriva paradossalmente dalla stesura del DSM-III (APA, 1980)²². Tra le diverse categorie di disturbi ne furono definite due - il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e il disturbo schizoaffettivo - che ne hanno minato le assunzioni fondamentali. Il DPTS (attualmente considerato da Van der Hart, Nijenhuis e Steele come un disturbo dissociativo) presupponeva che eventi di vita traumatici potessero provocare dei disturbi mentali in assenza di una presunta predisposizione genetica; il disturbo schizoaffettivo faceva crollare il muro divisorio tra schizofrenia e disturbo bipolare, i due pilastri dell'edificio neo-Kraepeliniano²³.

Dalla fine del ventesimo secolo la costruzione di Kraepelin sembra sempre più instabile.

Non c'è stata finora nessuna evidenza scientifica che abbia supportato l'idea centrale del paradigma neo-Kraepeliniano che ci siano delle chiare basi genetiche o biologiche per la schizofrenia e gli altri disturbi mentali, nessuna prova che questi ultimi siano separati l'uno dall'altro e dalla normale esperienza. La comorbidità di diverse diagnosi, incompatibile con il punto di vista delle diagnosi come categorie nettamente separabili, è stata uno dei principali problemi del DSM-IV. I sintomi psicotici sono stati riconosciuti come comuni a diversi disturbi, oltre che alla schizofrenia, e la loro presenza in una grossa fetta della popolazione senza nessuna diagnosi di disturbo mentale suggerisce che la distinzione tra normalità e patologia non sia così netta²⁴.

Sono state accumulate sempre più evidenze riguardanti la validità del disturbo schizoaffettivo, un cambiamento fondamentale nella dicotomia kraepeliniana. La dimostrazione della presenza, in molti pazienti, di evidenti sintomi schizofrenici ed affettivi, ha inferto un ulteriore colpo alla distinzione netta tra schizofrenia e disturbi bipolari, gettando le basi per un'analisi delle gravi psicopatologie secondo un modello dimensionale, piuttosto che categoriale. Inoltre c'è stato un evidente fallimento delle ricerche basate sulla genetica, nel trovare un collegamento forte tra la schizofrenia e i disturbi bipolari²⁵.

Il modello neo-Kraepeliniano inizia a collassare su sé stesso e un nuovo paradigma sta emergendo. Un elemento centrale, che è stato a lungo trascurato, si sta facendo spazio, assumendo il ruolo di mediatore tra il trauma e la psicosi. In effetti, ad eccezione di qualche ricercatore, come ad esempio Colin Ross, è sempre stata posta poca attenzione al ruolo dei processi dissociativi nello sviluppo dei sintomi psicotici.

²² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1980.

²³ A. MOSKOWITZ, *Trauma, dissociation, attachment and psychosis*, cit., p. 11.

²⁴ J. VAN OS, R. J. LINSKOTT, I. MYIN-GERMEYS, P. DELESPAUL, L. KRABBENDAM, *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness - persistence - impairment model of psychotic disorder*, in «Psychological Medicine», 39, 2008, pp. 179-195.

²⁵ G. THAKER, *Psychosis endophenotypes in schizophrenia and bipolar disorder*, «Schizophrenia Bulletin», 34, 2008, pp. 720-721.

Lo psichiatra canadese²⁶ ha sostenuto che molti dei casi che Bleuler descriveva come “schizofrenici” potrebbero essere oggi considerati Disturbi Dissociativi d’Identità (DDI). L’autore ha messo in evidenza l’influenza di Pierre Janet e degli altri dissociazionisti sullo sviluppo delle idee di Bleuler.

D’altra parte, l’ultimo decennio ha visto l’emergere di numerose pubblicazioni riguardanti il collegamento fra trauma e psicosi. I sintomi psicotici appaiono collegati al trauma, sia al trauma in età adulta (particolarmente quando sono associati al Disturbo da Stress Post-Traumatico), sia ai traumi interpersonali dell’infanzia²⁷.

Studi retrospettivi, che hanno dimostrato come pazienti con disturbi psicotici (e disturbi dissociativi) riportassero maggiormente storie di traumi infantili, sono stati integrati con altri studi prospettici che hanno dimostrato un collegamento tra le esperienze infantili sfavorevoli e lo sviluppo di sintomi psicotici²⁸. Questi studi di tipo longitudinale iniziano ad essere ben progettati, controllando meglio le variabili potenzialmente confondenti, come quelle genetiche.

Molti sintomi psicotici, nello specifico i sintomi di primo rango di Schneider sui quali si basa la diagnosi di schizofrenia, sono riscontrati comunemente in persone con disturbi dissociativi, forse in misura maggiore rispetto alla schizofrenia²⁹.

Ancora, è stato dimostrato come il trauma psicologico sia legato allo sviluppo di deliri e allucinazioni e la dissociazione sia un predittore molto forte delle allucinazioni uditive, ma non dei deliri, in una grossa fetta della popolazione³⁰.

I deliri sono stati riscontrati con una certa frequenza nel Disturbo da Stress Post-traumatico, non sempre con evidenti contenuti traumatici. Molti hanno definito questo caso un sottotipo psicotico del DPTS³¹. Una dozzina di studi hanno indagato la comorbilità tra disturbi dissociativi, altre tipologie di Disturbi da Stress Post-traumatico e disturbi psicotici, arrivando a proporre un sottotipo psicotico per il DPTS e un sottotipo dissociativo per la schizofrenia. Nella nuova edizione del DSM-V dovrebbe essere introdotta la sottocategoria dissociativa del disturbo da stress post-traumatico. Probabilmente fra qualche anno nessuno specialista farà più diagnosi con la categoria semplice, essendo il disturbo da stress post-traumatico un disturbo dissociativo da sempre erroneamente inserito nei disturbi d’ansia.

Infine, cambiamenti nel cervello, a lungo considerati come l’evidenza genetica o biologica del neurosviluppo della schizofrenia, sono stati collegati con esperienze infantili traumatiche o esperienze di stress cronico³².

²⁶ COLIN ROSS, *Dissociation, psychosis, and catatonia*, (abstract), in *Trauma, dissociation and attachment in the 21st century: where are we heading?* (ESTD 2014 Conference, Copenhagen, 27-29 March 2014), European Society for Trauma and Dissociation, Copenhagen 2014, p. 19.

²⁷ L. ARSENEAULT, M. CANNON, H. FISHER, G. POLANCZYK, T.E. MOFFITT, A. CASPI, *Childhood trauma and children’s emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study*, in «American Journal of Psychiatry», 168, 2011, pp. 65-72.

²⁸ I. JANSSEN, L. KRABBENDAM, M. BAK, M. HANSENN, W. VOLLEBERGH, R. DE GRAAF, J. VAN OS, *Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 109 (1), 2004, pp. 38-45.

²⁹ ANDREW MOSKOWITZ, DIRK CORSTENS, *Auditory hallucination: Psychotic symptom or dissociative experience?*, in «The Journal of Psychological Trauma», 2007, 6 (2/3), pp. 35-63.

³⁰ ANDREW MOSKOWITZ, DIRK CORSTENS, *Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?*, in S.N. GOLD, J.D. ELHAI (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley, London 2008, pp. 35-49.

³¹ R.D. ALARCON, C.G. DEERING, S.G. GLOVER, D.J. READY, H.C. EDDLEMAN, *Should there be a clinical typology of post-traumatic stress disorder?*, in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», 31, 1997, pp. 159-167.

³² J. READ, B. PERRY, A. MOSKOWITZ, J. CONNOLLY, *The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model*, in «Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes», 64, 2001, pp. 319-345.

L'attenzione posta sugli endofenotipi suggerisce che i sostenitori neo-Kraepeliniani siano pian piano arretrati e mette in evidenza come gli approcci psicologici nella comprensione e nel trattamento dei sintomi psichiatrici, inclusi i deliri e le allucinazioni, abbiano fatto dei passi da gigante. Così il modello neo-Kraepeliniano, un sistema diagnostico categoriale e basato sulla medicina, è chiaramente in uno stato di crisi. Chiaramente, come sostiene Kuhn, un paradigma come quello psicopatologico non può venire abbandonato finché un paradigma alternativo non venga reputato valido per sostituire quello esistente.

4. La diagnosi di schizofrenia

Prima dell'uscita del DSM-V nel 2013, la vecchia diagnosi di schizofrenia del DSM-IV³³ richiedeva due o più dei cinque sintomi che seguono (ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese):

- Deliri;
 - Allucinazioni;
 - Eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza);
 - Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico;
 - Sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia;
- o uno solo dei seguenti tre sintomi:
- Deliri bizzarri;
 - Allucinazioni consistenti in una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto;
 - Due o più voci che conversano tra loro.

È stato dimostrato come le allucinazioni uditive (voci che conversano tra loro e voci che commentano) siano frequenti in pazienti con diagnosi di Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI). La non accurata valutazione delle allucinazioni ha fatto sì che questi criteri portassero a diagnosi errate, diagnosticando molti DDI come schizofrenici. Non è stato mai dimostrato l'assunto che le allucinazioni uditive caratteristiche del disturbo dissociativo differissero da quelle degli psicotici.

Questo vale soprattutto per il criterio di diagnosi differenziale, che nelle precedenti edizioni del DSM attribuiva un'origine esterna alle voci udite degli schizofrenici. Nonostante le successive revisioni del manuale dei disturbi, i clinici hanno continuato a considerare significativo questo criterio. In realtà le voci provenienti dall'esterno (sentite attraverso le orecchie) non differiscono per contenuto o durata dalle voci interne. Inoltre le principali tipologie di voci - ostile, supportiva, sessuale - appaiono consistenti sia nella schizofrenia che nel DDI³⁴.

Non esiste nessun dato di ricerca affidabile che possa quindi distinguere le allucinazioni uditive dei pazienti con disturbi psicotici da quelle dei pazienti con disturbi dissociativi o da quelle di pazienti non ammalati. Potrebbero le voci essere considerate esperienze di uno stato dissociativo collegate ai sintomi psicotici, come per esempio i deliri secondari? Diversi studi si sono interessati a questo collegamento e hanno trovato una più forte correlazione tra allucinazioni e ricordi di traumi infantili rispetto alla correlazione con altri sintomi psicotici. Le allucinazioni sono più

³³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1994.

³⁴ D. COPOLOV, T. TRAUER, *On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations*, in «Schizophrenia Research», 69, 2004, pp. 1-6.

comuni nel disturbo dissociativo dell'identità, piuttosto che i deliri o i disturbi del pensiero³⁵.

I deliri sono tipicamente considerati i sintomi centrali della psicosi e sono enfatizzati nella diagnosi di schizofrenia. I deliri bizzarri, i primi dei tre sintomi patognomonici della schizofrenia, sono credenze che il contesto culturale della persona potrebbe considerare come "totalmente implausibili". Al contrario i deliri non bizzarri possono non essere impossibili (per esempio la convinzione che qualcuno possa essere avvelenato, che possa venir spiato dai servizi segreti o che certi gesti, commenti, articoli di giornale siano diretti esplicitamente a lui). In accordo con il DSM-IV i deliri bizzarri comprendono le credenze relative alla perdita di controllo della mente o del corpo. I più comuni includono "il furto del pensiero", "l'inserzione del pensiero" e "i deliri di controllo". Questi deliri sono presenti in percentuale molto alta in pazienti con disturbo dissociativo dell'identità. In questi casi essi descriverebbero gli effetti delle altre personalità sulla consapevolezza o il comportamento della personalità più presente³⁶.

Numerose ricerche hanno messo in collegamento i deliri bizzarri con i processi dissociativi. Questa possibilità è supportata dai risultati che evidenziano come pazienti psicotici con deliri di possessione, i quali si sovrappongono ai deliri di controllo, ottengano punteggi più elevati alla DES (Dissociative Experience Scale) rispetto ai pazienti senza questi sintomi³⁷.

I deliri non bizzarri, come la paranoia e i deliri di riferimento, potrebbero avere origine da esperienze tipo "flashback" dissociate, nelle quali la memoria emozionale implicita sarebbe rivissuta in assenza di una memoria autobiografica del trauma o dell'evento stressante. Esiste un filone di ricerca che ha considerato i deliri come la "spiegazione" di "esperienze anomale" e una teoria degli ultimi dieci anni ha sostenuto che essenzialmente tutti i deliri nascano da preesistenti stati affettivi³⁸.

5. Il nuovo paradigma basato sul trauma e la dissociazione

Il fallimento del paradigma neo-Kraepeliniano basato sulla medicina, le evidenti difficoltà nel definire precisamente la categoria diagnostica di "schizofrenia" e l'emergere di un nuovo paradigma focalizzato sulle esperienze di vita sfavorevoli (inclusi i disturbi dell'attaccamento) assieme alla dissociazione, potrebbero essere l'inizio di una rivoluzione scientifica. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che numerose riviste scientifiche, come per esempio l'«American Journal of Psychiatry» e l'«Archives of General Psychiatry», pubblicano da diversi anni studi che supportano questa nuova teoria³⁹.

Se questo nuovo paradigma emergerà dalla rivoluzione scientifica in corso, sarà un paradigma biopsicosociale. Un modello che metterà in evidenza l'importanza degli aspetti genetici nella predisposizione allo sviluppo della psicopatologia. Esso

³⁵ J. READ, N. ARGYLE, *Hallucination, delusion, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse*, in «Psychiatric Services», 50 (11), 1999, pp. 1467-1472.

³⁶ I. SCHAFER, C. ROSS, J. READ, *Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders*, in A. MOSKOWITZ, I. SCHAFER, M.J. DORAHY, *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, cit., pp. 142-143.

³⁷ D.C. GOFF ET AL., *The delusion of possession in chronically psychotic patients*, in «The Journal of Nervous and Mental Disease», 179, 1991, pp. 567-571.

³⁸ D. FREEMAN, P.A. GARETY, *Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations*, in «Behaviour Research and Therapy», 41 (8), 2003, pp. 923-947.

³⁹ L. ARSENAULT, M. CANNON, H. L. FISHER, G. POLANCZYK, T.E. MOFFITT, A. CASPI, *Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study*, in «American Journal of Psychiatry», 168, 2011, pp. 65-72.

riconoscerà anche che le esperienze di vita giocano un ruolo significativo, non solo nell'espressione dei sintomi psichiatrici, ma anche nell'espressione dei geni che sono alla base della vulnerabilità ai disturbi mentali. Questo modello dovrà inoltre riconoscere l'esistenza di diverse dimensioni tra le diverse tipologie di disturbi mentali e tra le patologie e la cosiddetta normalità; dovrà mettere in evidenza l'incidenza e la gravità del trauma infantile, una realtà che non è stata per nulla considerata dagli aderenti al modello biomedico. Infine, la presenza di condizioni dissociative dovrà essere presa in considerazione non solo dal punto di vista clinico ma anche nel campo della ricerca, aspetto trascurato dal paradigma corrente.

In linea con queste sfide, dovrebbero essere apportate alcune variazioni al DSM-V⁴⁰. Quella più importante riguarda l'eliminazione dei sintomi di primo rango, considerati come patognomonici nel DSM-IV, nella diagnosi di schizofrenia. Le voci conversanti o che commentano, i deliri riguardanti l'inserzione o il furto del pensiero e il comportamento, non sono più considerati con una specificità diagnostica per la schizofrenia⁴¹. Diventerebbe ora necessaria la presenza di almeno due sintomi del criterio A, tra i quali ci dovrebbe essere necessariamente uno dei sintomi tra deliri, allucinazioni ed elquio disorganizzato.

Sfortunatamente, nonostante numerose ricerche abbiano dimostrato che i sintomi psicotici non siano presenti solo nella schizofrenia, il DSM-V continuerebbe ad enfatizzare l'importanza di questi sintomi nella schizofrenia.

6. Analisi delle diverse categorie diagnostiche

In questo studio sono state trascritte le diagnosi psichiatriche fatte dal Centro di Salute Mentale della Asl di Sanluri nel 2011. I dati sono stati recuperati dalle cartelle cliniche e dai certificati rilasciati per quanto riguarda i pazienti afferenti alla sede di San Gavino, dai soli certificati per i pazienti afferenti alla sede di Sanluri. Il totale di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica e che sono stati presi in considerazione per questa analisi descrittiva è di 1.405 su 2.425, pari al 58% del totale degli utenti visti almeno una volta nel corso del 2011.

6.1 La diagnosi di disturbo dissociativo

I disturbi dissociativi sono considerati fenomeni abbastanza rari. Gli strumenti di assessment generalmente utilizzati in psichiatria non prevedono una valutazione della dissociazione. Alcuni studi hanno stimato che nel campione clinico l'incidenza di questa patologia si aggira attorno al 10%⁴².

Negli Stati Uniti si parla di percentuali attorno al 15-30% tra i pazienti psichiatrici⁴³. Foote *et al.* riscontrano una frequenza dei disturbi dissociativi in pazienti psichiatrici ambulatoriali del 29%, di cui il 6% presenterebbe un disturbo dissociativo dell'identità.

Sar fa una review di lavori sui disturbi dissociativi in pazienti psichiatrici in paesi quali la Turchia, Svizzera, Germania e Olanda, che indicano una frequenza di questi quadri tra il 4,3 % e il 10,2% in pazienti ospedalizzati, dal 12% al 13,8% in pazienti

⁴⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 2013.

⁴¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Schizophrenia*, American Psychiatric Association, Washington (DC) 2013.

⁴² VEDAT SAR, *Epidemiology of Dissociative Disorders? An Overview*, in «Epidemiology Research International», Vol. 2011 (Article ID 404538), 8 pp.

⁴³ B. FOOTE, Y. SMOLIN, M. KAPLAN, M.E. LEGATT, D. LIPSCHITZ, *Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients*, in «Am J Psychiatry», 163 (4), 2006, pp. 623-629.

psichiatrici ambulatoriali e di un 39,5% nelle emergenze psichiatriche. In questi studi sono stati utilizzati la SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders di Steinberg) e la DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule), interviste semistrutturate riconosciute a livello internazionale⁴⁴.

Dall'analisi dei diversi disturbi psichiatrici della Asl di Sanluri si rileva che la diagnosi di disturbo dissociativo, fatta secondo il DSM-IV, è pari allo 0,14% (2 diagnosi su 1405), mentre la diagnosi di disturbi somatoformi è pari all'1,07%. Il grafico 6.1 presenta il numero delle diagnosi di disturbi somatoformi al cui interno prevalgono il disturbo algico, il disturbo di somatizzazione e quello di conversione (nell'ICD-10 inserito tra i disturbi dissociativi, contrariamente al DSM-IV che lo inserisce, a torto, tra i disturbi somatoformi). Una grossa fetta dei disturbi somatoformi potrebbe essere considerata a base dissociativa. Indubbiamente, nel quadro di una buona diagnosi differenziale, va sempre valutata la storia del disturbo e l'eventuale presenza di eventi di vita potenzialmente traumatizzanti. Questa categoria di pazienti risulta poco studiata, ma la correlazione del disturbo con eventi di vita traumatici fa ipotizzare una percentuale alta di sintomi dissociativi⁴⁵. Uno studio al riguardo ha dimostrato una sovrapposizione significativa tra sintomi dissociativi misurati con la DES e sintomi somatoformi misurati con la SDQ-20 in un campione clinico e in uno non clinico⁴⁶.

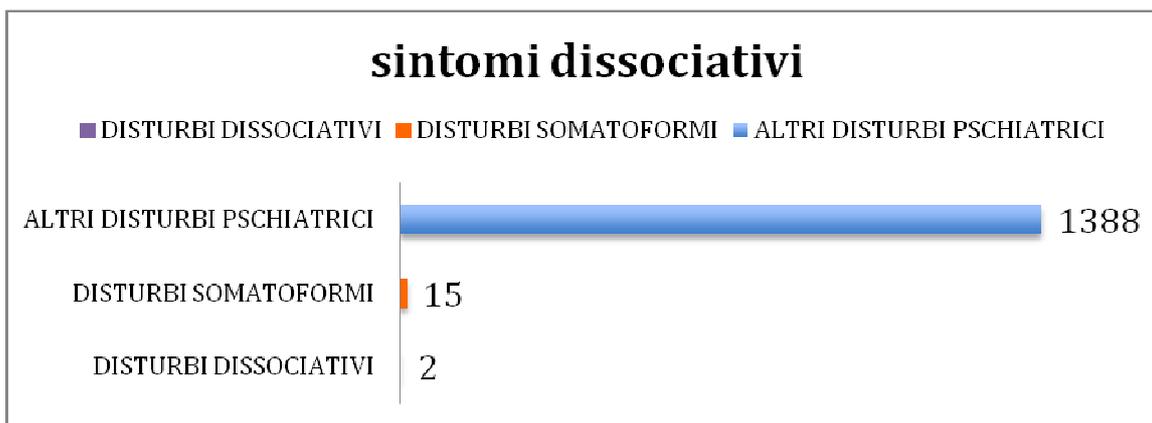


Grafico 6.1

6.2 Schizofrenia e disturbi dissociativi

I sintomi Schneideriani della schizofrenia, come per esempio le allucinazioni uditive, l'inserzione del pensiero, il prelievo del pensiero, pensiero a voce alta, trasmissione del pensiero, sono comuni nei disturbi dissociativi dell'identità⁴⁷. Come descritto sopra, le allucinazioni uditive sono più frequenti nei Disturbi Dissociativi dell'Identità che nella Schizofrenia. D'altronde nessuno studio ha dimostrato una differenza

⁴⁴ ANABEL GONZALEZ VAZQUEZ, *I disturbi dissociativi, diagnosi e trattamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013, pp. 29.

⁴⁵ OTTO VAN DER HART, ELLERT R.S. NIJENHUIS, KATHY STEELE, *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, W.W. Norton, New York 2006.

⁴⁶ BENEDETTO FARINA, EVA MAZZOTTI, P. PASQUINI, ELLERT R.S. NIJENHUIS, MASSIMO DI GIANNANTONIO, *Somatoform and psychoform dissociation among students*, in «J Clin. Psychol.», 67 (7), 2011 Jul., pp. 665-672.

⁴⁷ C. ROSS, *Dissociative Identity Disorders: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*, John Wiley and Sons Inc., New York 1997.

quantitativa o qualitativa tra le allucinazioni uditive “dissociative” e quelle “psicotiche”⁴⁸.

Visto il contenuto trauma-correlato di molte allucinazioni e il loro carattere intrusivo, vari autori sostengono che molte allucinazioni psicotiche potrebbero essere simili alle memorie intrusive riportate in molti disturbi traumatici⁴⁹.

Le ricerche che seguono il modello trauma-dissociazione per le psicosi mettono in evidenza come molti pazienti che ricevono la diagnosi di schizofrenia potrebbero rispondere positivamente alla psicoterapia. La diagnosi differenziale tra schizofrenia e disturbo dissociativo dell’identità (DDI) si basa su un’analisi approfondita dei sintomi positivi e negativi. Nei DDI le allucinazioni, spesso descritte come pensieri, possono rappresentare il dialogo tra i diversi stati di personalità non integrati; i deliri bizzarri e paranoidei si riferirebbero invece agli effetti delle altre personalità sulla consapevolezza o il comportamento della personalità più presente. I sintomi negativi sono generalmente assenti nei DDI; questi pazienti mantengono l’esame di realtà intatto e l’impoverimento nel funzionamento sociale e lavorativo è temporaneo, con un ritorno ai livelli di funzionamento pre-morboso; la durata dei sintomi nei DDI può essere intermittente.

I dati analizzati al Centro di Salute Mentale (grafico 6.2) evidenziano un 12,1% (171 pazienti su 1405) di diagnosi di schizofrenia sul totale delle diagnosi psichiatriche. Considerato che il DSM-IV ha definito sufficienti per la diagnosi di schizofrenia i deliri bizzarri o le allucinazioni uditive (criterio A) e che questi possano essere presenti anche nei disturbi dissociativi, è possibile che molte delle diagnosi di schizofrenia fatte negli anni appartenessero allo spettro dei disturbi dissociativi.



Grafico 6.2

⁴⁸ MOSKOWITZ, CORSTENS, *Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?*, cit., pp. 35-49.

⁴⁹ J. READ, *Child abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practise*, in «Professional Psychology: Research and Practise», 28 (5), 1997, pp. 448-456.

6.3 Dissociazione e altri disturbi psicotici

Come ho descritto sopra, il disturbo schizoaffettivo ha rappresentato una novità importante nella edizione del DSM-III. La sua introduzione ha rappresentato il crollo della barriera netta tra schizofrenia e disturbo bipolare, così come era stata concepita dal modello neo-Kraepeliniano. In base ai criteri diagnostici elencati dal DSM-IV il disturbo schizoaffettivo è caratterizzato da: a) un periodo ininterrotto di malattia durante il quale, in un certo momento, vi è un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale, o Misto concomitante a sintomi che soddisfano il criterio A per la Schizofrenia; b) durante lo stesso periodo di malattia, vi sono stati deliri o allucinazioni per almeno due settimane, in assenza di sintomi rilevanti dell'umore; c) i sintomi dell'umore sono presenti per un periodo considerevole della durata totale della malattia, (questo criterio non dovrebbe essere più necessario nella nuova diagnosi del DSM-V); d) i sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio cocaina) o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo o epilessia del lobo temporale)⁵⁰.

La coesistenza di deliri e allucinazioni con un episodio depressivo, maniacale o misto è un aspetto che si può ritrovare facilmente nei DDI. La diagnosi di schizofrenia del DSM-IV dice: - nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo - (punto d). Questo criterio dovrebbe permettere una diagnosi differenziale tra schizofrenia e disturbi dell'umore. La possibilità di ritrovare deliri e allucinazioni in concomitanza con i sintomi che soddisfano i criteri per un episodio di alterazione dell'umore nel DDI, costringe i professionisti della salute mentale ad una maggiore conoscenza di questo disturbo psichiatrico, il quale può nascondersi facilmente dietro ad un'altra diagnosi. Potrebbero essere fatte altrettante considerazioni riguardo alla possibilità di una diagnosi di DDI o DDNAS in quadri diagnosticati come Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico non Altrimenti Specificato.

Nel campione psichiatrico analizzato (grafico 6.3), tra il totale delle altre diagnosi di psicosi esclusa la schizofrenia, risulta che il 29% (59 pazienti su 206) hanno una psicosi NAS, il 43% presenta un disturbo schizoaffettivo (88 pazienti su 206) e il 23% presenta un disturbo delirante (48 pazienti su 206).

⁵⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., cit.

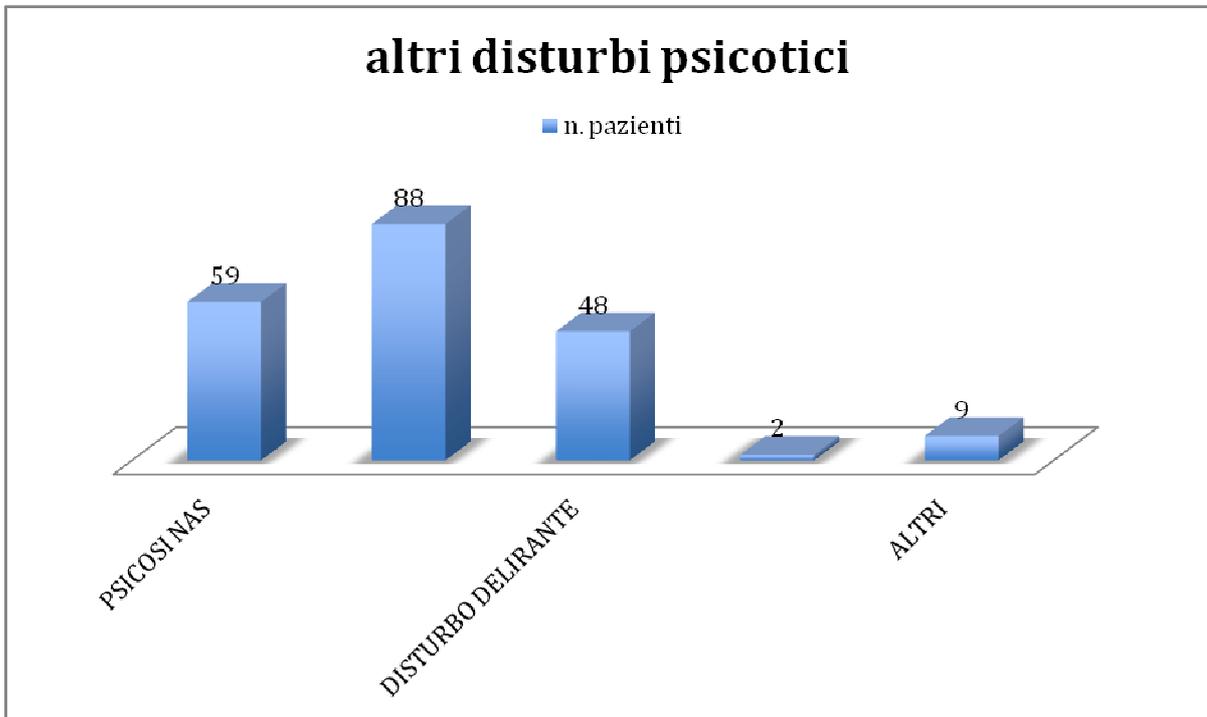


Grafico 6.3



Grafico 6.3.1

6.4 Psicosi, dissociazione e altri disturbi psichiatrici

6.4.1 Disturbo da stress Post-traumatico complesso e disturbo dissociativo non altrimenti specificato

I sintomi psicotici si riscontrano in molti disturbi dissociativi, anche se non in tutti. Questi si possono presentare nel disturbo dissociativo dell'identità (DDI) e nel disturbo dissociativo non altrimenti specificato (DDNAS); quest'ultimo fa parte della categoria tradizionalmente definita come "disturbi dissociativi complessi"⁵¹.

Esistono però pazienti che sperimentano allucinazioni con una base dissociativa, qualche volta combinate con la depersonalizzazione e l'amnesia dissociativa, ma in assenza di distinti stati di personalità caratteristici del DDI⁵². Inoltre, molti pazienti possono sperimentare degli stati dissociativi transitori, caratterizzati da allucinazioni uditive e visive, le quali potrebbero combinarsi con sintomi di conversione. Anch'essi sarebbero classificati tra i DDNAS.

Molti quadri psicopatologici caratterizzati da sintomi ansiosi e depressivi, i quali rispetterebbero i criteri per una diagnosi di disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia, nascondono un disturbo di personalità più complesso in cui, tra diversi sintomi, hanno un ruolo determinante i sintomi dissociativi. Nei primi anni 90 Judith Herman propose di chiamare questo disturbo, risultato di eventi traumatici multipli ripetuti e prolungati nel tempo, *complex post-traumatic stress disorder* (cPTSD; DPTS complesso)⁵³. Purtroppo questa diagnosi non è mai stata inserita nel DSM-IV, nonostante moltissime ricerche ne abbiano dimostrato l'utilità nel definire bene gli esiti psicopatologici di pazienti provenienti da storie di sviluppo traumatiche o altre storie traumatiche di natura interpersonale.

I disturbi dissociativi, secondo molti autori, troverebbero una giusta collocazione in un asse traumatico dissociativo, lungo il quale si collocherebbero in base allo stato di integrità e coesione dell'lo. In questo caso il disturbo dissociativo dell'identità sarebbe una forma più grave di cPTSD⁵⁴. Molti pazienti con disturbi dissociativi presentano sintomi ansioso-depressivi. Secondo Alvi e Minhas sarebbero l'89%⁵⁵.

6.4.2 Dissociazione e disturbi dell'umore

I disturbi diagnosticati come disturbi dell'umore possono presentare sintomi dissociativi importanti. In moltissimi casi nella diagnosi di disturbo dell'umore si tralascia quella di disturbo di personalità, dove l'umore depresso, con tutto l'insieme di sintomi ad esso collegato, rappresenterebbe uno stato psicofisico non integrato.

Tra i disturbi depressivi, un gruppo importante presenta sintomi dissociativi. Queste percentuali sono variabili: alcuni studi riferiscono che il 7% dei pazienti con un disturbo depressivo maggiore ha anche un disturbo dissociativo⁵⁶.

⁵¹ R.J. LOEWENSTEIN, *An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder*, in «Psychiatric Clinics of North American», 14 (3), 1991, pp. 567-604.

⁵² VEDAT SAR, A. KOYUNCU, ERDINC OZTURK, *Dissociative disorders in the emergency psychiatric ward*, in «General Hospital Psychiatry», 29 (1), 2007, pp. 45-50.

⁵³ JUDITH L. HERMAN, *Complex PTSD: "A syndrome in survivors of prolonged and repeated of trauma"*, in «Journal Traumatic Stress», 5 (3), 1992, pp. 377-391.

⁵⁴ C. SCHARFETTER, *Ego-fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self-experience*, in *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, London 2008, pp. 51-64.

⁵⁵ T. ALVI, F.A. MINHAS, *Type of presentation of dissociative disorder and frequency of co-morbid depressive disorder*, in «J Coll Physician Surg pak», 19 (2), 2009, pp. 113-116.

⁵⁶ GONZALEZ VAZQUEZ, *I disturbi dissociativi*, cit., p. 84.

Anche il disturbo bipolare è oggetto di valutazione e necessita di un'attenzione particolare nel momento della diagnosi. In effetti, sia nei DDI che nel disturbo bipolare si possono riscontrare evidenti cambiamenti nel comportamento, e nel disturbo bipolare con manifestazione psicotiche possiamo generalmente riscontrare allucinazioni uditive, caratteristiche anche del disturbo dissociativo come più volte ricordato. In generale in quest'ultimo troviamo spesso una storia di trauma precoce e gli switch dell'umore sono dipendenti da circostanze ambientali, piuttosto che da una variazione endogena. E' stato riscontrato un maggior tasso di trauma precoce nel gruppo di persone con disturbo bipolare a cicli rapidi, rispetto al resto dei pazienti bipolari, e un inizio precoce del disturbo bipolare, maggior gravità, comorbidità psichiatrica, limitazione funzionale e tentativi di suicidio gravi⁵⁷. Dall'analisi delle diverse diagnosi psichiatriche presso il Centro di Salute Mentale di Sanluri emerge che il 20% del campione analizzato abbia la diagnosi di disturbo depressivo, il 14% di disturbo bipolare e il 17% di un disturbo d'ansia (vedi Grafico 6.4) .

6.4.3 Dissociazione e abuso di sostanze

La sintomatologia dissociativa è molto frequente nei pazienti che fanno abuso di alcol e di altre droghe. L'Adverse Childhood Experience Study, studio retrospettivo e longitudinale condotto negli Stati Uniti D'America su una coorte di 17.000 pazienti, ha dimostrato una correlazione molto forte tra traumi infantili e abuso di alcol e droghe in età adulta⁵⁸. La letteratura scientifica che si occupa della dimensione traumatico-dissociativa dibatte sul fatto che la dissociazione sia connessa al trauma in modo unifattoriale oppure sulla necessità di un modello multifattoriale della dissociazione. In questo caso la memoria traumatica, valutata con i self-report, e la dissociazione sarebbero almeno in parte indipendenti fra loro nell'esercitare la propria azione patogena⁵⁹. In questo secondo caso la dissociazione comparirebbe in assenza di traumi evidenti, rappresentando comunque la sintomatologia nascosta su cui potrebbe essere evidente, come in una matrisca, solamente il disturbo di dipendenza da alcol o da droghe.

Tamar-Gurol et al. hanno studiato un gruppo di pazienti ricoverati per dipendenza d'alcol, il quale aveva in anamnesi un tasso più elevato di tentativi di suicidio, sono stati maggiormente abbandonati o abusati emotivamente e sessualmente durante l'infanzia. Tra questi pazienti, il 27% presentava un tasso significativo di sintomi dissociativi, un 9% soddisfaceva invece i criteri per un disturbo dissociativo.

Gli stessi autori hanno messo in evidenza come esista una relazione molto forte tra consumo di droghe e disturbi dissociativi. Nel campione da loro analizzato, al quale era stata somministrata la SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders), il 26% dei pazienti con dipendenza da sostanze avevano un disturbo dissociativo. Questi erano più giovani, con una storia di tentativi di suicidio e di maltrattamento emotivo nell'infanzia. La cosa interessante è che nella valutazione psicopatologica la maggioranza di questi pazienti tossicodipendenti con diagnosi di disturbo dissociativo (59,3%) affermava di presentare la problematica

⁵⁷ Ivi, p. 85.

⁵⁸ VINCENT J. FELITTI, *Adverse childhood experiences and adult health*, in «Academic Pediatrics», 2009, pp. 131-132.

⁵⁹ GIOVANNI LIOTTI, BENEDETTO FARINA, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina Editore, Milano 2011, pp. 126-127.

prima dell'abuso di sostanze. Questi pazienti erano anche quelli che, confrontati agli altri senza disturbo dissociativo, abbandonavano prima il trattamento⁶⁰.

Dall'analisi delle diverse diagnosi emerge come il 2% del campione analizzato nel Centro di Salute Mentale (25 pazienti su 1405) faccia abuso di alcol e droghe. Si tratta di una percentuale molto bassa, poiché i pazienti con dipendenze da sostanze vengono seguiti dal Servizio Dipendenze (SERD), un servizio specifico all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze al quale afferisce questa categoria di pazienti (cfr. Grafico 6.4 e 6.4.1).

La tendenza a separare il disturbo da dipendenza, concentrandosi su quest'ultima e tralasciando il quadro di personalità patologico, fa sì che molti di questi pazienti vivano in un limbo. In effetti, se una grossa fetta di questi avesse in comorbidità un disturbo dissociativo, l'intervento centrato unicamente sulla dipendenza senza un adeguato trattamento per il disturbo dissociativo, risulterebbe inutile, nonché iatrogeno.

6.4.4 Dissociazione e disturbo borderline di personalità

I sintomi dissociativi sono molto frequenti nel disturbo borderline di personalità (DBP). Diversi autori fanno notare come due terzi dei pazienti con DBP presenti questa sintomatologia⁶¹. Il quadro clinico del borderline, caratterizzato da gravi difficoltà relazionali, dipendenza, impulsività, deficit nella regolazione delle emozioni e problemi riguardanti la propria identità, è stato collegato al trauma relazionale precoce e al successivo sviluppo traumatico. La correlazione tra questo disturbo di personalità e storie infantili traumatiche di abuso sessuale e maltrattamento si aggira tra il 70% e il 90%⁶². La letteratura scientifica evidenzia anche una correlazione molto alta tra DBP e disturbo da stress post-traumatico. La comorbidità tra questi due disturbi viene stimata in alcuni studi pari al 60%⁶³.

D'altro lato il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) descritto dal DSM-IV presenta molte similitudini con il Disturbo da Stress Post-traumatico complesso (DSPTc). Entrambi mostrano una disregolazione emotiva per quanto riguarda tutte le emozioni e un discontrollo degli impulsi, hanno delle relazioni affettive molto instabili, presentano sintomi dissociativi e un'identità instabile. Sperimentano un forte senso di sfiducia, temono esageratamente di essere danneggiati o di poter danneggiare gli altri e riferiscono tutta una serie di convinzioni negative su di sé e sugli altri. Inoltre, sia il DBP che il Disturbo da Stress Post-traumatico complesso hanno un'alta comorbidità con i disturbi d'ansia, con quelli dell'umore e con l'abuso di sostanze; riportano tassi più elevati di suicidio e il loro percorso terapeutico è caratterizzato da elevati tassi di ricadute⁶⁴. Molti autori hanno considerato i due quadri assimilabili, altri sostengono che debbano rimanere separati poiché nel DBP, a

⁶⁰ D. TAMAR GÜROL, V. SAR, F. KARADAG, C. EVREN, M. KARAGOZ, *Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey*, in «Psychiatry Clin Neurosci», 62 (5), 2008, pp. 540-547.

⁶¹ M.I. KORZEKWA, P.F. DELL, C. PAIN, *Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians*, in «Curr Psychiatry Rep», 11 (1), 2009, pp. 82-88.

⁶² S. WATSON, R. CHILTON, H. FAIRCHILD, P. WHEWELL, *Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder*, in «Australia and New Zealand Journal of Psychiatry», 40, 2006, pp. 478-481, J.G. GUNDERSON, *Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis*, in «American Journal of Psychiatry», 166 (5), 2009, pp. 530-539.

⁶³ M.C. ZANARINI, *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 155, 1998, pp. 1733-1739.

⁶⁴ K.L. LEWIS, B.F. GRENYER, *Borderline personality or complex post-traumatic stress disorder? An update on the controversy*, in «Harvard Review of Psychiatry», 17, 2009, pp. 322-328.

differenza del DSPTc, la storia traumatica di sviluppo non è un criterio costitutivo. Questa considerazione deriva dal fatto che nella valutazione del trauma vengono prese in considerazione solamente le forme riguardanti l'abuso sessuale o fisico. Se si considerasse "traumatico" anche il neglect o il trauma relazionale precoce (considerando anche le relazioni con caregivers svalutanti), l'itinerario psicopatologico delle due diagnosi potrebbe essere molto vicino.

La diagnosi di Disturbo di Personalità nel campione analizzato è pari al 4,56% del totale, mentre la diagnosi specifica di Disturbo Borderline di Personalità è dello 0,9%. Vista la tendenza generale a valutare il disturbo borderline come un disturbo bipolare atipico o a causa di diverse *misdiagnosis*, la reale prevalenza potrebbe essere notevolmente superiore.

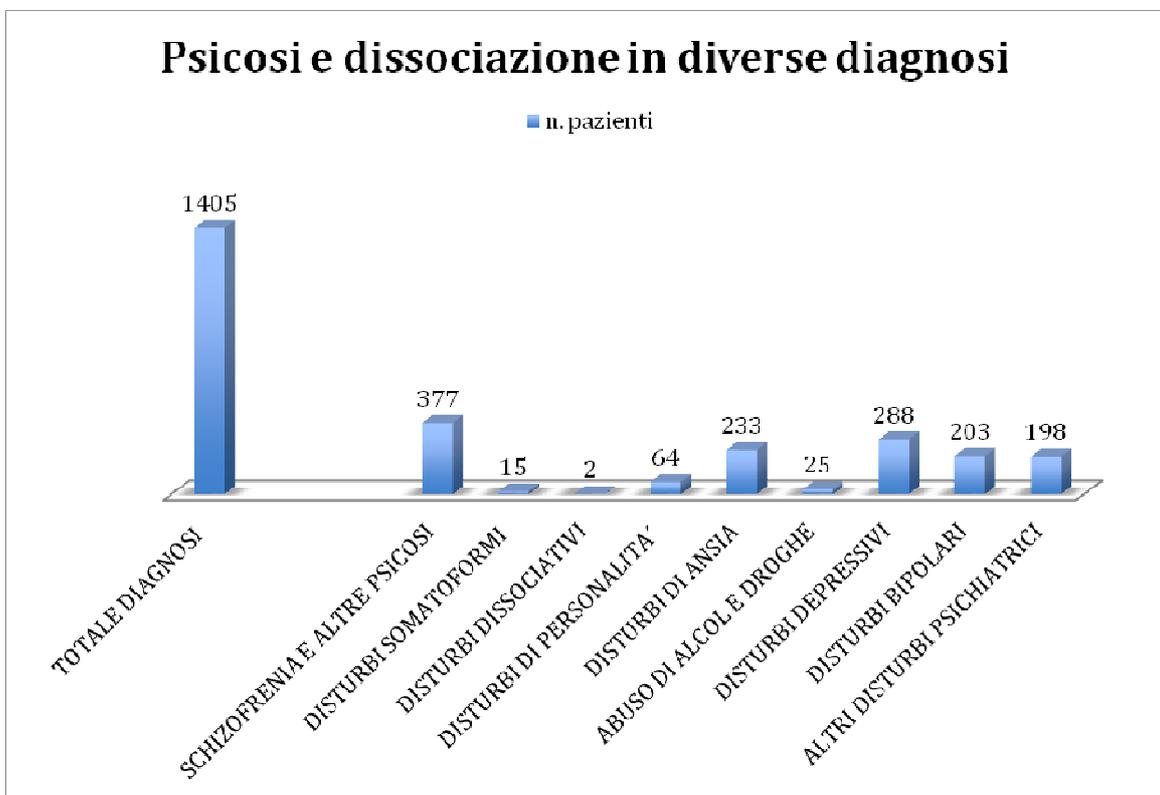


Grafico 6.4

Psicosi e dissociazione in diverse diagnosi

- SCHIZOFRENIA E ALTRE PSICOSI
- DISTURBI DISSOCIATIVI
- DISTURBI DI ANSIA
- DISTURBI DEPRESSIVI
- ALTRI DISTURBI PSICHIATRICI
- DISTURBI SOMATOFORMI
- DISTURBI DI PERSONALITA'
- ABUSO DI ALCOL E DROGHE
- DISTURBI BIPOLARI

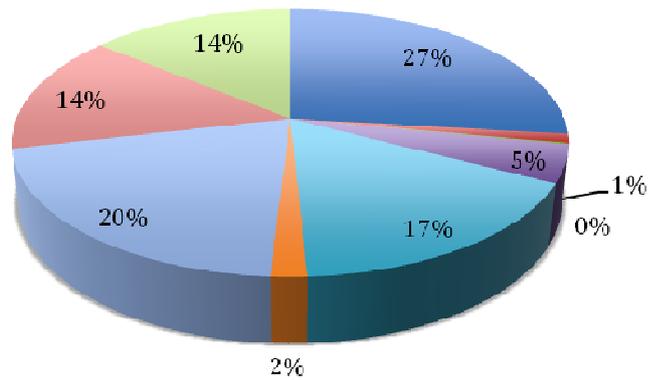


Grafico 6.4.1

Disturbi di Personalità

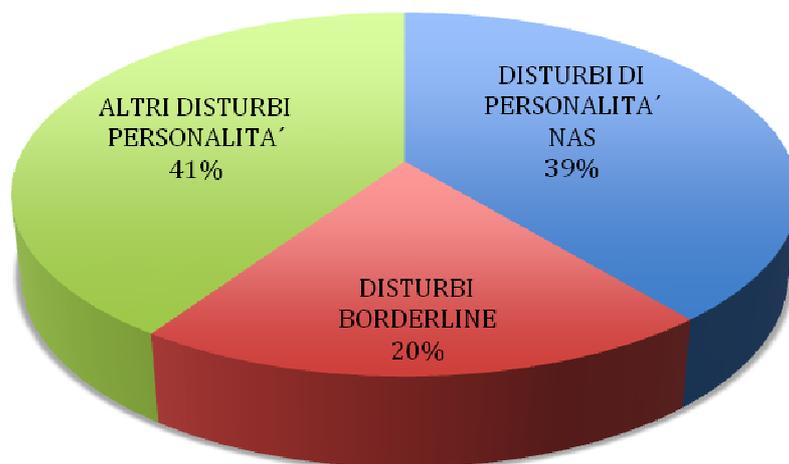


Grafico 6.4.2

6.5 Considerazioni conclusive

I sintomi psicotici possono presentarsi non solo nella schizofrenia, ma anche nei disturbi dissociativi. La relazione tra dissociazione e psicosi può essere considerata in tre domini: sintomi dissociativi che si riscontrano nei disturbi psicotici, sintomi psicotici presenti nei disturbi dissociativi, e la psicosi dissociativa. Quest'ultima, considerata un disturbo dissociativo acuto con caratteristiche psicotiche, una volta chiamata psicosi isterica, è stata documentata in molti casi di pazienti traumatizzati che ricevevano o la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico o quella di disturbo dissociativo⁶⁵.

La testistica generalmente utilizzata nei Centri di Salute Mentale non si avvale di strumenti di valutazione della dissociazione, nonostante la prevalenza dei disturbi dissociativi si attesti intorno al 10% nella popolazione clinica. I fenomeni dissociativi, così come i sintomi psicotici di un quadro dissociativo, non vengono riconosciuti, portando ad una diagnosi non corretta o consentendo che il paziente fluttui tra una diagnosi e l'altra senza mai ricevere il trattamento più adeguato. Ecco che molti di questi pazienti sono etichettati dagli specialisti come *non responder*, non ponendosi mai il dubbio che si possa trattare di un paziente che non ha ricevuto il trattamento più efficace. I disturbi dissociativi li troviamo in comorbilità con diverse diagnosi dell'Asse I. Si presentano con moltissimi dei problemi evidenti ai nostri occhi, quali i comportamenti parasuicidari, le aggressioni esterne e le dipendenze dalle droghe, rappresentando un problema nascosto e dimenticato nella salute pubblica. Un tempestivo e miglior riconoscimento dei disturbi dissociativi farebbe aumentare la consapevolezza dell'impatto del trauma sulla salute dell'individuo e permetterebbe di intervenire più precocemente, con esiti più favorevoli nel trattamento.

⁶⁵ VAN DER HART, R.S. NIJENHUIS, STEELE, *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, cit.

I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva¹

Roberta CAPPAL
ASL di Sanluri

Abstract

A survey is shown in its first details on mandatory and voluntary health treatment of patients affected by mental disorders carried out between 1992 and 2011 by the Centre for Mental Health of the Local Health Unit ASL n. 6 Sanluri. A grand total of 1318 patients were admitted, 759 in mandatory medical treatment (TSO) and 559 voluntary medical treatment (TSV). The exploratory and descriptive study was carried out on the records preserved in the Admission Archives of Sanluri and San Gavino Monreale CMHs as main sources.

Key words

Mandatory medical treatment, voluntary medical treatment, TSO, TSV, hospital admissions, CMH ASL n. 6 Sanluri, psychiatry, mental illness

Riassunto

Il saggio presenta i primi risultati di un'indagine sui trattamenti sanitari obbligatori e volontari nei confronti di pazienti affetti da disturbi mentali effettuati dal Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL n. 6 di Sanluri dal 1992 al 2011. Periodo nel corso del quale sono stati ricoverati 1318 pazienti, di cui 759 in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e 559 in trattamento sanitario volontario (TSV). Lo studio, esplorativo e descrittivo, è stato realizzato utilizzando come fonti privilegiate dell'indagine i registri dei ricoveri custoditi negli Archivi delle sedi di Sanluri e San Gavino Monreale del CSM della ASL n. 6 di Sanluri.

Parole chiave

Trattamento sanitario obbligatorio, trattamento sanitario volontario, TSO, TSV, ricoveri ospedalieri, CSM della ASL n. 6 di Sanluri, psichiatria, malattia mentale

1. Premessa

I primi ospedali psichiatrici, per così dire “moderni”, vennero istituiti in Italia nei primi anni del '700. Furono gestiti da ordini ecclesiastici ed ebbero piena autonomia per quanto riguarda le modalità di internamento². In epoca moderna, prima dell'apertura di queste strutture, i malati mentali venivano rinchiusi in celle sotterranee, in gabbie di ferro, nelle “torri dei folli”, ma abbiamo anche esempi di strutture destinate ad ospitare i “pazzi”³ in diversi centri d'Italia. A partire dall'Ottocento aumentarono le strutture destinate ad accogliere i malati di mente e, verso la fine del XIX secolo, i medici che lavoravano presso tali strutture iniziarono a denunciarne l'inadeguatezza dovuta spesso alla scarsità o alla fatiscenza dei locali,

¹ Per la realizzazione del presente saggio ho accumulati diversi debiti di riconoscenza nei confronti del personale del CSM di Sanluri e San Gavino. In particolare, desidero ringraziare per la loro fattiva collaborazione il dott. Ivano Locci e gli infermieri Bruno Artizzu e Antonello Lixi.

² Tra i tanti, si segnala l'ospedale dei “pazzi” di Ancona sorto alla fine del Settecento: GABRIELE ROCCA, *Alle origini del manicomio. L'ospedale dei pazzi di Ancona*, Franco Angeli, Milano 1998.

³ Su ospedali, medici e malati di mente in epoca moderna, si segnalano i seguenti contributi: LISA ROSCIONI, *Il Governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Mondadori, Milano 2011; BRUNO TAGLIACOZZI, ADRIANO PALLOTTA, *L'ospedale di S. Maria della Pietà di Roma*, Dedalo, Roma 2003.

alla mancanza degli strumenti di cura e di una registrazione clinica, alle scarse condizioni igieniche, e al sovraffollamento⁴.

Con la legge 14 febbraio 1904, n. 36⁵, intitolata *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, gli ospedali psichiatrici italiani furono regolamentati per la prima volta. Tale legge, composta da dieci articoli, mirava principalmente a regolamentare situazioni socialmente pericolose, evidenziando il bisogno di protezione della società dal malato mentale⁶. La custodia e l'alienazione del paziente, spesso ottenuta attraverso la coercizione fisica, erano i principi della legge del 1904.

A partire dal 1961, anno in cui lo psichiatra Franco Basaglia divenne direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, si diffusero in Italia diverse correnti psichiatriche che volevano l'apertura dei manicomi destituzionalizzando il malato e restituendogli la sua dignità.

Basaglia cominciò una vera e propria rivoluzione. Eliminò la coercizione fisica e le terapie di elettroshock, affiancando alle terapie farmacologiche, le relazioni e i rapporti umani con il personale di quella che lui chiamava "comunità terapeutica" e con i propri familiari, inoltre, invitò i pazienti a passeggiare all'esterno del manicomio.

In questo scenario, nel 1968, entra in vigore la legge n. 431 del 18 marzo 1968⁷, intitolata *Provvidenza per l'assistenza psichiatrica*. Tale legge, denominata anche "Legge Mariotti"⁸, tenta di equiparare a livello organizzativo l'ospedale psichiatrico agli ospedali generali, con l'inserimento di attività di prevenzione anche fuori dai manicomi e del ricovero volontario all'interno dell'ospedale. La Legge Mariotti sancisce inoltre la possibilità di trasformare il trattamento sanitario obbligatorio in volontario, previo consenso del paziente. Tale legge, a differenza della precedente, mette in risalto l'importanza del paziente, dei processi di cura e della prevenzione.

Verso la fine degli anni settanta, le pressioni da parte dei movimenti psichiatrici antistituzionali per la chiusura dei manicomi si fanno sempre più insistenti. Contemporaneamente prende campo l'idea che allo smantellamento degli ospedali psichiatrici debba seguire un'assistenza psichiatrica territoriale estremamente diversificata a seconda dei bisogni dei pazienti, idee promosse e sperimentate in Italia prima a Gorizia e poi a Trieste da Franco Basaglia e, in seguito, da altri operatori della salute mentale.

In questo quadro, in soli ventiquattro giorni fu esaminata, discussa ed approvata a larga maggioranza la legge n. 180 del 13 maggio 1978⁹, che regola gli *Accertamenti e*

⁴ Sulle strutture manicomiali dell'Ottocento e tra XIX e XX secolo esiste un'ampia bibliografia. In questa sede mi limito a segnalare i seguenti contributi: GIOVANNI PAMPANINI, *La follia del manicomio. Matteredie, manicomi e ospedali psichiatrici in Sicilia dal 1813 al 1940*, CUECM, Catania 2009; GIANFRANCO GIUDICE, *Un manicomio di confine. Storia del San Martino di Como*, Laterza, Roma-Bari 2009; *Il regio manicomio di Torino. Scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, EGA-Edizioni Gruppo Abele, Torino 2007; VINZIA FIORINO, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002.

⁵ Legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904

⁶ Per un quadro generale sui manicomi in Italia nel Novecento, cfr. VALERIA P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.

⁷ Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.101 del 20 aprile 1968.

⁸ Dal nome del Ministro della Sanità in Italia nel 1968, che si interessava alla condizione del paziente psichiatrico e che simpatizzava per le innovative esperienze in corso a Gorizia e Trieste.

⁹ Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978.

trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale, e, solo pochi mesi dopo, la legge n. 833¹⁰.

Contemporaneamente alla riumanizzazione del malato psichiatrico, al quale vengono offerte nuove possibilità di cura e progetti risocializzanti, si pone la necessità, espressa dalla legge n. 180/1978 di tutelare anche coloro che manifestino resistenza all'intervento di cura.

Con la legge n. 180 infatti è stato regolamentato in Italia il trattamento sanitario volontario (TSV) e obbligatorio (TSO). Con la stessa legge sono stati istituiti i servizi territoriali di salute mentale (CSM) e collocati i servizi psichiatrici per i pazienti più gravi all'interno degli ospedali generali (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC).

Da allora sono state svolte diverse ricerche sia a livello territoriale che a livello nazionale sulle caratteristiche dei trattamenti sanitari ed in particolare sui ricoveri ospedalieri per motivi psichiatrici in regime di TSO e TSV. Alcuni studi, di seguito riportati, evidenziano il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio in Sardegna.

Nel 2006 l'ISTAT¹¹ registra in Italia 233.383 TSV e 10.333 TSO. Nel rapporto dell'ISTAT si sottolinea che valori più elevati di TSO si registrano in Sicilia (29,1), Emilia Romagna (28,3) e Abruzzo (24,4). Si collocano su valori superiori alla media nazionale anche Umbria (23,7), Sardegna (20,4), Puglia (18,8) e Piemonte (18,2).

Nelle linee di indirizzo per la tutela della salute mentale in Sardegna¹² la Regione Autonoma Sardegna pubblica il numero di TSO in SPDC nell'isola per gli anni 2008-2011 e riporta i dati dell'incidenza dei trattamenti sanitari in regime obbligatorio negli anni 2009 e 2010 (nel 2008 il 9,32%, nel 2009 l'11,92%, nel 2010 il 12,65%, nel 2011 l'11,78%)¹³.

Con questo studio si vogliono esplorare le caratteristiche dei ricoveri effettuati dal CSM della ASL di Sanluri nell'arco di tempo compreso tra il 1992 e il 2011. Lo scopo della ricerca è puramente descrittivo e conoscitivo.

2. Materiali e metodo

Lo studio proposto è di tipo osservativo e, come precedentemente affermato, ha uno scopo esplorativo e descrittivo. Non a caso, viene utilizzato il metodo non intrusivo¹⁴ della ricerca d'archivio, utilizzando prevalentemente i registri ufficiali dei TSO e dei TSV per quanto riguarda il reperimento dei dati utili all'indagine. Nello specifico, sono stati consultati i registri dei TSO e dei TSV conservati nell'Archivio della sede del CSM di San Gavino¹⁵ e nell'Archivio della sede del CSM di Sanluri¹⁶.

Tali dati includono alcune caratteristiche dei trattamenti sanitari, evidenziando la suddivisione in trattamenti sanitari obbligatori e volontari tra le persone che ne

¹⁰ La legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (nascita delle Unità Sanitarie Locali), la quale riassorbì in sé la legge n. 180/1978.

¹¹ Istituto Nazionale di Statistica, dati relativi all'anno 2006, pubblicati nell'anno 2010, sull'Ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici. Si veda il sito www.istat.it

¹² REGIONE AUTONOMA SARDEGNA, ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE, *Linee di indirizzo per la tutela della salute mentale in Sardegna*, Anni 2012-2014, consultabili su http://www.regione.sardegna.it/documenti/1_385_20120813100958.pdf (9 maggio 2014).

¹³ Percentuale di TSO sul totale dei ricoveri in SPDC in Sardegna, anni 2008-2011 pubblicato in Ivi.

¹⁴ Non intrusivo perché con tale metodo non si viene in contatto con la persona di cui si prendono in considerazione i dati utili alla ricerca.

¹⁵ ASL SANLURI, ARCHIVIO DEL CSM DI SAN GAVINO, *Registro Ricoveri. Ricoveri S.P.D.C. SS Trinità, dal 12/08/90 al 27/09/1996*; e *Registro Ricoveri, dal 13/01/1996 al 13/12/11*.

¹⁶ ASL SANLURI, ARCHIVIO DEL CSM DI SANLURI, *TSO e TSV, dal 7/09/91 al 30/12/02*; e *TSO e TSV, dal 9/01/2003 al 7/12/11*.

hanno beneficiato in forma di dati aggregati, relativi, come già detto, ad un arco di tempo di 20 anni, dal 1992 al 2011.

I trattamenti sanitari esaminati sono stati effettuati dal Centro di Salute Mentale della Asl 6 di Sanluri presso i Servizi di Diagnosi e Cura di cui non è stato possibile avere informazioni precise, in quanto il luogo del ricovero ospedaliero non sempre viene riportato nei registri dei ricoveri.

Alcune informazioni non contenute in tali registri sono state reperite dalle cartelle cliniche dei pazienti presenti in forma cartacea in entrambe le sedi CSM di Sanluri e San Gavino, presso gli appositi archivi. Altre notizie sono state reperite dal database informatizzato presente esclusivamente presso la sede di Sanluri in cui sono presenti alcuni dati relativi ai pazienti in carico al CSM di Sanluri.

Nell'indagine non vengono considerati i territori di Senorbì e di Vallermosa (con l'esclusione dei dati riportati nella Tab. 1 e nei Graf. 1 e 2), attualmente serviti dalla Asl 8 di Cagliari e che fino al 2006 erano serviti dalla Asl 6 di Sanluri. Sino a quest'ultima data, gli utenti dei comuni di Senorbì e Vallermosa si rivolgevano alla sede del Centro di Salute Mentale di Sanluri. Tale scelta è stata fatta per rendere la ricerca maggiormente omogenea e comprensibile.

I dati relativi ai ricoveri del CSM sono stati descritti sotto forma di tabelle e di grafici. Inoltre, viene evidenziata la suddivisione dei dati relativi alle due sedi del CSM, rispettivamente, Sanluri e San Gavino.

Per l'analisi dei dati sono state effettuate statistiche descrittive e comparative attraverso l'utilizzo del programma statistico SPSS 15.

3. Analisi dei risultati dell'indagine

Tab. - 1 Trattamenti sanitari effettuati nella Asl di Sanluri negli anni dal 1992 al 2011, includendo il territorio di Senorbì e di Vallermosa.

SEDE	TSO	TSV	Tot. Ricoveri
CSM	759	559	1318
San Gavino	408	289	697
Sanluri	351	270	621

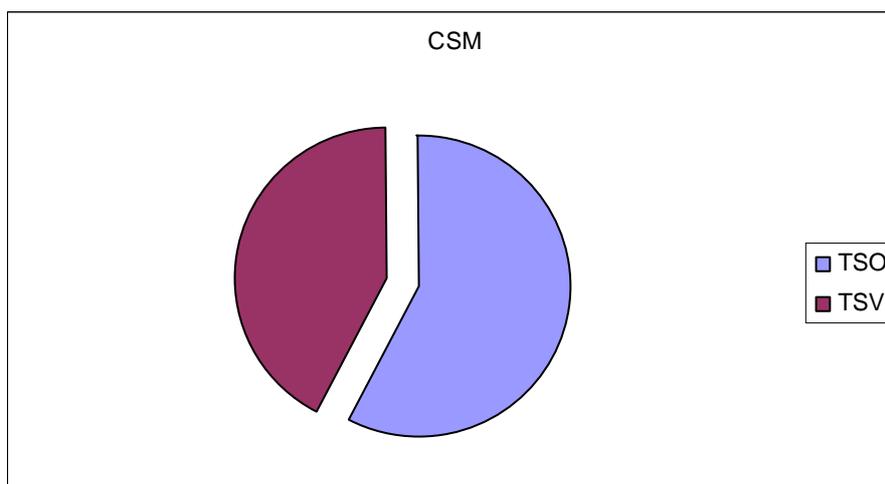


Grafico 1 - Distribuzione dei TSO e TSV effettuati al CSM negli anni 1992-2011

Come si evince dal grafico 1, il numero di trattamenti sanitari obbligatori è maggiore rispetto al numero di trattamenti volontari.

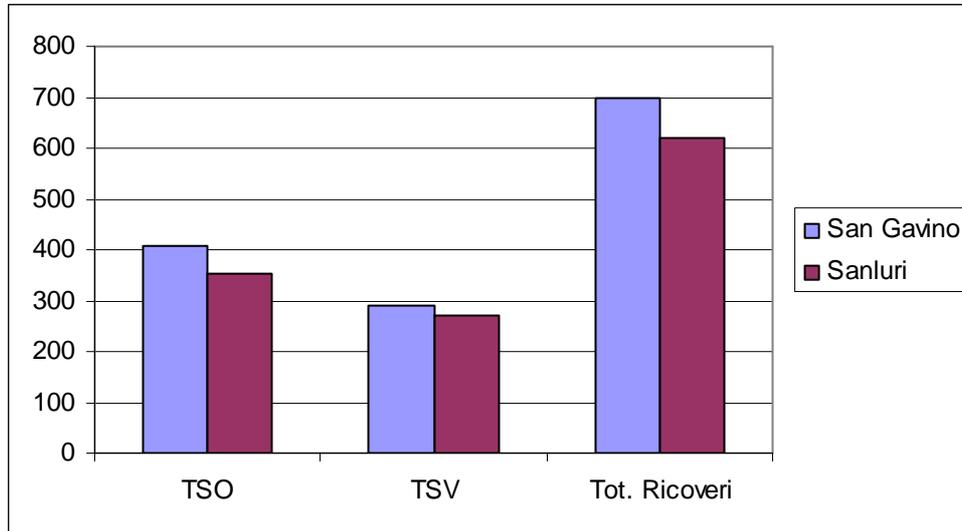


Grafico 2 - Ricoveri ospedalieri effettuati negli anni 1992-2011 nelle due sedi di San Gavino e Sanluri.

Dal grafico 2, come anche osservando i dati nella tabella 1, è evidente il maggior numero di ricoveri ospedalieri effettuati nella sede di san Gavino. In entrambe le sedi è maggiore il numero di trattamenti sanitari obbligatori rispetto al numero di trattamenti sanitari volontari.

Tab. 2 - Trattamenti sanitari realizzati al CSM negli anni dal 1992 al 2011 considerando l'attuale territorio servito dalla ASL 6 di Sanluri.

SEDE	Ricoveri	TSO	TSV
CSM	1196	671	525
Sede Sanluri	513	274	239
Sede San Gavino	683	397	286

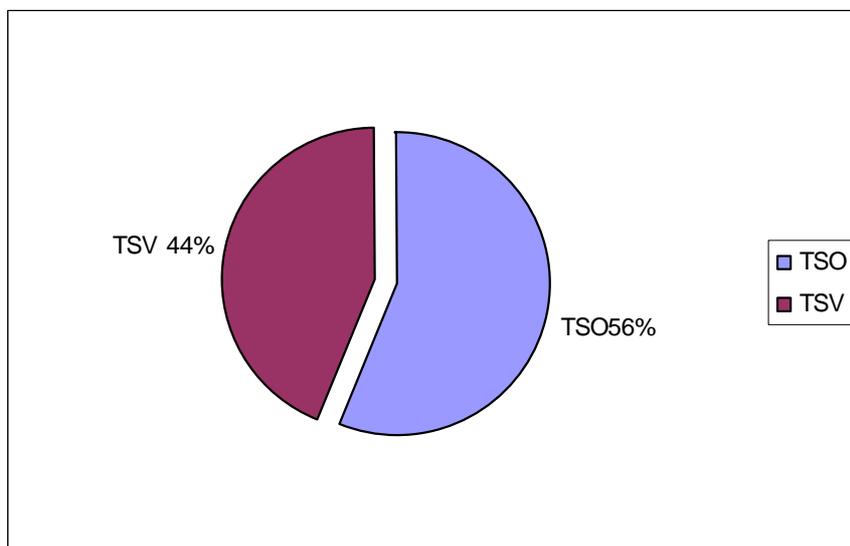


Grafico 3 - Distribuzione di TSO e TSV sul totale dei ricoveri negli anni 1992-2011.

Dal grafico 3 emerge un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV sul totale dei ricoveri effettuati dai pazienti che appartengono all'attuale territorio del CSM della ASL 6 dal 1992 al 2011.

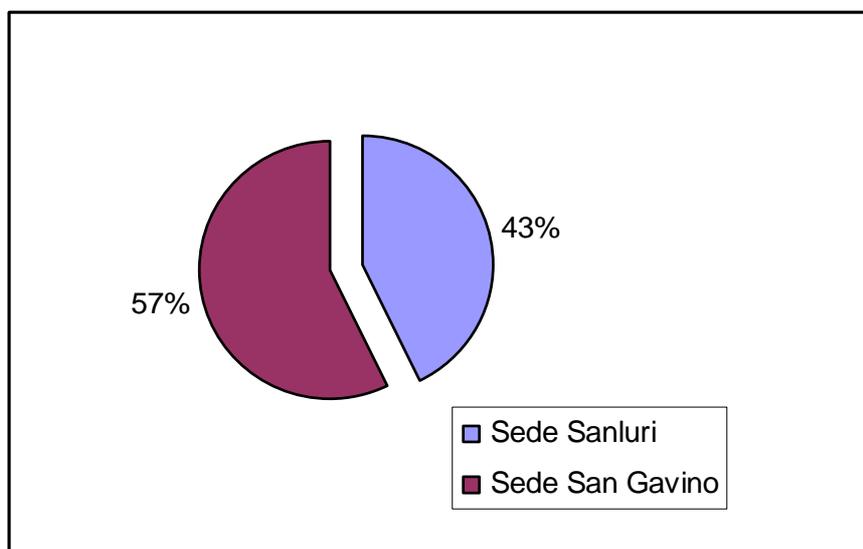


Grafico 4 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nella sede Sanluri e San Gavino sul totale ricoveri del CSM

Come evidenziano il grafico 4 e la tabella 2 sulla distribuzione dei ricoveri nelle due sedi del CSM, dal 1992 al 2011 è stato effettuato un maggior numero di ricoveri nella sede di San Gavino (683) rispetto al numero di ricoveri effettuati nella sede di Sanluri (513).

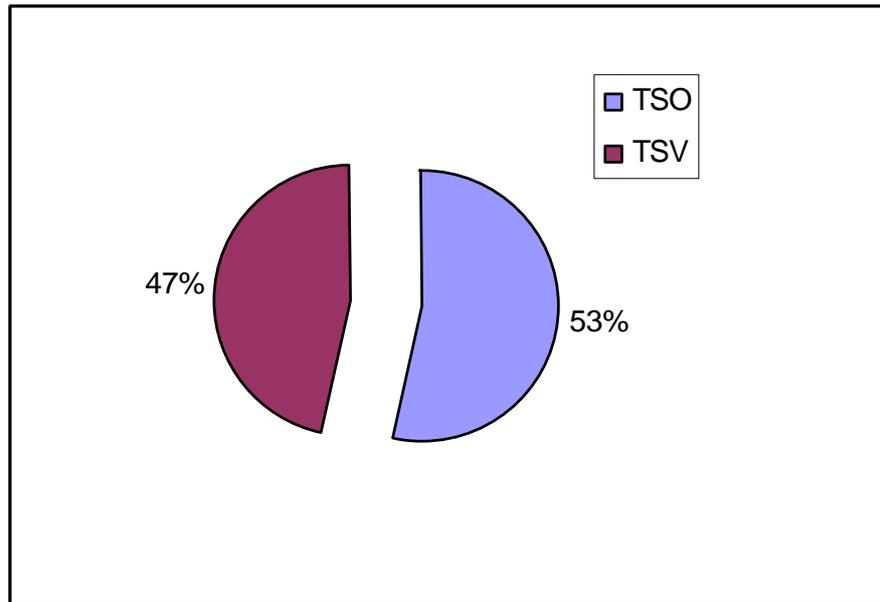


Grafico 5 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di Sanluri

Dal grafico 5 si può osservare il maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV effettuati nella sede di Sanluri negli anni 1992-2011. La differenza è evidente ma non significativa.

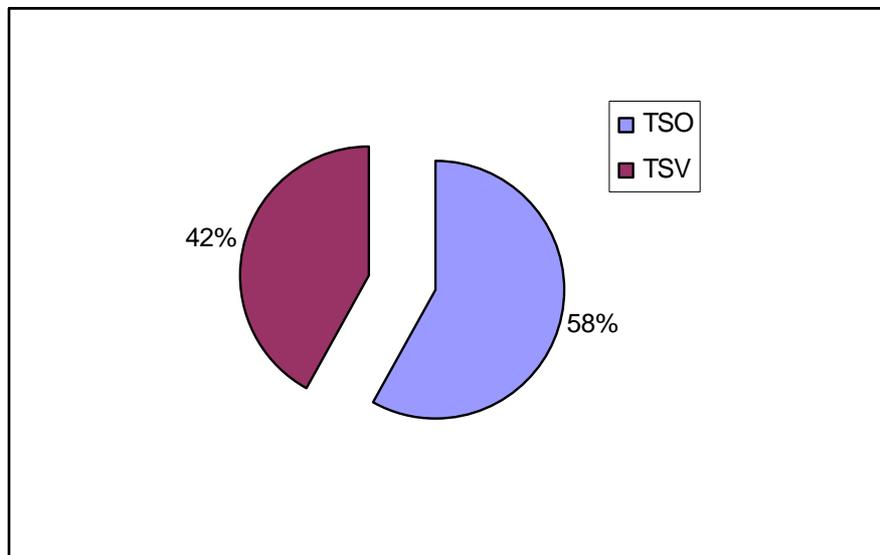


Grafico 6 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di San Gavino.

Nel grafico 6 è possibile osservare come anche nella sede di San Gavino il numero di TSO è maggiore rispetto al numero di TSV, pur non essendo, anche in questo caso, una differenza statisticamente significativa.

Entrambi i grafici 5 e 6 evidenziano un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV sia nella sede di Sanluri che nella sede di San Gavino, tuttavia la differenza sul numero di TSO rispetto al numero di TSV è maggiore nella sede di San Gavino.

Tab. 3 - Prevalenza di genere sui trattamenti sanitari effettuati al CSM

Genere	TSO	TSV	TOT
maschio	447	304	751
femmina	224	221	445

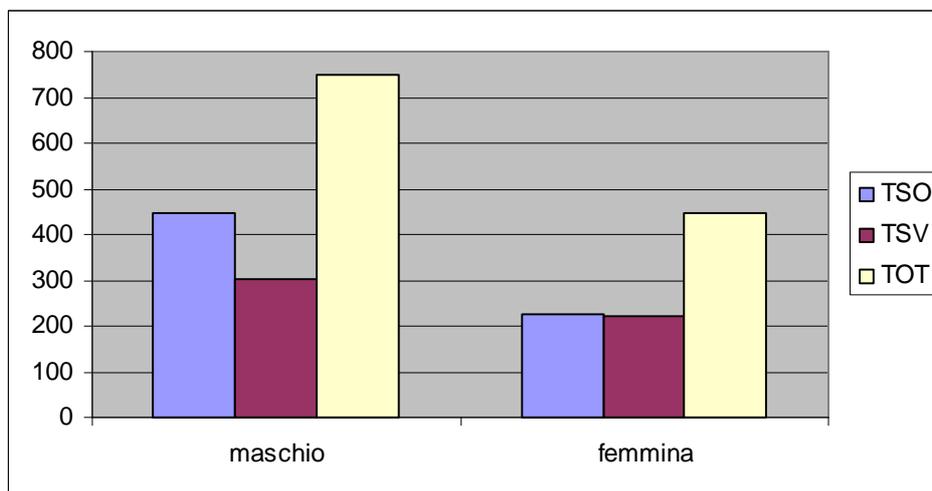


Grafico 7 - Differenze di genere nei trattamenti sanitari

Osservando il grafico 7 e la tabella 3 è possibile notare un maggior numero di ricoveri effettuati dai pazienti di genere maschile. Si osserva inoltre che la differenza del maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV effettuati dai maschi è maggiore rispetto alla medesima differenza che si osserva nelle femmine.

Tab. 4 - Differenze di genere nei trattamenti sanitari (sede di San Gavino).

Genere	TSO	TSV	TOT
maschio	268	172	440
femmina	129	114	243

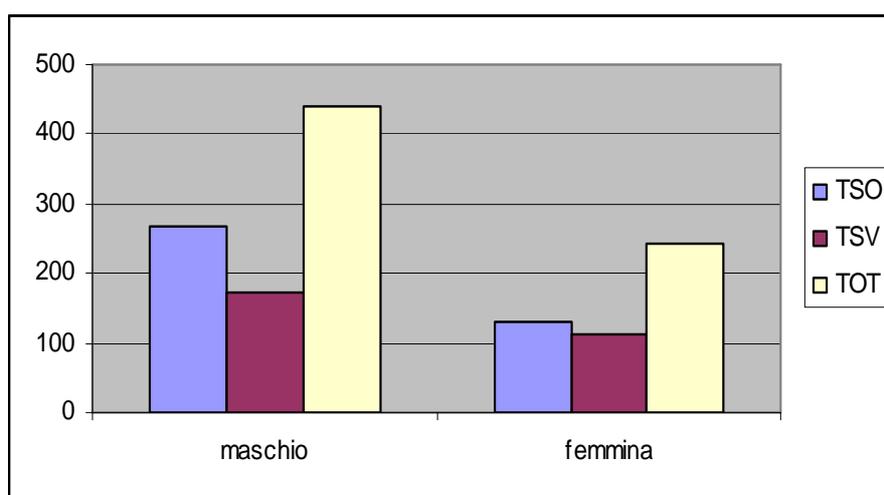
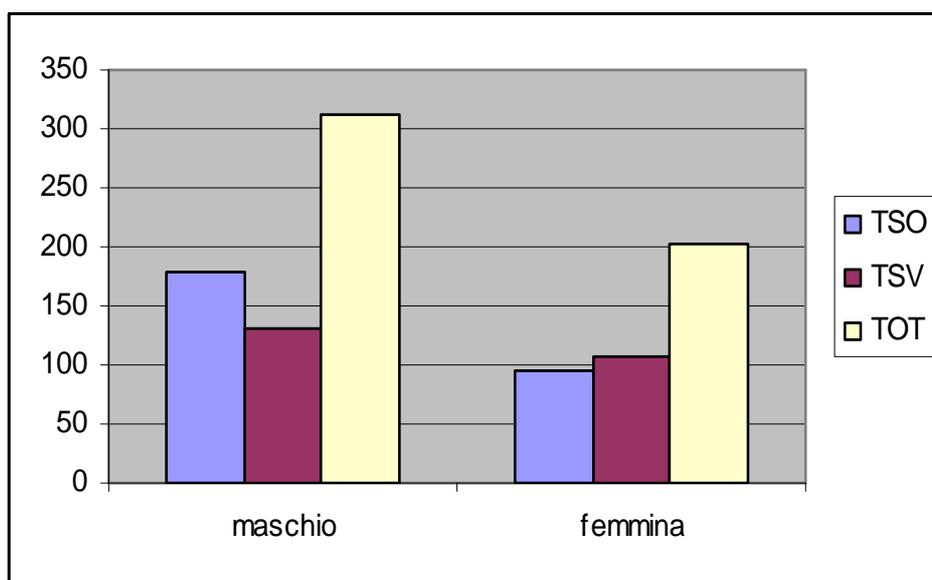


Grafico 8 - Differenze di genere sul numero di ricoveri nella sede di San Gavino

Nella sede di San Gavino il maggior numero di ricoveri è stato effettuato dai pazienti di genere maschile. Si osserva inoltre sia nella tabella 4 che nel grafico 8 un maggior numero di TSO sia nei maschi che nelle femmine; la differenza tuttavia è maggiore nei TSO effettuati sui pazienti di genere maschile.

Tab. 5 - Differenze di genere nei trattamenti sanitari (sede di Sanluri)

Genere	TSO	TSV	TOT
maschio	179	132	311
femmina	95	107	202



Graf. 9 - Differenze di genere sul numero di ricoveri nella sede di Sanluri

Nella sede di Sanluri i maschi effettuano un maggior numero di ricoveri, nello specifico nei pazienti di genere maschile è stato effettuato un maggior numero di TSO mentre, a differenza della sede di San Gavino, le pazienti di genere femminile effettuano un maggior numero di TSV.

Tab. 6 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011.

Anni	TSO	TSV	Tot Ricoveri
1992	27	15	42
1993	35	17	52
1994	34	24	58
1995	39	19	58
1996	37	11	48
1997	45	7	52
1998	62	16	78
1999	27	9	36
2000	21	22	43
2001	26	17	43
2002	31	19	50
2003	40	28	68

Anni	TSO	TSV	Tot Ricoveri
2004	47	26	73
2005	37	24	61
2006	31	35	66
2007	32	55	87
2008	21	63	84
2009	30	36	66
2010	28	53	81
2011	22	32	54

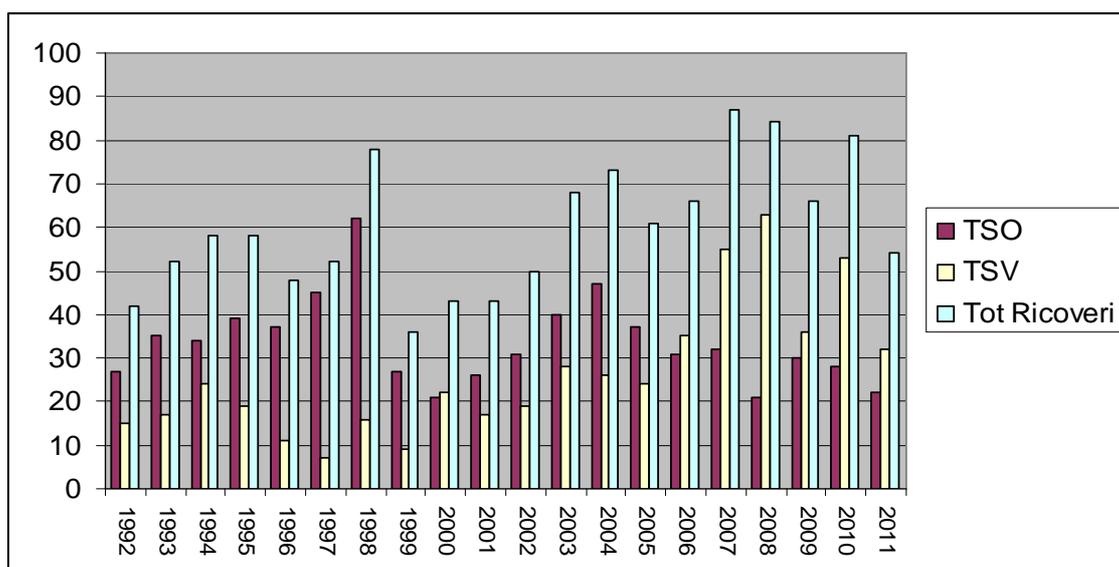


Grafico 10 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011

Osservando il grafico 10 è possibile notare un maggior numero di trattamenti sanitari negli anni 1998, 2003, 2004 per poi raggiungere un picco di 87, 84 e 81 rispettivamente negli anni 2007, 2008 e 2010. Osservando le differenze tra i TSO e i TSV emerge un dato interessante. Infatti, mentre negli dal 1992 al 2005 è maggiore il numero di TSO rispetto al numero di TSV, dal 2006 al 2011 si osserva in maggior numero di TSV rispetto al numero di TSO. Tali dati raggiungono differenze importanti soprattutto negli anni 1996, 1997 e 1998 per quanto riguarda i TSO, e negli anni 2007, 2008 e 2010 per quanto riguarda il maggior numero di TSV.

Tab. 7 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di Sanluri)

Anni	TSO	TSV	Ricoveri
1992	13	2	15
1993	9	8	17
1994	8	3	11
1995	14	10	24
1996	12	2	14
1997	17	1	18
1998	19	10	29
1999	11	6	17
2000	8	8	16

Anni	TSO	TSV	Ricoveri
2001	10	8	18
2002	14	11	25
2003	15	17	32
2004	28	12	40
2005	23	13	36
2006	14	22	36
2007	17	25	42
2008	11	30	41
2009	9	20	29
2010	9	26	35
2011	14	8	22

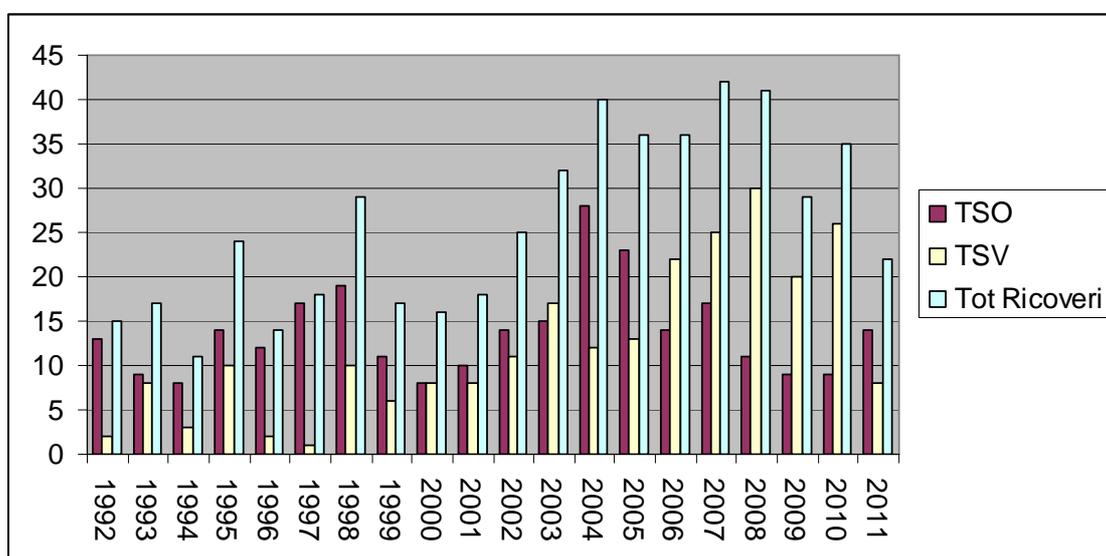


Grafico 11 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di Sanluri)

Nella sede di Sanluri, a differenza di ciò che si è osservato nella distribuzione generale, il maggior numero di trattamenti sanitari viene distribuito negli anni dal 2003 al 2010 con un picco maggiore negli anni 2007 e 2008. La distribuzione dei TSO negli anni è maggiormente alternata rispetto alla distribuzione generale; si può osservare infatti una maggioranza di TSO negli anni dal 1992 al 2005 a parte gli anni 2000 e 2003 in cui i TSV sono in egual numero e leggermente maggiori rispetto ai TSO. Dal 2006 aumenta il numero di TSV rispetto al numero di TSO, raggiungendo differenze abbastanza elevate negli anni 2008, 2009 e 2010. Infine, si osserva una diminuzione generale dei trattamenti sanitari durante il 2011 ma un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV.

Tab. 8 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di San Gavino)

Anni	TSO	TSV	Tot Ricoveri
1992	14	13	27
1993	26	9	35
1994	26	21	47
1995	25	9	34

Anni	TSO	TSV	Tot Ricoveri
1996	25	9	34
1997	28	6	34
1998	43	6	49
1999	16	3	19
2000	13	14	27
2001	16	9	25
2002	17	8	25
2003	25	11	36
2004	19	14	33
2005	14	11	25
2006	17	13	30
2007	15	30	45
2008	10	33	43
2009	21	16	37
2010	19	27	44
2011	8	24	32

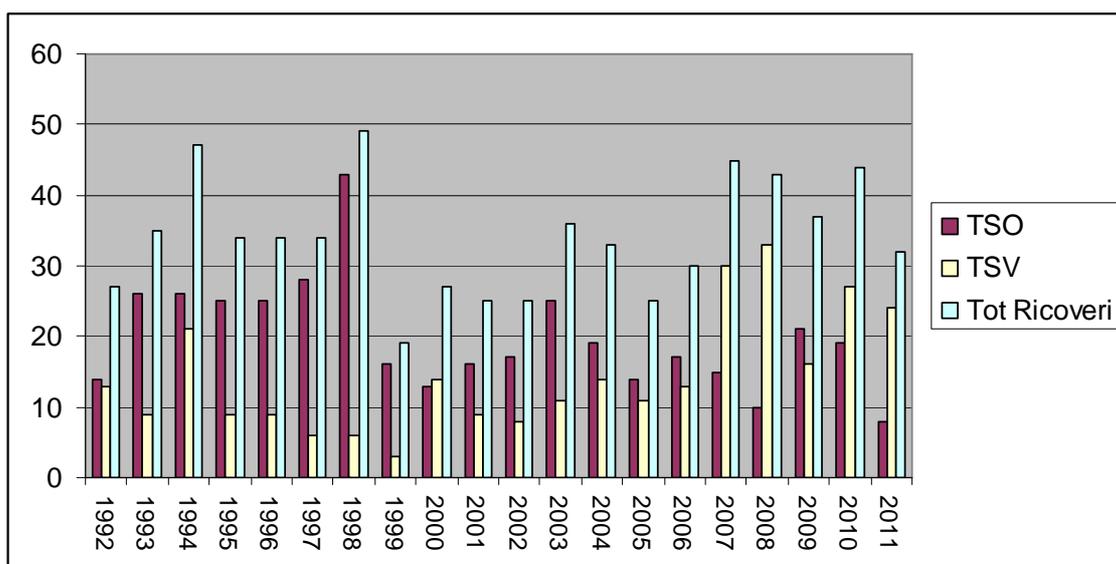


Grafico 12 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di San Gavino).

Nella sede di San Gavino, come si osserva nel grafico 12, la distribuzione dei ricoveri negli anni è alternata. Si nota un picco maggiore nell'anno 1998 con una maggioranza di TSO rispetto ai TSV (43 TSO e 6 TSV). Un elevato numero di ricoveri si può osservare anche negli anni 1994, 2007, 2008, 2010. Come si evince sia dai dati riportati in tabella che dal grafico l'alto numero di ricoveri effettuati negli anni 1994 e 1998 è caratterizzato da una maggioranza di TSO, mentre negli anni 2007, 2008 e 2010 prevalgono i trattamenti sanitari in regime volontario. Un altro dato osservabile è l'andamento negli anni delle differenze tra TSO e TSV, dal 1992 a 2006; infatti, prevalgono i TSO rispetto ai TSV tranne che nell'anno 2000 anche se la differenza è minima; dall'anno 2007 all'anno 2011 prevalgono i TSV, con l'eccezione dell'anno 2009 quando si registra un numero di TSO maggiore rispetto al numero di TSV (5 ricoveri in più).

Tab. 9 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011.

Mesi	TSO	TSV	Ricoveri
gennaio	58	56	114
febbraio	44	32	76
marzo	50	45	95
aprile	67	39	106
maggio	65	47	112
giugno	62	50	112
luglio	72	59	131
agosto	60	49	109
settembre	40	40	80
ottobre	59	40	99
novembre	43	27	70
dicembre	51	41	92

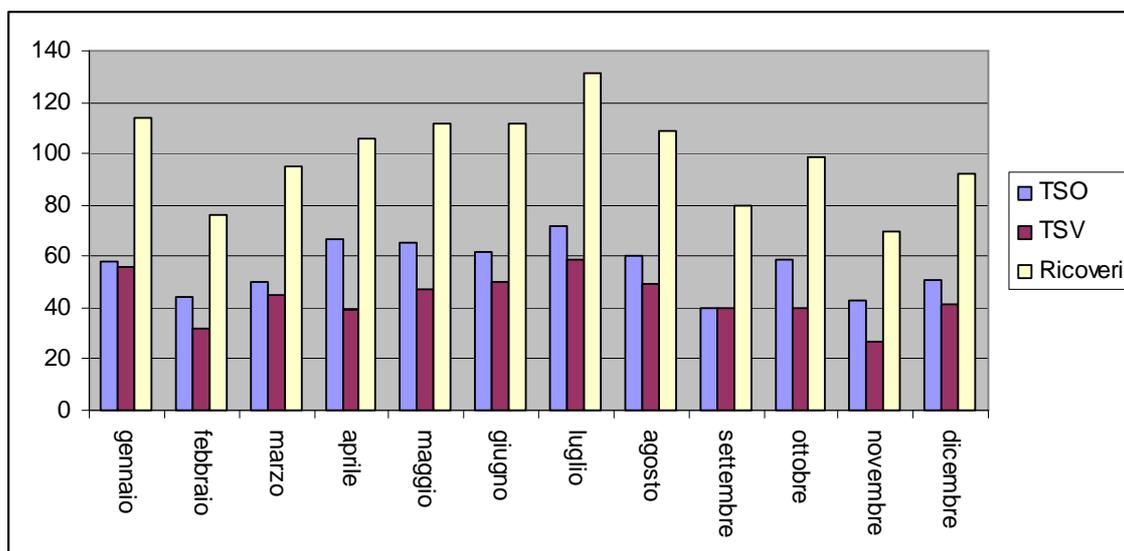


Grafico 13- Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011.

Dal grafico 13 emerge una distribuzione dei trattamenti sanitari nei 12 mesi dell'anno alternata e senza grandi differenze, raggiungendo un picco maggiore nel mese di luglio. La maggioranza di TSO caratterizza tutti i mesi ad eccezione del mese di settembre in cui il numero di TSO e di TSV è uguale (40 ricoveri).

Tab. 10 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati nella sede di Sanluri negli anni 1992-2011.

Mesi	Ricoveri	TSO	TSV
gennaio	51	28	23
febbraio	32	14	18
marzo	46	17	29
aprile	42	28	14
maggio	53	29	24
giugno	43	22	21

Mesi	Ricoveri	TSO	TSV
luglio	51	26	25
agosto	54	29	25
settembre	31	15	16
ottobre	53	28	25
novembre	28	17	11
dicembre	29	21	8

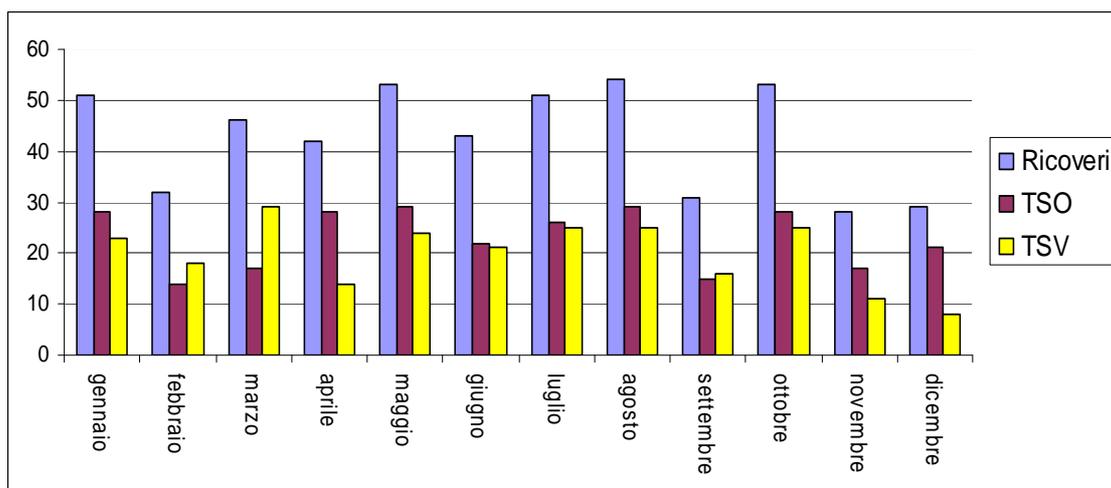


Grafico 14 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei

Il grafico 14 evidenzia un maggior numero di ricoveri nei mesi di gennaio, maggio, luglio, agosto e ottobre, mesi in cui prevale il numero di TSO rispetto al numero di TSV con differenze minime. Nei mesi di febbraio, marzo e settembre prevale il numero di TSV rispetto al numero di TSO. I mesi in cui si registra un minor numero di ricoveri sono febbraio e settembre caratterizzati da un maggior numero di TSV e novembre e dicembre caratterizzati da un maggior numero di TSO.

Tab. 11 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011.

Mesi	Ricoveri	TSO	TSV
gennaio	63	30	33
febbraio	44	30	14
marzo	49	33	16
aprile	64	39	25
maggio	59	36	23
giugno	69	40	29
luglio	80	46	34
agosto	55	31	24
settembre	49	25	24
ottobre	46	31	15
novembre	42	26	16
dicembre	63	30	33

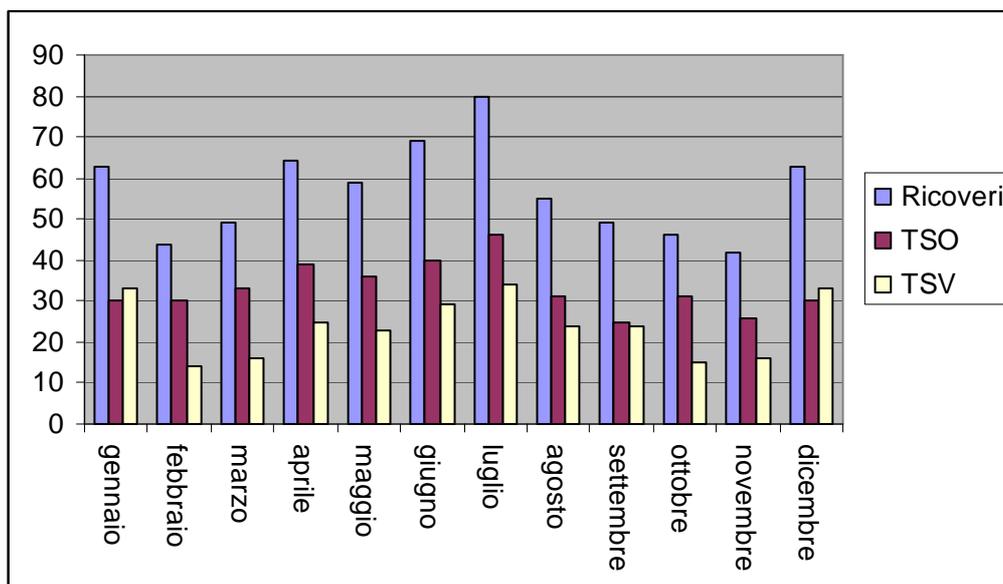


Grafico 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

Nel grafico 15 si osserva una distribuzione oscillante dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno, raggiungendo un picco maggiore nel mese di luglio. In tutti i mesi prevale il numero di TSO ad eccezione dei mesi di gennaio e dicembre.

Tab. 12 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011

DIAGNOSI	TSO	TSV	Tot Ricoveri
schizofrenia	157	111	268
disturbo psicotico NAS	27	37	64
disturbo depressivo	11	26	37
disturbo bipolare	144	102	246
disturbo schizotipico di personalità	5	4	9
disturbo schizoafettivo	53	49	102
disturbo delirante	37	23	60
alcolismo	1	2	3
doppia diagnosi	84	58	142
disturbo personalità di tipo misto	0	5	5
disturbo personalità NAS	10	7	17
ritardo mentale	9	6	15
disturbo secondario a patologia medica	2	1	3
disturbo dissociativo NAS	2	1	3
disturbo schizofreniforme	0	1	1
disturbi d'ansia	0	3	3
disturbo borderline di personalità	3	3	6
demenza senile	1	2	3
psicosi post partum	1	0	1
disturbo ossessivo compulsivo	0	1	1
disturbo paranoico	4	0	4

DIAGNOSI	TSO	TSV	Tot Ricoveri
disturbo dell'adattamento	0	1	1
anoressia	1	0	1
non conosciuta	110	78	188

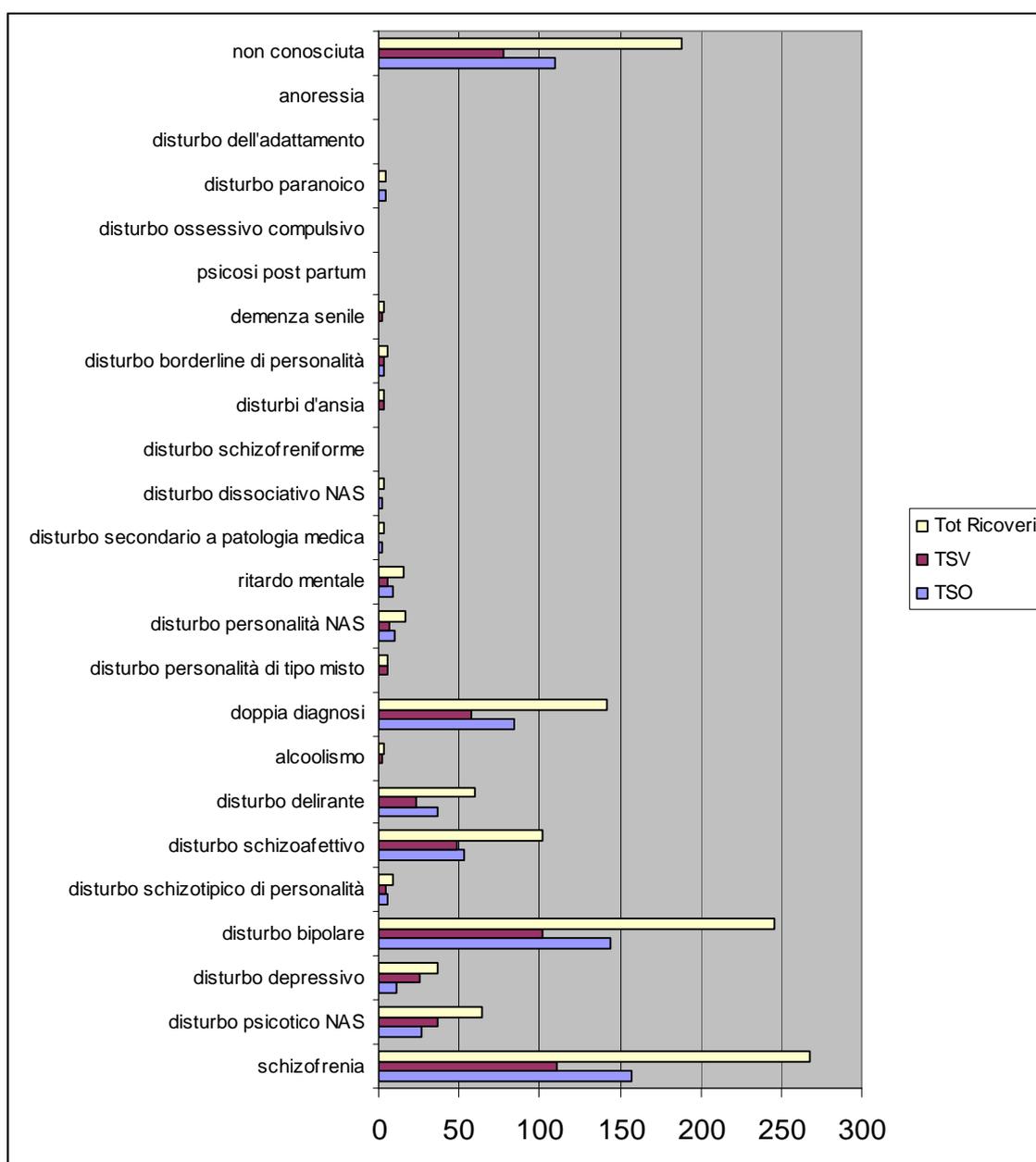


Grafico 16 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011

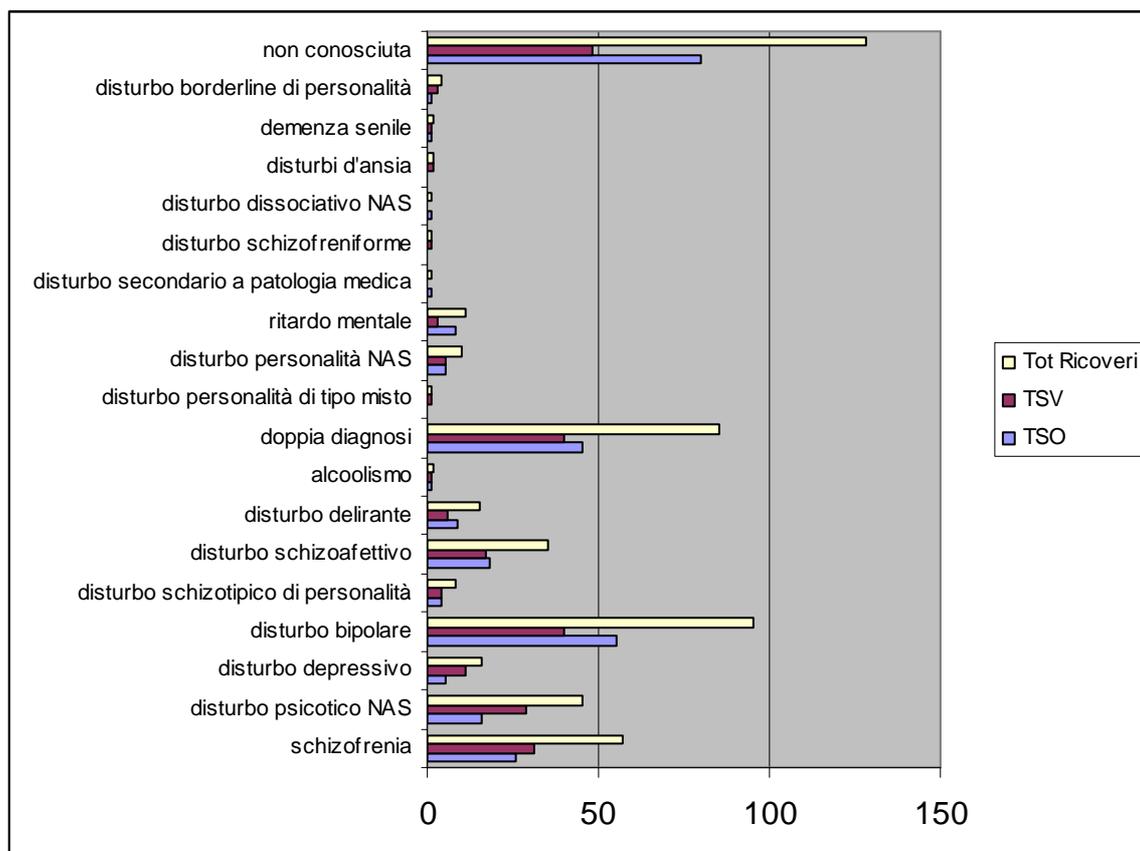
Come si evince dal grafico 16, la diagnosi di schizofrenia raggiunge un picco più alto in relazione ai trattamenti sanitari, con un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV. Registrano un alto numero di ricoveri anche i pazienti con diagnosi di disturbo bipolare e, a seguire, di doppia diagnosi con prevalenza di TSO rispetto al numero di TSV.

Solo nei ricoveri di pazienti con disturbo depressivo e con disturbo psicotico NAS si osserva una prevalenza di TSV. Si nota inoltre un alto numero di trattamenti sanitari effettuati a pazienti con diagnosi sconosciuta.

Tab. 13 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di Sanluri negli anni 1992-2011

DIAGNOSI	TSO	TSV	Tot Ricoveri
schizofrenia	26	31	57
disturbo psicotico NAS	16	29	45
disturbo depressivo	5	11	16
disturbo bipolare	55	40	95
disturbo schizotipico di personalità	4	4	8
disturbo schizoafettivo	18	17	35
disturbo delirante	9	6	15
alcolismo	1	1	2
doppia diagnosi	45	40	85
disturbo personalità di tipo misto	0	1	1
disturbo personalità NAS	5	5	10
ritardo mentale	8	3	11
disturbo secondario a patologia medica	1	0	1
disturbo schizofreniforme	0	1	1
disturbo dissociativo NAS	1	0	1
disturbi d'ansia	0	2	2
demenza senile	1	1	2
disturbo borderline di personalità	1	3	4
non conosciuta	80	48	128

Nella sede di Sanluri vi è un alto numero di trattamenti sanitari effettuati a pazienti con diagnosi non conosciuta. In relazione alle diagnosi prevalenti si osserva una maggioranza di ricoveri effettuati a pazienti con disturbo bipolare e con doppia diagnosi con una prevalenza di TSO rispetto ai TSV. Si registra poi un alto numero di ricoveri effettuati da pazienti con disturbo schizofrenico e con disturbo psicotico NAS, con prevalenza di TSV rispetto al numero di TSO.



Graf. 17 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di Sanluri negli anni 1992-2011

Tab. 14 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

DIAGNOSI	TSO	TSV	Tot Ricoveri
schizofrenia	131	80	211
disturbo psicotico NAS	11	8	19
disturbo depressivo	6	15	21
disturbo bipolare	92	66	158
disturbo schizotipico di personalità	1	0	1
disturbo schizoaffettivo	35	32	67
disturbo delirante	28	17	45
alcolismo	0	1	1
doppia diagnosi	39	18	57
disturbo personalità di tipo misto	0	4	4
disturbo personalità NAS	5	2	7
ritardo mentale	1	3	4
disturbo secondario a patologia medica	1	1	2
disturbo dissociativo NAS	1	1	2
disturbi d'ansia	0	1	1
psicosi post partum	1	0	1
demenza senile	0	1	1
disturbo borderline di personalità	2	0	2

DIAGNOSI	TSO	TSV	Tot Ricoveri
disturbo ossessivo compulsivo	0	1	1
disturbo paranoico	4	0	4
disturbo dell'adattamento	0	1	1
non conosciuta	30	30	60
anoressia	1	0	1

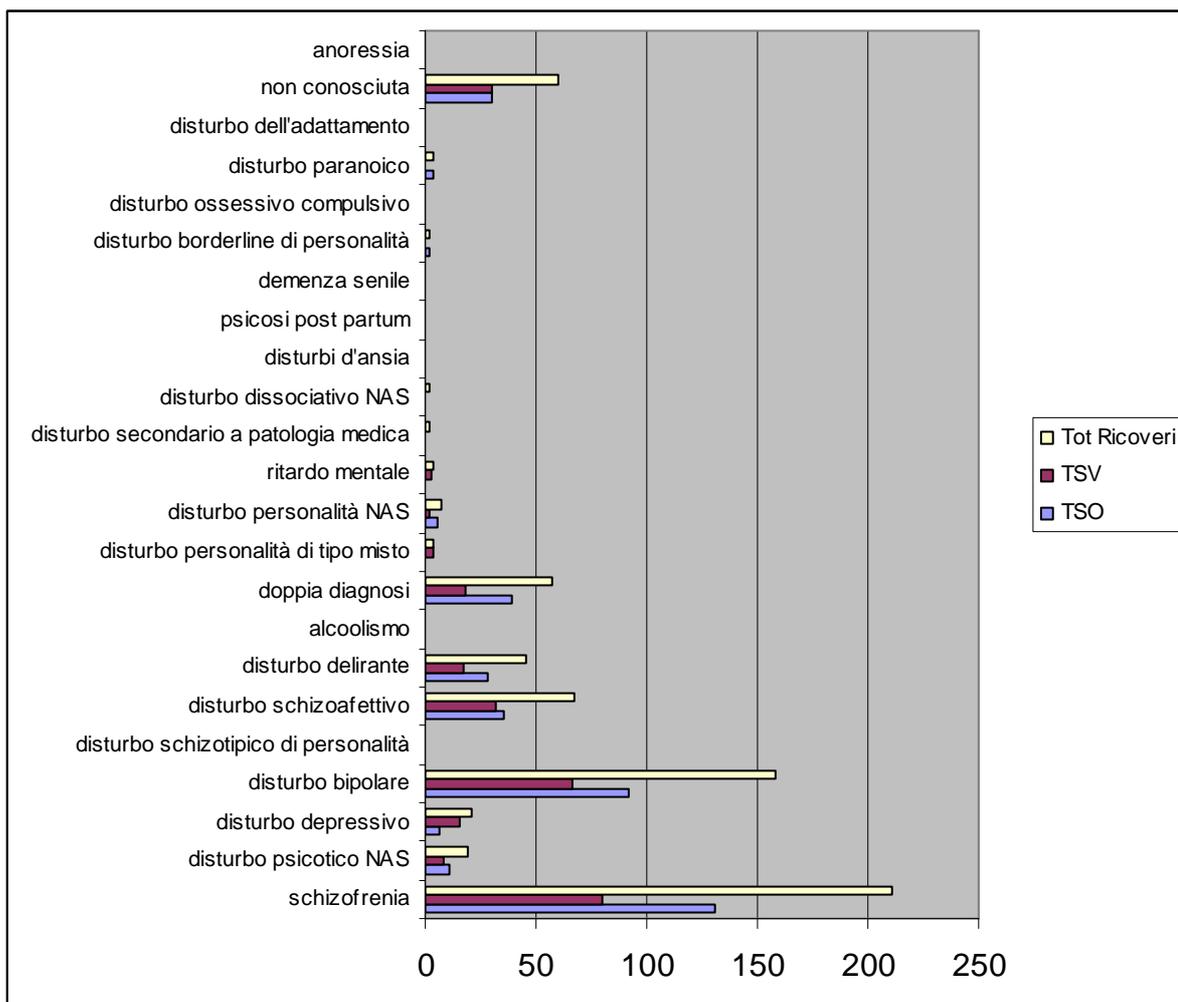


Grafico 18 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

Nella sede di San Gavino prevalgono i trattamenti sanitari effettuati da pazienti con diagnosi di schizofrenia con una prevalenza di TSO. Si osserva inoltre un alto numero di ricoveri effettuati da pazienti con disturbo bipolare con prevalenza di TSO.

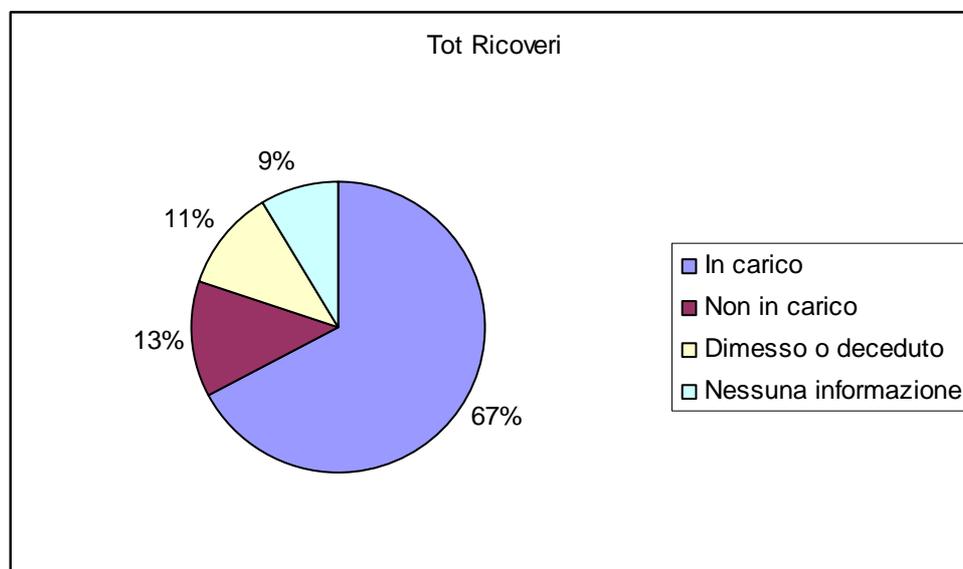
Tab. 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari in relazione alla diagnosi ed al genere nelle due sedi del CSM di Sanluri e San Gavino

DIAGNOSI	maschi	femmine
schizofrenia	181	87
disturbo psicotico NAS	32	32

DIAGNOSI	maschi	femmine
disturbo depressivo	24	13
disturbo bipolare	145	101
disturbo schizoafettivo	40	62
disturbo delirante	36	24
doppia diagnosi	130	13

Tab. 16 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011.

Situazione Attuale	TSO	TSV	Tot Ricoveri
In carico	410	393	803
Non in carico	89	64	153
Dimesso o deceduto	101	34	135
Nessuna informazione	70	34	104



Graf. 19 - Situazione dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011.

Come si può osservare nel grafico 19 la maggior parte dei trattamenti sanitari sono stati effettuati a pazienti che risultano ancora in carico al Centro di Salute Mentale. Il 13% dei ricoveri risulta effettuato a pazienti che non sono stati presi in carico o che non sono più andati al centro, l'11% dei ricoveri risulta effettuato a pazienti deceduti o che sono stati dimessi, il 9% dei ricoveri è stato effettuato a pazienti di cui non si ha nessuna informazione.

Tab. 17 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di San Gavino

Situazione Attuale	TSO	TSV	Tot Ricoveri
In carico	254	219	473
Non in carico	64	33	97
Dimesso o deceduto	69	25	94
Nessuna informazione	9	9	18

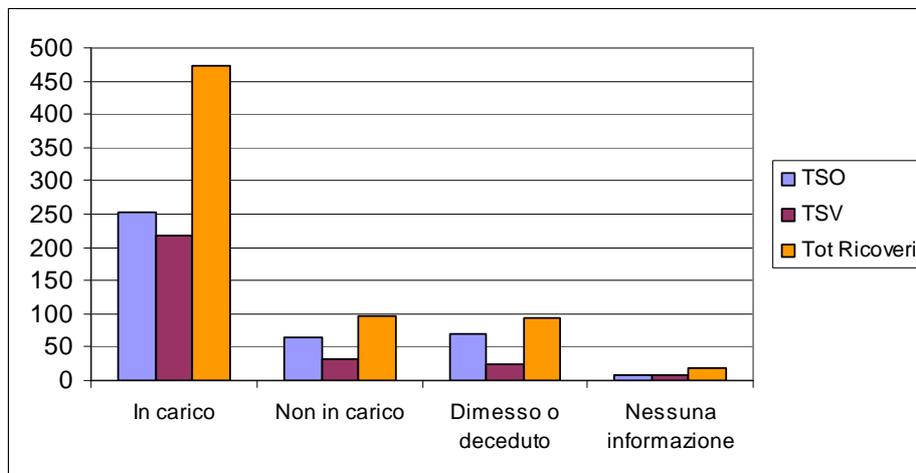


Grafico 20- Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di San Gavino

Nella sede di San Gavino la maggior parte dei trattamenti sanitari è stato effettuato a pazienti che sono ancora in carico al CSM; di questi la maggior parte ha effettuato un ricovero in regime obbligatorio ma la differenza rispetto ai ricoveri volontari è minima. Il numero di ricoveri effettuato a pazienti di cui non si hanno informazioni in relazione ai dati del CSM sopra riportati risulta molto basso.

Tab. 18 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di Sanluri

Situazione Attuale	TSO	TSV	Tot Ricoveri
In carico	156	174	330
Non in carico	25	31	56
Dimesso o deceduto	32	9	41
Nessuna informazione	61	25	86

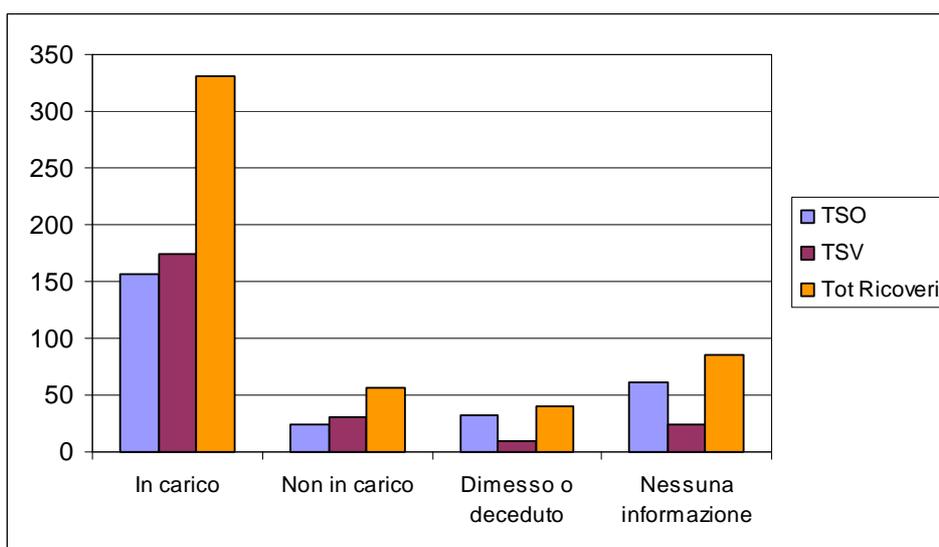


Grafico 21 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di Sanluri

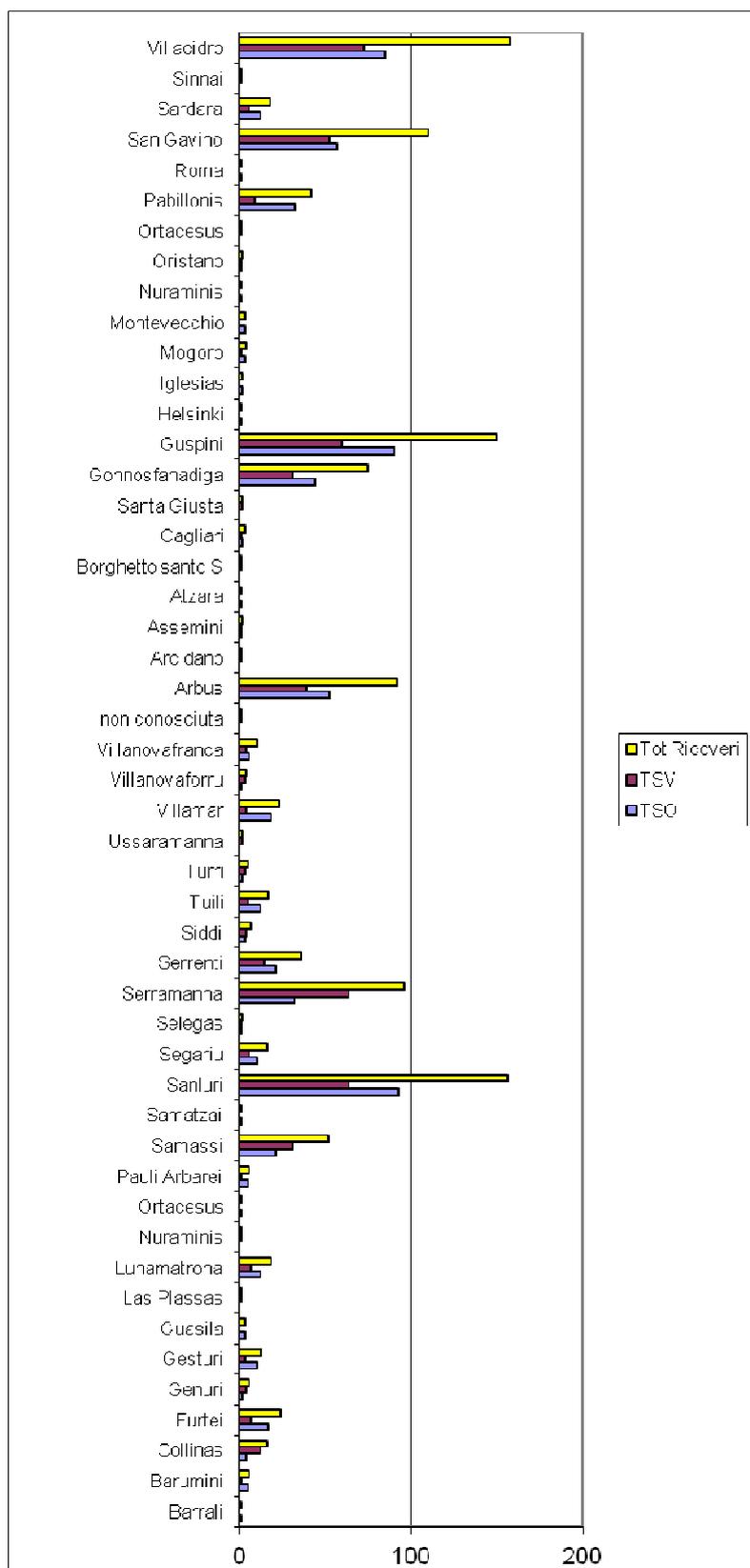


Grafico 22 - Distribuzione ricoveri in relazione ai paesi di residenza

Nella sede di Sanluri la maggior parte dei ricoveri sono stati effettuati a pazienti attualmente in carico al centro; di questi la maggior parte sono stati effettuati in regime volontario. In relazione ai dati sopra riportati, riguardanti il Centro, appare abbastanza alto il numero di ricoveri effettuato a pazienti di cui non si ha nessuna informazione.

Come emerge dal grafico 22, la maggior parte dei ricoveri sono stati effettuati a pazienti residenti nei paesi di Villacidro e Sanluri. Appare più alto in relazione ai dati degli altri paesi il numero di ricoveri effettuato nei paesi di Guspini, San Gavino, Arbus e Serramanna.

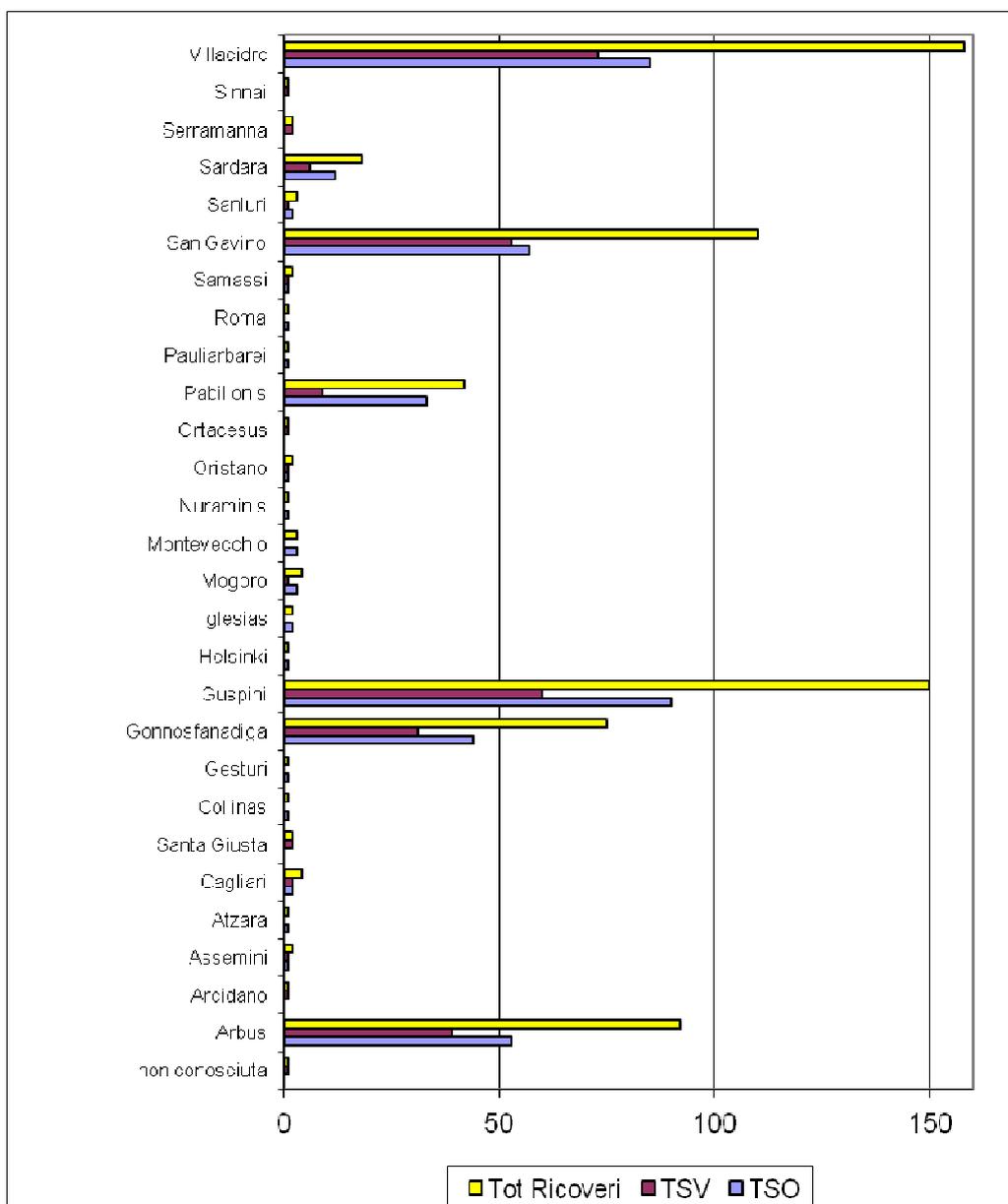


Grafico 23 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di San Gavino

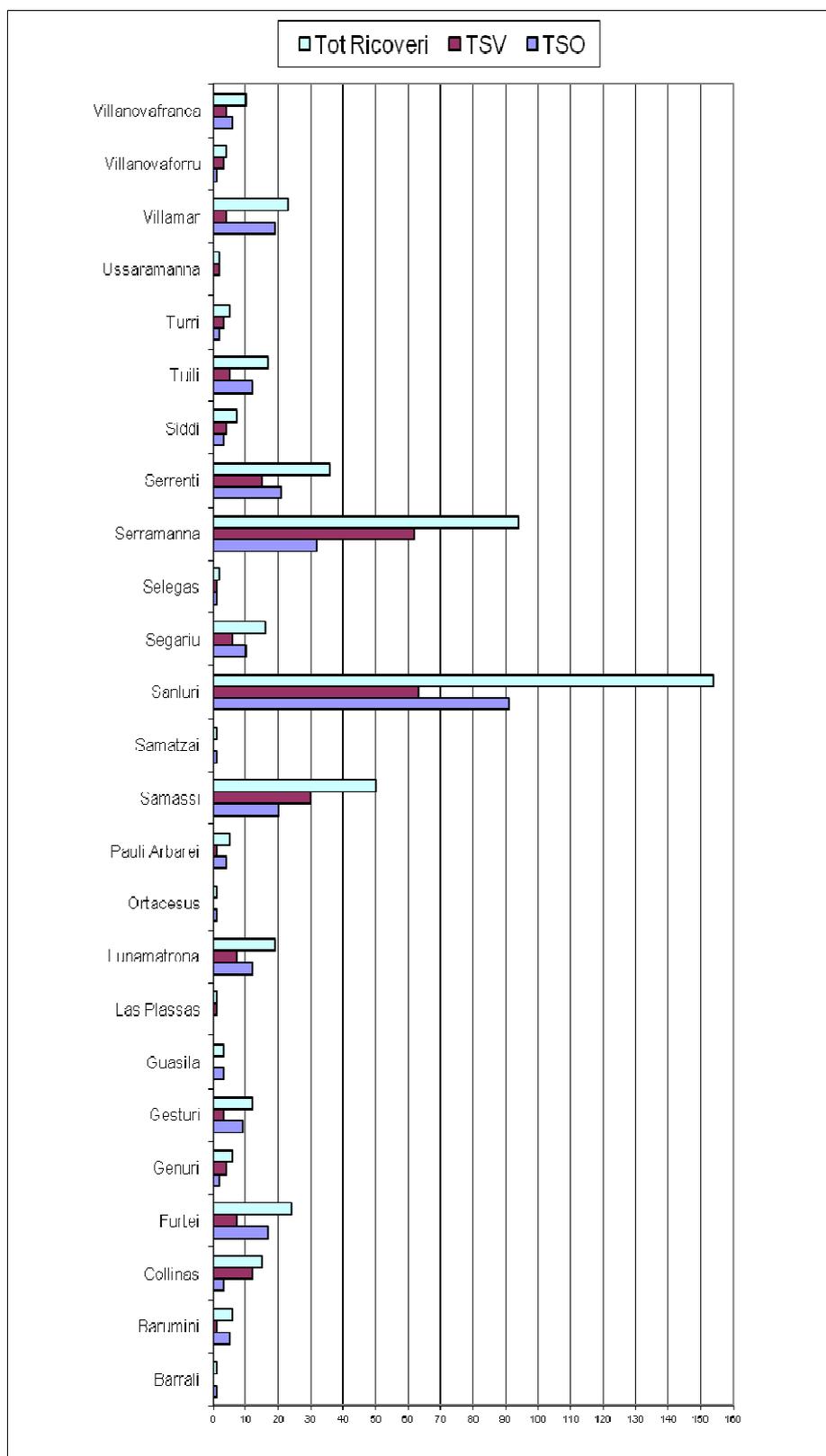


Grafico 24 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di Sanluri.

Nel grafico 23, relativo ai paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un trattamento sanitario, si osserva che la maggior parte dei ricoveri sono stati effettuati a pazienti residenti a Villacidro, il secondo paese è Guspini, seguito da San Gavino, Arbus e Gonnosfanadiga. Questi ricoveri, in maggioranza, sono stati effettuati in regime di TSO.

In generale, è possibile osservare la prevalenza di TSO rispetto al numero di TSV in tutti i paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un trattamento sanitario. Come riporta il grafico 23, nella sede di San Gavino, sono stati effettuati numerosi ricoveri da pazienti che non sono residenti non solo nei paesi appartenenti al territorio della sede di San Gavino ma anche della ASL 6 di Sanluri. Tale dato potrebbe essere spiegato dal fatto che il Pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino si trova proprio a San Gavino e la maggior parte dei ricoveri effettuati ai pazienti extra territoriali ed extra ASL sono stati effettuati in contesto di urgenza.

Nella sede di Sanluri il maggior numero di ricoveri è stato effettuato dai pazienti residenti a Sanluri, con un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV. Nel paese di Serramanna si osserva un alto numero di ricoveri con prevalenza di TSV rispetto al numero di TSO.

Nel paese di Samassi si osserva un più alto numero di TSV mentre nei ricoveri effettuati a Serrenti vi è prevalenza di TSO.

In generale, osservando il grafico 24 si osserva una prevalenza di TSO in tutti i paesi, fatta eccezione per alcuni comuni, come Collinas, in cui vi è prevalenza di TSV.

4. Considerazioni conclusive

Dall'analisi dei dati riportati emerge che negli anni dal 1992 al 2011 in entrambe le sedi del CSM della ASL 6 sono stati effettuati un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV.

Tale fenomeno si discosta dai dati sopra riportati in cui diversi studi della letteratura dimostrano come il ricorso al TSO sia poco frequente¹⁷.

Una comparazione rispetto ad altri studi è comunque da fare con cautela in quanto il fenomeno dei TSO è spesso studiato nei Servizi di Diagnosi e Cura piuttosto che nei CSM.

È comunque importante sottolineare come l'assenza di un sistema centralizzato su base prima regionale e poi nazionale di registrazione dei dati correnti di attività dei Servizi di Salute Mentale, rappresenti in questo caso un limite delle ricerche relative a questo fenomeno e quindi anche per il nostro studio.

L'analisi di genere riporta valori più elevati per il sesso maschile sia sul totale dei ricoveri che sui trattamenti obbligatori. Per quanto riguarda il genere femminile si osserva una minima differenza con maggioranza di TSO nella sede di San Gavino e una minima differenza, con maggioranza di TSV, nella sede di Sanluri.

Le indagini ISTAT¹⁸ dal 1999 al 2006 dimostrano che le donne sono ricoverate più frequentemente degli uomini se residenti nelle regioni settentrionali (con l'eccezione del Piemonte e della Valle d'Aosta), in Toscana e Umbria. Viceversa per i residenti nelle aree meridionali del paese e nelle regioni centrali, quali Marche e Lazio, i tassi

¹⁷ Oltre che nello studio preso in esame, si discosta dagli studi della letteratura anche il caso dei ricoveri obbligatori dell'ospedale di Cosenza: MARIA FRANCESCA PANTUSA ET AL., *I Trattamenti Sanitari Obbligatori nel Servizio di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Cosenza: 25 anni di osservazione (1978-2003)*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 16, n. 4, 2007, pp. 363-368.

¹⁸ Dal sito ISTAT si vedano i dati sull'Ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici con riferimento agli anni 1999-2002, 2002-2004, 2006, 2008 e 2010.

maschili sono più elevati di quelli femminili. Il dato si conferma anche per l'anno 2008, dove sono comunque presenti valori significativamente più elevati di TSO per il genere maschile.

Negli anni 2010 e 2011¹⁹ in Sardegna non vi sono grandi differenze rispetto al numero di ricoveri tra maschi e femmine, anche se il numero di ricoveri effettuato dai maschi continua ad essere leggermente più alto.

I dati relativi alla prevalenza di ricoveri nelle due sedi riportano una maggioranza di ricoveri (e tra questi di TSO) nella sede di San Gavino. Tale dato potrebbe essere spiegato dal fatto che tale sede copre un bacino d'utenza più ampio e si trova più vicino al Pronto Soccorso.

Come descritto sopra l'andamento dei ricoveri durante gli anni è altalenante e apparentemente non significativo. In base ai dati forniti dall'ISTAT²⁰ sull'ospedalizzazione di pazienti per disturbi psichici, il numero di TSO aumenta da 10.722 casi nel 1999, a 12.317 nel 2000, 17.440 nel 2001, per poi riscendere a 10.847 nel 2002. I trattamenti sanitari obbligatori mostrano un trend in leggera crescita. Inoltre, nel periodo 2005-2008, la percentuale delle dimissioni di pazienti sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori sul totale delle dimissioni dei pazienti affetti da disturbi psichici è passata dal 4,16% del 2005 al 4,55% del 2008.

Più simili appaiono i dati relativi alla Sardegna²¹ dai quali si evidenzia un aumento di TSO negli anni 2009 e 2010 e una diminuzione nell'anno 2011.

Per stabilire una eventuale relazione tra il numero di ricoveri e il susseguirsi degli anni si potrebbe verificare se e in quale periodo ci sono state variazioni nel numero del personale, nell'articolarsi delle attività e dell'organizzazione del servizio.

Per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri durante i mesi dell'anno nelle due sedi, risultano maggiori i ricoveri durante i mesi più caldi e nel mese di gennaio. In letteratura c'è accordo nel riportare una maggiore incidenza di ricoveri nei mesi estivi intorno all'8-10% e un picco negativo in gennaio²². Il picco di ricoveri nei mesi estivi per la schizofrenia che coincide con quello per l'eccitamento maniacale potrebbe essere secondario ad un aumento di aggressività nei pazienti psichiatrici durante i mesi caldi. Il calore infatti potrebbe essere relazionato all'aumento di comportamenti aggressivi.

L'analisi dei ricoveri rispetto alle diagnosi psichiatriche riporta un più alto numero di ricoveri per disturbo schizofrenico seguito dal disturbo bipolare. I dati riportano inoltre una differenza nella prevalenza delle diagnosi tra le due sedi. Nella sede di Sanluri infatti è più alto il numero di ricoveri con diagnosi di disturbo bipolare seguito da un alto numero di ricoveri per pazienti con doppia diagnosi e da un numero inferiore di ricoveri con diagnosi di schizofrenia. Nella sede di San Gavino invece è più alto il numero di ricoveri con diagnosi di schizofrenia seguito dalla diagnosi di disturbo bipolare e un numero inferiore con doppia diagnosi.

In generale, nelle diverse ricerche emerge che il disturbo schizofrenico sia la causa principale di ricovero ospedaliero.

¹⁹ Cfr. i dati ISTAT sull'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici per gli anni 2010 e 2011, consultabili sul sito www.istat.it

²⁰ Dal sito ISTAT si vedano i dati sull'Ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici con riferimento agli anni 1999-2002, 2002-2004, 2004-2006, 2007-2008, consultabili sul sito www.istat.it

²¹ REGIONE AUTONOMA SARDEGNA, ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE, *Linee di indirizzo per la tutela della salute mentale in Sardegna, Anni 2012-2014*, cit.

²² PAOLO CASTROGIOVANNI, FULVIO PIERACCINI, SONIA IAPICHINO (a cura di), *Stagionalità in psichiatria*, SEE, Firenze 1999.

In conformità con altri studi, la distribuzione delle diagnosi in relazione al genere evidenzia che i maschi hanno una maggior percentuale di diagnosi di schizofrenia, seguita dal disturbo bipolare, mentre il genere femminile mostra un maggior numero di ricoveri con diagnosi di disturbo bipolare seguito dal disturbo schizofrenico²³.

Secondo i dati Istat la diagnosi che per gli uomini affetti da disturbi psichici è maggiormente motivo di ricovero è la schizofrenia e disturbi correlati. Seguono per frequenza i disturbi affettivi e il gruppo “ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità”. Nelle donne i disturbi affettivi rappresentano il primo aggregato di diagnosi.

Emerge inoltre una grande differenza nella distribuzione dei ricoveri con doppia diagnosi in relazione al genere. La condizione d’abuso, in accordo con i dati di altre ricerche, è più frequente nel sesso maschile.

È importante sottolineare che i dati di prevalenza relativi ai raggruppamenti diagnostici e alle condizioni di comorbidità sono da interpretare con molta cautela, perché potrebbero essere penalizzati da inquadramenti diagnostici estremamente generici (crisi psicotica, agitazione psicomotoria).

Appare inoltre molto alto il numero di ricoveri con diagnosi sconosciuta, a causa probabilmente di TSO effettuati a persone sconosciute con scompenso transitorio o poco certo o ad una mancanza di trascrizione del dato sugli appositi registri.

Per quanto riguarda la distribuzione di ricoveri in relazione ai paesi di residenza è importante sottolineare che la prevalenza di ricoveri in determinati paesi equivale a un maggior numero di abitanti negli stessi. Inoltre un paziente dello stesso paese può aver effettuato più ricoveri, in quanto il dato considerato è relativo al numero di trattamenti sanitari.

Emerge un’elevata presenza di ricoveri effettuati da pazienti residenti in paesi fuori dal territorio della ASL 6 e fuori dalla Sardegna nella sede di San Gavino, dato che, come precedentemente affermato, potrebbe trovare spiegazione nella vicinanza di questa sede al Pronto Soccorso dell’Ospedale del territorio.

L’analisi dei dati relativi alla situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato il ricovero è stata particolarmente difficile a causa dell’assenza di un’archiviazione informatica uniforme nelle due sedi e delle informazioni relative ai pazienti che hanno effettuato i ricoveri, ma che non sono in carico al CSM. Si è dovuto ricorrere quindi ad archivi cartacei in cui non sono presenti molte informazioni e alle testimonianze degli infermieri che hanno effettuato i ricoveri.

Tra i limiti di questo studio vi è infatti il fatto che, trattandosi di una ricerca descrittiva, condotta attraverso un’analisi retrospettiva dei registri dei ricoveri e, in minor misura, delle cartelle cliniche, potrebbe essere avara di notizie epidemiologicamente rilevanti.

Inoltre, l’assenza di un’archiviazione informatica specifica per i dati sui ricoveri ospedalieri ha impedito la valutazione di altri aspetti (età, durata di degenza ospedaliera, livello socio culturale), che avrebbero consentito di ampliare lo studio e di precisare altri aspetti dell’indagine. Per i motivi descritti non è stato possibile effettuare analisi statistiche che potessero dimostrare relazioni di causa ed effetto.

Nonostante i limiti, descritti i dati che emergono da questo studio rappresentano una fonte di conoscenza e di riflessione sulle diverse caratteristiche dei trattamenti sanitari effettuati al CSM di Sanluri negli ultimi venti anni.

²³ Cfr. i dati ISTAT sull’Ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici con riferimento agli anni 2007-2008, consultabili sul sito www.istat.it

Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri¹

Alessandro CONI

ASL di Sanluri

Costanzo FRAU

Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale (Cagliari)

Self-Mirroring Therapy Institute (Genova)

Abstract

Patients with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) are characterized by intense emotions, unstable interpersonal relationships and self-destructive acting out. It is mainly the latter that makes their treatment complicated. These individuals are hospitalized with a very high frequency, particularly when the therapy which they follow is not structured to reduce their acting out. When evidence-based psychotherapeutic models are not followed in the treatment of Borderline Personality Disorder patients get into the vicious cycle of admissions, resulting in a negative prognosis and also representing a huge cost for the public health system.

Keywords

Borderline Personality Disorder, hospital admissions, Sanluri's Mental Health Center

Riassunto

I pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) sono caratterizzati da intense emozioni, relazioni interpersonali instabili e agiti autolesivi. Sono soprattutto questi ultimi che rendono la loro terapia complicata. Questi soggetti vengono ricoverati con una frequenza molto alta, in particolar modo quando la terapia che seguono non è strutturata in modo da avere come primo obiettivo proprio una loro riduzione. Non seguire i modelli psicoterapici evidence-based nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità fa sì che questi pazienti entrino nel circolo vizioso dei ricoveri, rendendo infausta la loro prognosi e rappresentando un costo altissimo per la salute pubblica.

Parole chiave

Disturbo Borderline di Personalità, ricoveri ospedalieri, Centro Salute Mentale di Sanluri

1. Introduzione

La diagnosi di disturbo borderline ha rappresentato originariamente l'oggetto di discussione tra discipline molto lontane tra loro nel trattamento: la psicoterapia e la psichiatria. Collocandosi in una terra di confine tra le nevrosi e le psicosi e non rispondendo bene né alle psicoterapie né agli psicofarmaci, questo disturbo ha costretto gli specialisti a spingersi oltre i confini della propria disciplina e a confrontare il proprio modello teorico di riferimento.

Nella nosografia psichiatrica di un secolo fa si poneva attenzione prevalentemente alle due tipologie di psicosi: la schizofrenia, al tempo definita "dementia praecox", e la psicosi maniaco-depressiva. Con la diffusione della pratica ambulatoriale si prestò maggiore attenzione alle forme di comportamento anormale che si potevano collocare a metà strada tra la normalità e la follia: è proprio in questo periodo che nasce il concetto di *borderline*². Gli psichiatri iniziarono ad utilizzare sempre più

¹ Il paragrafo 1 è di Alessandro Coni, mentre i paragrafi 2, 3, 4 e 5 sono di Costanzo Frau.

² PAOLO MIGONE, *Evoluzione storica del concetto di "borderline"*, estratto da «Il Ruolo Terapeutico», 55, 1990, pp. 30-34.

questo termine per descrivere degli aspetti patologici che si differenziavano dalle psicosi classiche o che assumevano una forma più attenuata. Tra il gruppo di ricercatori che contribuì in modo importante alla diffusione del termine *borderline* ci furono Stern³, Knight e Grinker. Knight⁴ fu il primo a concepirlo come un'entità nosografica abbastanza autonoma. Verso la fine degli anni sessanta grazie alle ricerche di Grinker⁵ e altri, i quali definirono dei criteri diagnostici basati su comportamenti osservabili, il disturbo *borderline* di personalità raggiunse un'identità propria.

Negli anni settanta l'interesse per questo disturbo ruota intorno a due posizioni. Da una parte Kernberg definisce l'*organizzazione borderline di personalità* come una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile nel tempo, non definita come un preciso quadro sintomatologico. Dall'altra John Gunderson⁶, riprendendo il lavoro di Grinker, definì gli aspetti fenomenologico-descrittivi che influirono sulle ricerche successive e divennero la base per la diagnosi descritta dal DSM-III. Il sistema di Gunderson rispetto a quello di Kernberg era soggetto a meno inferenze, più attendibile e utilizzabile anche da operatori privi di training psicoanalitico. Nel lavoro di ricerca per la stesura del DSM-III⁷ Spitzer e la sua Task Force lavorarono per una diagnosi di disturbo *borderline* che fosse valida, attendibile e utilizzabile dai diversi professionisti. Essa fu inserita nell'asse II all'interno dei disturbi di personalità. Per non rompere con la tradizione storica che concepiva il *borderline* come vicino alla schizofrenia, gli autori definirono dei criteri diagnostici che comprendevano sia le caratteristiche "schizotipiche", sia quelle indicate da Gunderson e Kernberg. Da questi criteri Spitzer isolò due diverse diagnosi: il *borderline schizotipico* e il *borderline instabile*. La prima perse la connotazione di "borderline" e divenne nel DSM-III il Disturbo Schizotipico di Personalità mentre la seconda divenne semplicemente la "personalità *borderline*"⁸. I suoi otto criteri diagnostici, derivati dagli studi di Gunderson e Kernberg, rimasero invariati nell'edizione del DSM-III-R. Per poter diagnosticare questo disturbo di personalità dovevano essere soddisfatti almeno cinque degli otto criteri definiti dal manuale. Nella versione del DSM-IV i criteri diagnostici passarono da otto a nove. Fu introdotto il nono criterio riguardante l'ideazione paranoide e i sintomi dissociativi legati allo stress⁹.

2. I criteri diagnostici del Disturbo Borderline di Personalità

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Borderline di Personalità sono una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti¹⁰.

³ A. STERN, *Psychoanalytic investigations and therapy in the borderline group of neuroses*, in «*Psychoanal.*», Q, 7, 1938, pp. 467-489.

⁴ Cfr. R.P. KNIGHT, *Borderline states*, in «*Clinician and Therapist*», Selected Papers of Robert P. Knight, Basic Books, New York 1972, pp. 208-223.

⁵ R.R. GRINKER, B. WERBLE, R.C. DYRE, *The Borderline Syndrome*, Basic Books, New York 1968.

⁶ G. GUNDERSON, J.T. SINGER, *Defining borderline patients*, in «*Am J Psychiatry*», 132, 1975, pp. 1-10.

⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1980.

⁸ MIGONE, *Evoluzione storica del concetto di "borderline"*, cit., pp. 30-34.

⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1994.

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text-revision (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington (DC) 2000.

I nove criteri diagnostici rappresentano il risultato del lavoro di diversi filoni di studio che si sono interessati a questa patologia. Il criterio 1 “sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono” deriva da una tradizione psicodinamica vicino alla psicologia del Sé. L’esponente attuale di questa tradizione è John Gunderson, psichiatra che ha contribuito alla definizione delle linee guida dell’American Psychiatric Association (APA) per questo disturbo. Il criterio 2 “un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione”, il criterio 3 “alterazione dell’identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili” sono il risultato degli studi di Otto Kernberg. Questo autore ci dice che il meccanismo fondamentale di difesa del border è lo “splitting”, per cui questi pazienti oscillerebbero tra rappresentazioni idealizzate e negative di sé senza la capacità di integrarle¹¹. Il criterio 4 “impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate” è influenzato dagli studi della psichiatria biologica, la quale considera il borderline un disturbo da discontrollo degli impulsi. “Le ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamenti automutilanti” (criterio 5) è collegato al precedente e dipende dal deficit a livello dell’impulsività.

Il criterio 6 “instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell’umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni), il criterio 7 “sentimenti cronici di vuoto” (il quale potrebbe essere considerato un sintomo riguardante l’identità) e il criterio 8 “rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici) rientrano nel quadro dell’affettività. Infine il criterio 9 “ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress” si rifà alla tradizione di studio sul trauma e la dissociazione. Tra i diversi studi epidemiologici, alcuni hanno dimostrato come dal 70 al 90% dei pazienti con disturbo borderline di personalità provenga da storie infantili di abuso sessuale e maltrattamento¹².

È evidente come questo disturbo di personalità presenti al suo interno un insieme di sintomi eterogenei. Possiamo ritrovarci il disturbo dell’umore, il disturbo da discontrollo degli impulsi, il disturbo dell’identità e delle relazioni e quello del pensiero e della coscienza. Il quadro clinico risulta instabile. Ci si può trovare di fronte a due pazienti con disturbo borderline, i quali condividono solo un criterio dei cinque necessari per poter fare questa diagnosi.

La letteratura scientifica mostra come i sintomi più rappresentati in questa popolazione clinica sono quelli correlati all’identità e alle relazioni interpersonali, seguono quelli riguardanti l’affettività; infine verrebbero i sintomi collegati all’impulsività¹³.

Se si prende in considerazione la popolazione di pazienti ricoverati i sintomi più frequenti sono invece i comportamenti e i gesti suicidari, l’ideazione paranoide e i

¹¹ OTTO FRIEDMANN KERNBERG, JOHN F. CLARKIN, *The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy*, in «Journal of Clinical Psychology», 62, Issue 4, 2006, pp. 481-501.

¹² K.L. LEWIS, B.F. GREYER, *Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy*, in «Harvard Review of Psychiatry», 17, 2009, pp. 322-328.

¹³ ANDREA FOSSATI, CESARE MAFFEI, *Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria*, in «Compr. Psychiatry», 40 (1), 1999 Jan-Feb, pp. 72-79; M. JOHANSEN, *An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct*, in «Acta Psychiatr Scand.», 109 (4), 2004 Apr., pp. 289-298.

sintomi dissociativi. Seguono il disturbo dell'identità e delle relazioni e tutti gli altri sintomi¹⁴.

Clarkins riprende la suddivisione dei criteri diagnostici delle diverse ricerche inserendoli in 3 clusters in funzione dell'utilità clinica:

- a. cluster dell'identità (disturbo dell'identità, instabilità nelle relazioni interpersonali, sentimenti di vuoto o noia);
- b. cluster affettivo (instabilità affettiva, rabbia intensa e immotivata);
- c. cluster impulsivo (impulsività in aree pericolose, comportamenti suicidari, comportamenti autolesivi).

In base a questa suddivisione si procede ad una strutturazione differente nell'intervento clinico. Le linee guida dell'American Psychiatric Association (APA) stabiliscono che di fronte ad una maggiore gravità, conseguente alla presenza dei sintomi di tutti e tre i cluster, si proceda con un'alta strutturazione del trattamento. Questa prevede la combinazione di diversi interventi: psicoterapia individuale, terapia farmacologica, trattamento di gruppo ed eventuale *case management*.

I trattamenti evidence-based per il trattamento del disturbo borderline di personalità sono 4: la psicoterapia dialettico-comportamentale (DBT) di Marsha Linehan, la psicoterapia basata sulla mentalizzazione di Bateman e Fonagy, la terapia focalizzata sul transfert (TFP) di Clarking e Kernberg e la schema-focused therapy (SFT) di Jeffrey Young.

3. Il disturbo borderline e i comportamenti parasuicidari

Ciò che maggiormente riceve attenzione nel DBP sono i comportamenti autolesivi e il potenziale suicidario. Mentre l'8-10% dei soggetti borderline compiono un suicidio, l'ideazione suicidaria (pensieri o fantasie rispetto al suicidio) ha una frequenza molto più alta in questa popolazione clinica.

Possiamo distinguere il tentativo di suicidio reale dal tentativo di suicidio dimostrativo. Il primo, caratteristico dei pazienti con depressione, è secondario al tono dell'umore. Il paziente desidera morire, pianifica e tenta di farlo. Il suo obiettivo è quello di porre termine alla propria vita, annullare il proprio io, con la sua individualità e i propri affetti. L'idea suicidaria ha una piena nozione della morte, di un obiettivo finale da raggiungere per porre fine alla proprio io. Diverso è il secondo caso, più caratteristico del paziente con disturbo borderline di personalità. Siamo di fronte ad un senso d'identità debole, frammentata, in cui la nozione fondamentale di io non è ben salda. Questo fa sì che essi siano tutti comportamenti parasuicidari, privi della piena consapevolezza di voler morire.

Da una parte si osservano gli atti parasuicidari che potremmo definire "terapeutici", in cui il paziente cerca in tutti i modi di porre fine ad uno stato doloroso, una sensazione diventata insopportabile. Dall'altra si possono riscontrare tentativi di suicidio che avvengono in uno stato alterato di coscienza, durante il quale il paziente sembra aver perso il contatto con la realtà. A mio parere sia gli atti parasuicidari terapeutici che quelli agiti in evidente stato dissociato, andrebbero ricondotti alla fenomenologia dissociativa. Nel primo caso il paziente riuscirebbe ad uscire dallo stato di vuoto, nel secondo caso la sensazione sarebbe ingestibile e lo condurrebbe al tentativo di suicidio.

¹⁴ C.M. GRILLO, D.F. BECKER, *Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders*, in «J Consult Clin Psychol.», 72 (1), 2004 Feb., pp. 126-131.

I comportamenti autolesivi intenzionali si verificano in circa il 75% dei pazienti con diagnosi di disturbo borderline e in percentuale più alta in quelli che sono stati ricoverati. La modalità più frequente è quella del tagliarsi; questi pazienti possono anche bruciarsi in alcune parti del corpo, sbattere la testa o strapparsi i capelli. Sostengono che procurarsi dolore fisico produce un senso di liberazione e sollievo che temporaneamente allevia sensazioni emotive intollerabili. Talvolta riferiscono di mettere in atto tentativi suicidari quando si sentono soli o non amati o quando la vita appare così atrocemente dolorosa da sembrare intollerabile. Potrebbe anche esserci un vago piano di essere salvati, un tentativo di alleviare la sensazione intollerabile di solitudine stabilendo qualche contatto con gli altri¹⁵. Alcune ricerche hanno dimostrato come i pazienti borderline presentino una ridotta attività basale endorfinica nel giro del cingolo e nella corteccia orbitofrontale¹⁶. I comportamenti autodistruttivi potrebbero essere considerati come dei tentativi di stimolare un sistema delle endorfine disregolato. Il deficit neuropeptidico (endorfine, ossitocina e vasopressina), neuromodulatori implicati nei comportamenti affiliativi, sarebbe coerente con le teorie che individuano un'eziologia traumatica per questo disturbo e la presenza di un pattern di attaccamento disorganizzato¹⁷.

Nel disturbo borderline si possono presentare tutti e due i rischi suicidari, quello secondario al tono dell'umore e comportamenti suicidari secondari alla debolezza dell'lo.

Circa il 50 % delle persone con DBP hanno un episodio di depressione maggiore al momento in cui cercano un trattamento e circa l'80% ha un episodio di depressione maggiore nell'arco della vita. Quando la depressione coesiste con l'incapacità di tollerare un'intensa emozione, lo stimolo ad agire in maniera impulsiva è esacerbato. È essenziale che i curanti valutino attentamente l'umore del paziente, stabiliscano il grado di severità della tristezza riferita ma che riconoscano anche che i farmaci antidepressivi hanno solo una modesta efficacia¹⁸.

In presenza di rischio suicidario secondario allo stato dell'umore e all'ideazione depressiva, intervenendo a livello farmacologico sull'umore si riduce il rischio suicidario. Questo non succede nei casi i cui esso dipenda dalla debolezza dell'lo. L'intervento farmacologico non porterà ad una riduzione dei comportamenti parasuicidari, anzi i pazienti continueranno a mettere in atto tali comportamenti con la stessa frequenza indipendentemente dal farmaco.

D'altronde l'intervento farmacologico dev'essere valutato attentamente anche nel caso di uno stato depressivo. L'antidepressivo agisce inizialmente sull'inibizione comportamentale e solo successivamente su umore e ideazione. La bassa inibizione collegata all'ideazione suicidaria ancora presente e all'impulsività, caratteristica del DBP, aumenterebbe il rischio suicidario.

¹⁵ JOHN G. GUNDERSON, *Il DBP in breve. Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità. Diagnosi, Origini, Decorso e Trattamento* (Traduzione italiana a cura della Dott.ssa Maria Elena Ridolfi e di Luigi Chiazzo), 2011, p. 9, consultabile su A_BPD_brief-_Italy-2.doc (15 giugno 2014).

¹⁶ B. STANLEY, L.J. SIEVER, *The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model*, «Psychiatry», 167, 2010, pp. 24-39.

¹⁷ GIOVANNI LIOTTI, *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.

¹⁸ GUNDERSON, *Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità*, cit., p. 10.

4. Analisi dei dati relativi ai ricoveri

In questo studio sono stati analizzati i ricoveri in SPDC dei pazienti seguiti dal Centro di Salute Mentale di Sanluri nell'anno 2013. Il totale dei ricoveri è stato 94 di cui 34 sono stati Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e 60 Trattamenti Sanitari Volontari (TSV). Sono stati ricoverati 71 pazienti, 45 maschi e 26 femmine.



Grafico 1 -Totale pazienti del CSM di Sanluri che hanno subito un trattamento sanitario

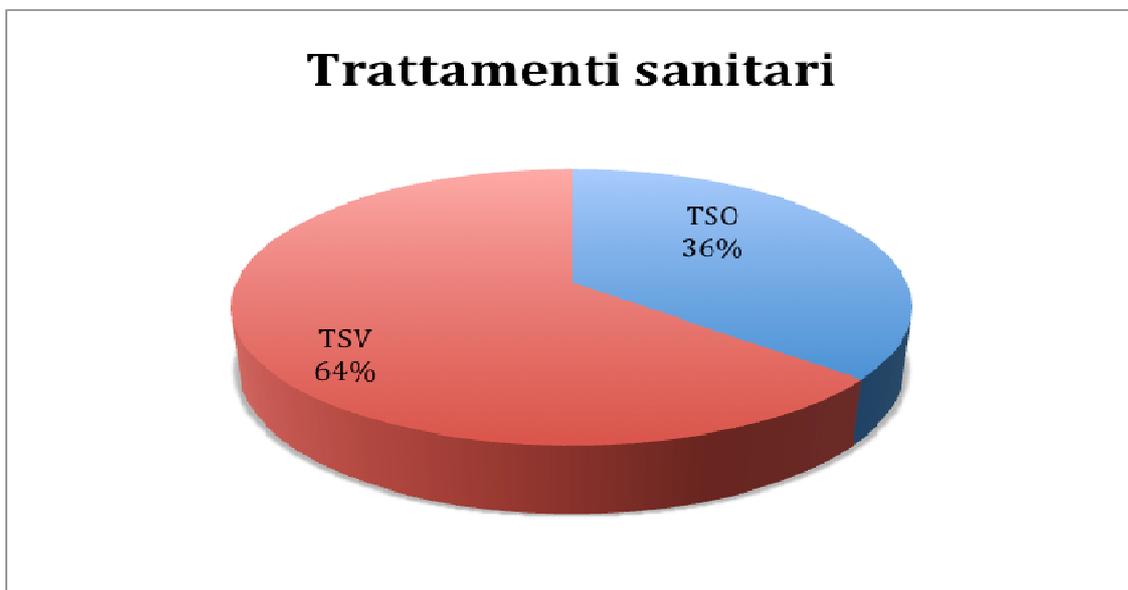


Grafico 2 - TSO e TSV

Sono state recuperate 60 diagnosi totali. Come si può vedere dal grafico 3, la diagnosi più frequente è stata quella di Disturbo Bipolare (15 pazienti). La diagnosi di Schizofrenia è stata fatta 11 volte, quella di disturbo Schizoaffettivo 10 volte, il Disturbo Borderline e la Psicosi NAS sono stati diagnosticati sei volte. A seguire tutte le altre.

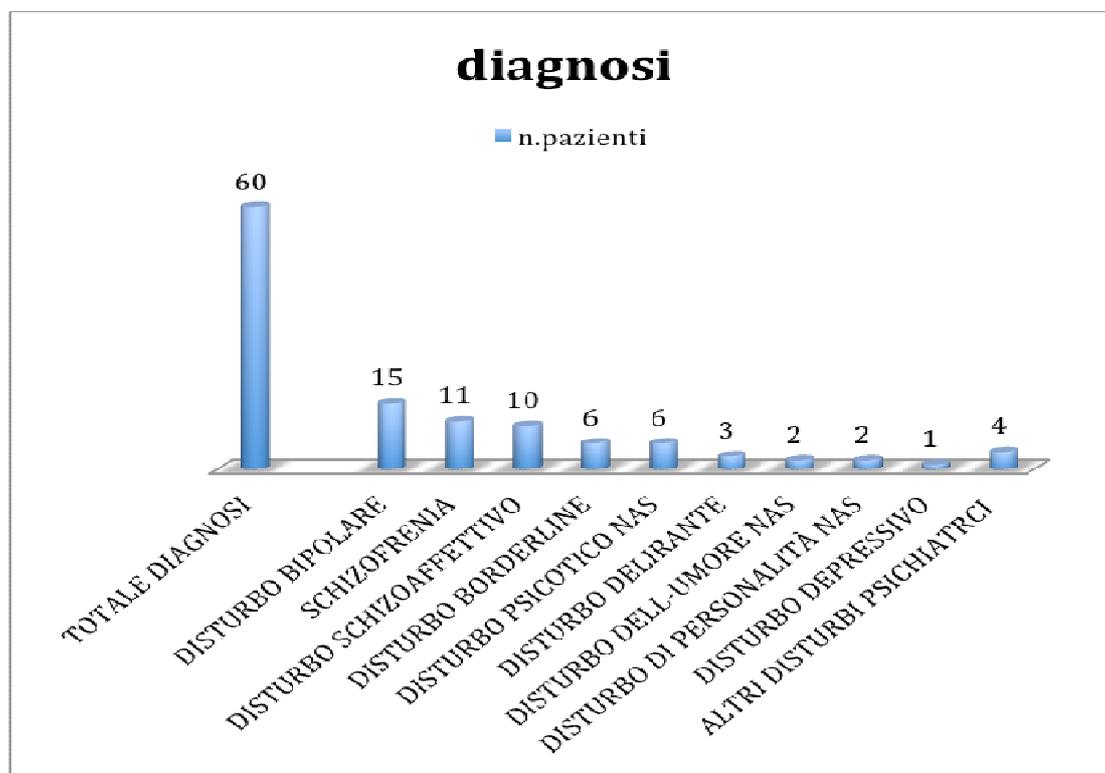


Grafico 3 - Le diverse diagnosi dei pazienti ricoverati nell'anno 2013

4.1 Ricoveri e diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è il disturbo di personalità più comune, il più complesso e uno dei più devastanti, con un tasso suicidario che arriva fino al 10% dei pazienti diagnosticati, contro il 4,5% della schizofrenia e il 3% del Disturbo Bipolare. I soggetti con BPD costituiscono approssimativamente tra l'1 e il 2% della popolazione generale, fino al 20% di tutti i pazienti psichiatrici ricoverati e il 15% dei pazienti ambulatoriali. I $\frac{3}{4}$ dei pazienti diagnosticati come BPD sono donne¹⁹.

Dall'analisi dei dati del Centro di Salute Mentale di Sanluri relativi all'anno 2013, emerge che tra i 10 pazienti che hanno effettuato il numero più alto di ricoveri ospedalieri nell'intero anno, quelli col numero più alto hanno la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (vedi Tabella 1). Un dato ancora più significativo riguardo il fatto che i Trattamenti Sanitari Obbligatori/Volontari di questi stessi pazienti rappresenti il 50% del totale.

Infatti 15 dei 30 ricoveri presi in considerazione hanno riguardato gli stessi 3 pazienti (graf. 4)

Tabella 1. Pazienti con più di un trattamento sanitario e rispettive diagnosi. Anno 2013

PAZIENTI	DIAGNOSI	TSO	TSV	TOTALE
paziente 1	disturbo borderline di personalità	2	5	7
paziente 2	disturbo borderline di personalità		4	4
paziente 3	disturbo borderline di personalità	2	2	4
paziente 4	disturbo bipolare		3	3
paziente 5	schizofrenia paranoidea		2	2

¹⁹ Ivi, p. 4.

PAZIENTI	DIAGNOSI	TSO	TSV	TOTALE
paziente 6	psicosi nas		2	2
paziente 7	dap/doc	2		2
paziente 8	disturbo schizoaffettivo		2	2
paziente 9	disturbo bipolare		2	2
paziente 10	disturbo schizoaffettivo	2		2

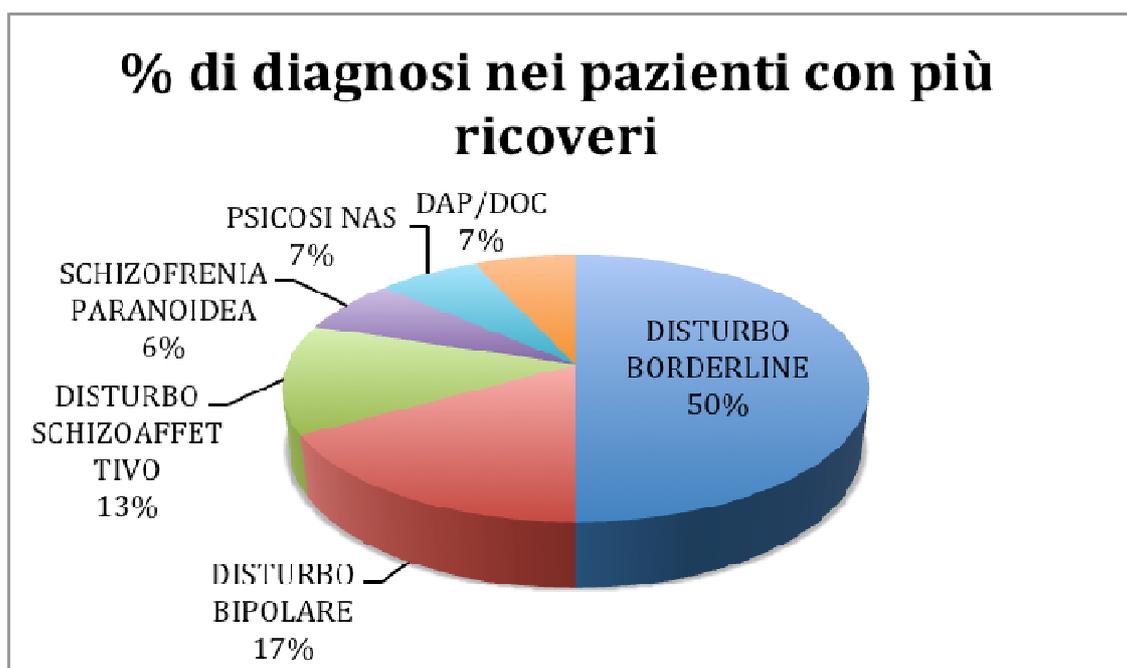


Grafico 4 - Diagnosi dei pazienti che hanno avuto più ricoveri nel 2013

4.2 Pazienti con Disturbo Borderline di Personalità

Paziente 1

Il paziente, in cura da 20 anni, mette in atto diversi comportamenti parasuicidari, probabili tentativi di gestione dello stato di vuoto. Un comportamento, in particolare, sembrerebbe collegato alla gestione dello stato dissociativo: il paziente inalerebbe sostanze pericolose. Inoltre, egli presenta diverse escoriazioni conseguenti a tagli autoinflitti. Sia l'inalazione, sia gli agiti fisici autolesivi stimolerebbero il rilascio di endorfine, inibendo temporaneamente lo stato di sofferenza. Essi attiverrebbero però un processo di dipendenza fisiologica, il quale rappresenta il primo obiettivo del trattamento psicoterapico strutturato con i pazienti che soffrono di questa patologia psichica. Nella sua storia clinica ha tentato diverse volte il suicidio non sapendo spiegare il motivo del suo gesto. Il paziente abusa di alcol e di droghe.

Questo dato è coerente con la letteratura scientifica, la quale evidenzia come i pazienti DBP abusino spesso di alcool e sostanze/farmaci (sia prescritti che illeciti), nel tentativo di ridurre l'ansia sociale, distaccarsi da ruminazioni dolorose e diminuire l'intensità delle emozioni negative. Spesso l'alcool e le sostanze hanno un effetto disinibente che favorisce agiti autolesivi, condotte suicidarie e

comportamenti a rischio²⁰. Il numero dei ricoveri del paziente 1 tende a calare negli anni 2011-2012 per poi ricrescere nel 2013 (vedi grafico 5).

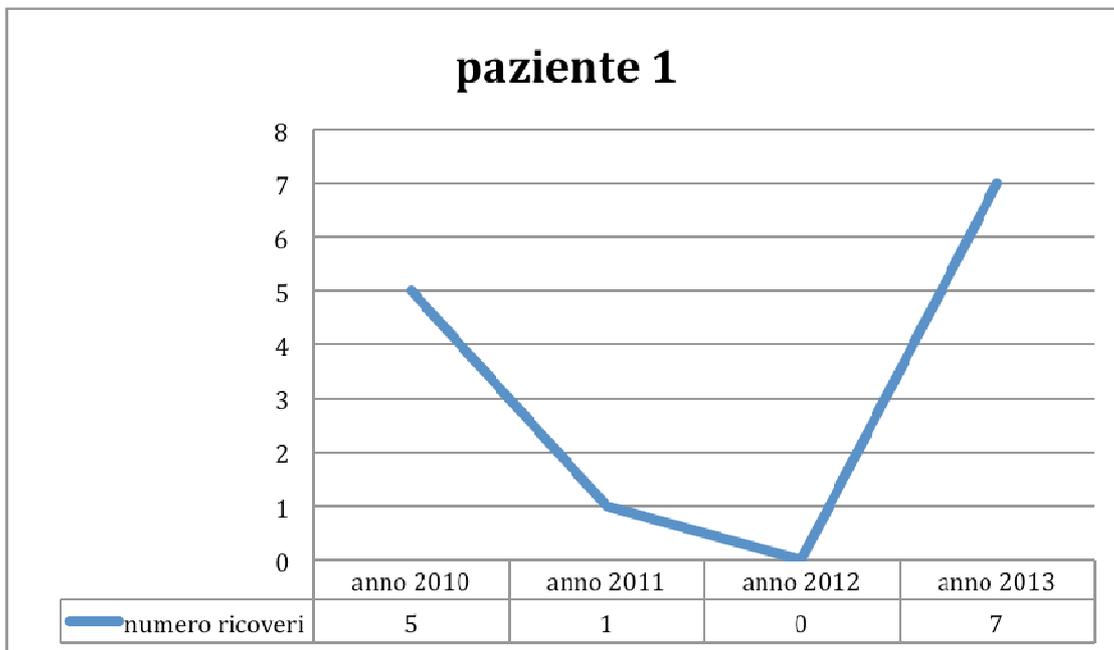


Grafico 5 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

Paziente 2

L'analisi della cartella clinica del paziente 2 con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, seguito da 7 anni, evidenzia le motivazioni principali dei diversi ricoveri ospedalieri. I trattamenti sanitari sono molto frequenti nel 2010, tendono a diminuire nei due successivi in corrispondenza di un percorso di inserimento in una struttura, per poi riaumentare nel 2013 (vedi grafico 6). Le motivazioni principali dei ricoveri riguardano l'ideazione suicidaria, agiti fisici autolesivi, come procurarsi delle lesioni superficiali sugli avambracci, tentativi di suicidio consistenti nell'ingestione di farmaci o nell'impiccagione. Altri tentativi sono stati messi in atto dopo aver richiamato l'attenzione degli operatori.

Questi dati sono in linea con letteratura scientifica che evidenzia come i soggetti DBP agiscano questi tentativi quando si sentono soli e non amati o quando la loro sofferenza è talmente forte da sembrare intollerabile. Questi comportamenti sembrano far parte di un piano implicito collegato all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento. Nel momento di massima sofferenza la persona riagirebbe lo schema caratteristico del modello operativo interno disorganizzato, molto frequente nei pazienti con questa diagnosi²¹. In molti casi il paziente 2 riferisce di non sapere il motivo per cui si volesse buttare giù dalla finestra, facendo ipotizzare la presenza di uno stato alterato di coscienza al momento del gesto. Anche in questo si può osservare come i ricoveri calino negli anni intermedi per poi riaumentare nell'ultimo anno.

²⁰ Ivi, p. 10.

²¹ LIOTTI, *Le opere della coscienza*, cit.

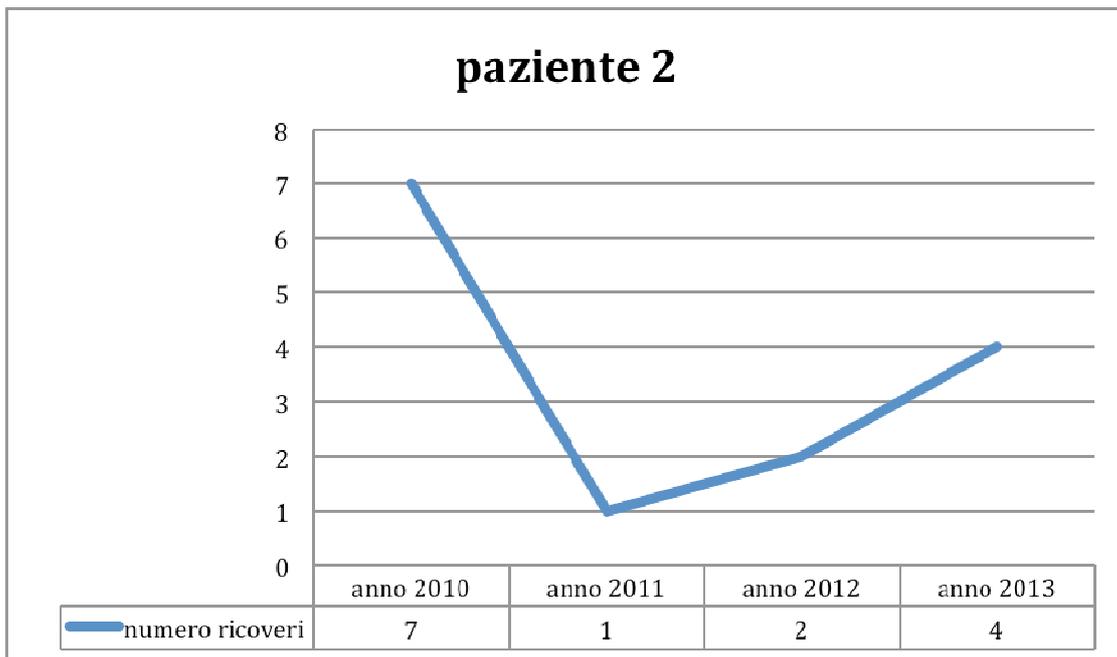


Grafico 6 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

Paziente 3

Questo paziente, come il secondo, è stato ricoverato 4 volte nell’arco del 2013. Anch’egli ha ricevuto la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. In cartella presenta due Trattamenti Sanitari Obbligatorî (TSO) e due Trattamenti Sanitari Volontari (TSV). Non è mai stato ricoverato negli anni precedenti.

Minaccia comportamenti autolesionistici in seguito ad una possibile rottura della relazione con la partner (criterio 5 ‘ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamenti automutilanti”). Riferisce la persistenza di vissuti di vuoto e solitudine che sarebbero stati all’origine degli agiti autolesivi. Uno dei quattro ricoveri è dovuto all’ingestione incongrua di farmaci. In questo caso clinico i comportamenti parasuicidari e i tentativi di suicidio conseguenti al tono dell’umore farebbero rientrare questo paziente nel cluster impulsivo (impulsività in aree pericolose, comportamenti suicidari, comportamenti autolesivi). Egli necessiterebbe di un trattamento più strutturato, specifico per i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, rispetto ad un altro soggetto rientrante solamente nel cluster delle problematiche correlate all’identità (disturbo dell’identità, instabilità nelle relazioni interpersonali, sentimenti di vuoto o noia)²².

²² FOSSATI, MAFFEI, *Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria*, cit., pp. 72-79; JOHANSEN, *An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct*, cit., pp. 289-298.



Grafico 7 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

5. Considerazioni conclusive

La suddivisione dei criteri diagnostici in cluster specifici permette agli esperti di definire un livello di gravità crescente sul quale poi impostare il trattamento. L'impulsività in aree pericolose e i comportamenti suicidari e autolesivi necessitano di un intervento più strutturato, che preveda diverse ore di trattamento divise in psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, trattamento psichiatrico e case management.

Questi comportamenti rappresentano un problema serio per i Servizi di Salute Mentale. Tengono in costante allarme gli operatori e richiedono continui ricoveri ospedalieri. I comportamenti autolesivi rappresentano il primo obiettivo terapeutico del trattamento dei pazienti con DBP. Essi, quando vengono trattati, diminuiscono in modo considerevole. La tendenza è simile a quella delle tossicodipendenze dove, non stimolando più il sistema delle endorfine, si verifica una depressione dell'umore in corrispondenza della diminuzione dei gesti autolesivi. Essi hanno inizio prevalentemente nelle prime fasi dell'adolescenza e tendono a precipitare nel momento in cui si prospetta una separazione o un rifiuto o nei casi in cui il soggetto si trova davanti ad una responsabilità indesiderata. La presenza di questi comportamenti aiuta a porre la diagnosi di DBP nei pazienti in cui i sintomi prevalenti sono depressione o ansia.

Tra i trattamenti psicoterapici che hanno dimostrato efficacia per questo disturbo psichiatrico, diminuendo le condotte autolesive, la suicidarietà, le ospedalizzazioni, gli accessi in Pronto Soccorso e l'utilizzo di farmaci, la più conosciuta è la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) di Marsha Linehan. Questa vanta un numero di studi randomizzati controllati, effettuati da ricercatori indipendenti, maggiore di

ogni altra psicoterapia basata su prove empiriche²³. Essa combina terapia individuale e terapia di gruppo ed ha l'obiettivo di raggiungere una regolazione emozionale e ridurre i comportamenti autodistruttivi.

Sebbene i comportamenti più gravi possano ripresentarsi nell'arco della terapia, una diminuzione della frequenza e gravità dei comportamenti autodistruttivi e dell'ideazione suicidaria, ed una riduzione del numero e dei giorni di ospedalizzazione sono i primi indicatori di miglioramento²⁴. Questo dato si lega all'importanza di introdurre all'interno dei servizi di salute pubblica dei trattamenti strutturati, i quali rispondano alle esigenze specifiche di questi pazienti. D'altronde il numero di ricoveri ospedalieri necessari per far fronte ai gesti parasuicidari rappresenta un costo molto elevato per il bilancio sanitario regionale. Come mostrano i dati sopra riportati, ben 15 ricoveri effettuati nel 2013 riguardano soggetti con questa diagnosi (questo stato potrebbe essere sottostimato se si pensa al fatto che a molti pazienti DBP viene fatta la diagnosi di Disturbo Bipolare).

In questa direzione si è mosso il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna, che ha individuato i Disturbi di Personalità tra i bisogni emergenti prioritari e ha definito delle linee guida da seguire nel loro trattamento, nello specifico con il Disturbo Borderline di Personalità²⁵.

²³ MARSHA LINEHAN, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.

²⁴ GUNDERSON, *Il DBP in breve. Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità*, cit., p. 9.

²⁵ Cfr. SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA, *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*, Bologna 2009, consultabile su http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_lineee.pdf (2 giugno 2014).

I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n° 6 (2006-2010)¹

Manuela PIANO
ASL di Sanluri
Michela TUVERI
ASL di Sanluri

Abstract

This essay provides a descriptive and analytical understanding of both residential and semi-residential health facilities operating in the territory of the Local Health Unit ASL n. 6 (Sanluri) in charge with therapeutic rehabilitation programmes for the mentally disturbed. With a specific reference to 2006-2010, the main features of the population involved into Family Homes, Help groups and Day Care Centre are analyzed on the basis of residence, gender, age, education and occupation. Particular attention is given to the study of diagnostic classes, operators' professional profiles and the working hours-per-employee rates.

Keywords

Residential and semi-residential health care, Family Homes, Day Care Centre, mental illness, psychiatry, ASL 6 Sanluri, diagnostic classes, operators, number of hours

Riassunto

Il saggio propone una lettura sia descrittiva che analitica delle strutture residenziali e semiresidenziali che operano nel territorio della ASL n. 6 di Sanluri e che svolgono programmi terapeutico-riabilitativi per utenti con presenza di problemi di salute mentale. Nello specifico, con riferimento al periodo 2006-2010, vengono analizzate le caratteristiche della popolazione afferente alle Case Famiglia, ai Gruppi di convivenza e al Centro diurno sulla base delle variabili di residenza, genere, età media, titolo di studio e professione, con una particolare attenzione allo studio delle classi diagnostiche degli utenti, e alle professionalità e al monte ore degli operatori impiegati.

Parole chiave

Strutture residenziali e semiresidenziali, Case famiglia, Gruppi di convivenza, Centro diurno, malattia mentale, psichiatria, ASL 6 di Sanluri, classi diagnostiche, operatori, monte ore

1. Premessa

Prima di esporre i dati di un'indagine condotta sulle strutture residenziali e semiresidenziali della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 2006-2010, viene fatto un breve excursus sulle principali norme e riforme psichiatriche, adottate tra gli inizi del secolo scorso e oggi, che hanno disciplinato e regolamentato il tema dei disturbi mentali in Italia e nella Regione Autonoma Sardegna. A seguire, si presenta, in maniera sintetica e schematica, l'attuale organizzazione dei servizi che, a livello di Azienda Sanitaria Locale, si occupa della salute mentale e, all'interno della quale svolgono un proprio ruolo le strutture residenziali e semiresidenziali.

¹ I paragrafi 1 e 2, sino al paragrafo 3.2.3 sono di Michela Tuveri (pp. 150-164), mentre i paragrafi 3.3 e 3.4 sono di Manuela Piano (pp. 165-177).

2. Il quadro normativo di riferimento

2.1 La Legge Giolitti

La prima Legge italiana sui manicomi e sugli “alienati”, nota anche come Legge Giolitti, risale al 1904². Tale legge ufficializzava la funzione pubblica della psichiatria regolamentando le condizioni per l’ammissione e dimissione del paziente all’interno del manicomio. Essa sanciva il legame tra malattia mentale e pericolosità; infatti, il ricovero in manicomio prevedeva l’interdizione del soggetto, la perdita dei suoi diritti civili e politici, la dichiarazione di pericolosità da atto giuridico (del pretore), l’iscrizione su due registri (procura e tribunale) e, dopo le dimissioni, la sorveglianza da parte della polizia.

All’interno dei manicomi venivano impiegate pratiche volte a piegare la volontà del “folle” al fine di normalizzarne il comportamento come l’utilizzo di bagni freddi e di metodi coercitivi. In seguito, vennero praticate anche le cosiddette terapie convulsivanti, come l’insulinoterapia e l’elettroshock, e chirurgiche come la lobotomia transorbitale.

La situazione rimase tale fino agli anni ‘50. La scoperta della clorpromazina³ mise in crisi la concezione del manicomio come struttura contenitiva di pazienti aggressivi e pericolosi. Essa infatti permetteva una migliore gestione dei pazienti attraverso la sedazione senza dover ricorrere a mezzi coercitivi.

2.2. La Legge Basaglia

Negli anni ‘70 iniziarono dei movimenti di contestazione e di critica radicale sulla gestione dei manicomi. Il Rappresentante più noto di questi movimenti fu il medico psichiatra Franco Basaglia. Costui criticava fundamentalmente il manicomio in quanto Istituzione totale che privava l’individuo della propria identità e autonomia. Il 15 maggio del 1978 il Parlamento Italiano emanò la Legge 180 detta anche Legge Basaglia⁴. Essa fu incorporata all’interno della Legge 833 che prevedeva un nuovo ordinamento della sanità italiana nel quale l’assistenza psichiatrica tornava a far parte dell’organizzazione sanitaria⁵.

La Legge Basaglia, oltre a prevedere la chiusura dei manicomi, poneva la malattia mentale e il malato mentale al centro del problema psichiatrico. Il sofferente mentale doveva essere curato nel suo ambiente evitandone l’istituzionalizzazione e l’alienazione per favorirne invece l’inserimento all’interno della Comunità.

2.3 Legge Quadro 724/94 o “Progetto Obiettivo”

La chiusura dei manicomi determinò un vuoto istituzionale che venne colmato nel 1994 con l’introduzione della Legge 724/94, ispirata ai principi proposti dalla Legge Basaglia. La Legge 724/94, Legge Quadro in ambito psichiatrico⁶, definì a livello nazionale in quali servizi e strutture si articolava il Dipartimento di Salute Mentale;

² Legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904. Il testo è formato da 11 articoli.

³ Scoperta nei primi anni ‘50 dal chirurgo francese Herry Laborit, la clorpromazina, per le sue proprietà antipsicotiche, venne introdotta negli ospedali psichiatrici di tutto il mondo, con un grosso impatto sulla psichiatria.

⁴ Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 16 maggio 1978, n. 133. Il testo è composto da 11 articoli.

⁵ Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1978, n. 360. Il testo comprende 83 articoli.

⁶ La Legge 23 dicembre 1994, n. 724, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*, contiene disposizioni sulla salute mentale.

centro che si sarebbe fatto carico di tutti quei pazienti che erano stati precedentemente istituzionalizzati⁷. La Legge prevedeva la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato con particolare attenzione:

- alla gestione degli stati di crisi e della riabilitazione;
- alle competenze professionali degli operatori;
- al lavoro in equipe multiprofessionale favorendo la partecipazione dei familiari e la costruzione di piani terapeutici individualizzati.

Tale Legge detta anche “Progetto Obiettivo” organizzava i servizi rivolti ai malati psichiatrici in forma dipartimentale. Ogni azienda sanitaria istituiva il Dipartimento di Salute Mentale con compiti di:

- Prevenzione primaria, ossia attraverso interventi di promozione del benessere all’interno della Comunità;
- Coordinazione tra articolazioni organizzative al fine di garantire interventi 24 h su 24;
- Assicurare la presa in carico continuativa dei pazienti gravi.

2.4. Articolazione attuale dei Dipartimenti di Salute Mentale

I principi esposti nel “Progetto Obiettivo” sono stati applicati in maniera differente da regione a regione. Poiché l’area d’interesse di questo lavoro è circoscritta alla Regione Autonoma Sardegna, ci si limita a descrivere la struttura organizzativa dei DSMD (Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze) di tale Regione⁸.

Il DSMD costituisce la struttura operativa dell’Azienda Sanitaria Locale la quale ha compiti di promozione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della Salute Mentale e delle Dipendenze⁹. In sintesi il DSMD si propone di favorire:

- l’organizzazione della rete dei servizi comunitari;
- l’integrazione multidisciplinare, mirando alla valorizzazione di tutte le figure professionali;
- la continuità terapeutica e i percorsi di cura individualizzati;
- il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle associazioni dei cittadini e degli Enti locali;
- la riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- il controllo della qualità dei servizi.

La continuità delle cure si articola attraverso le varie Unità Operative del DSMD:

- Centro di Salute Mentale (CSM);
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS);
- Servizio di Psichiatria Forense (ove previsto);
- Servizio Dipendenze (SerD);
- Neuropsichiatria Infantile (NPI).

⁷ Cfr. REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10, *Tutela della Salute e riordino del servizio sanitario della Regione Sardegna. Abrogazione della Legge Regionale del 26 Gennaio 1995, n° 5.*

⁸ Cfr. ID., *Linee di indirizzo per l’organizzazione dei dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze*, allegato alla Delibera G.R. n. 35/6 del 12 settembre 2007.

⁹ ID., ASSESSORATO DELL’IGIENE E SANITÀ E DELL’ASSISTENZA SOCIALE, *Linee di indirizzo per la tutela della salute mentale in Sardegna Anni 2012-2014*, RAS, Cagliari 2012, p. 22. Il testo può essere consultato su <www.regione.sardegna.it/documenti/1_385_20120813100958.pdf> (12 giugno 2014).

2.5. Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale costituisce la struttura di riferimento nel territorio per quanto riguarda la salute mentale. Il CSM garantisce sostegno nella vita quotidiana e continuità nella presa in carico delle persone con disturbo mentale, occupandosi dell'elaborazione e conduzione del programma terapeutico-riabilitativo individuale. Si occupa del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti nel territorio di competenza. L'organizzazione è centrata sull'equipe multiprofessionale, che promuove la collaborazione di operatori con professionalità e competenze differenti al fine di garantire una presa in carico globale della persona. Provvede ad esaminare le richieste di accoglienza integrandole con le diverse professionalità presenti all'interno e all'esterno del CSM¹⁰.

2.6 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è collocato nel contesto di aziende ospedaliere o presidi ospedalieri funzionante 24 ore su 24. Assicura in particolare servizi di osservazione e primo intervento; trattamenti sanitari in condizioni di degenza ospedaliera volontari e/o obbligatori (TSV e TSO); consulenze psichiatriche urgenti presso il Pronto Soccorso. Di norma è dotato di non più di 16 posti letto e di adeguati spazi per attività comuni¹¹.

2.7 L'Area Residenzialità e Inclusione Sociale (ARIS)

L'Area Residenzialità e Inclusione Sociale si prospetta di assicurare una programmazione organica e unitaria degli interventi propri dell'ambito riabilitativo e del reinserimento sociale.

L'ARIS viene individuata come struttura o funzione di coordinamento e promozione delle attività residenziali, attività formative e di inserimento lavorativo, delle attività di inclusione sociale. Essa si pone in relazione con il sistema dei servizi dipartimentali, con le cooperative sociali e con le associazioni del volontariato.

L'ARIS è essenziale per l'attuazione del progetto terapeutico personalizzato garantendone il monitoraggio attraverso un costante lavoro di supporto e di coordinamento alle singole unità operative dipartimentali¹².

L'ARIS svolge le seguenti funzioni:

- coordina le strutture e le iniziative deputate ad attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale;
- articola i suoi programmi in strutture differenziate (Strutture Residenziali e Centri diurni);
- garantisce l'organizzazione delle strutture residenziali, ne verifica la qualità dell'offerta e il rispetto dei diritti delle persone inserite;
- promuove l'inserimento lavorativo e sociale;
- supporta la vita di relazione.

L'ARIS comprende l'area della residenzialità e della semiresidenzialità.

¹⁰ CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA, *Piano Regionale dei Servizi Sanitari approvato nella seduta pomeridiana del 19 gennaio 2007*.

¹¹ REGIONE AUTONOMA SARDEGNA, *Attività sociosanitarie a carattere residenziale per le persone con disturbo mentale. Adeguamento requisiti minimi, parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione*, allegato alla Delibera G.R. n. 57/3 del 23 ottobre 2008.

¹² ID., *Rapporto Regionale sulla Salute mentale in Sardegna 2004-2008*.

2.7.1 Residenzialità

Le Strutture Residenziali non costituiscono soluzioni abitative bensì sedi in cui si svolgono programmi terapeutico-riabilitativi per utenti con presenza di problemi rilevanti di salute mentale, assenza di rete familiare o gravi problematiche all'interno della famiglia, elevata disabilità, per i quali i CSM valuti che l'inserimento residenziale sia indispensabile in ordine alle specifiche problematiche soggettive, familiari e sociali in atto. Al fine di evitare l'isolamento sociale e la stigmatizzazione degli utenti vengono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in conformità ai programmi personalizzati e viene previsto uno standard di un posto letto per 10.000 abitanti.

Vi sono tre tipologie di Strutture Residenziali:

- Comunità protetta (CP) e Casa famiglia (CF). Ospitano prevalentemente pazienti lungodegenti, con psicosi croniche, spesso provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici e che presentano ridotte autonomie personali, relazionali e sociali. L'intensità terapeutica è medio-bassa, l'assistenza riabilitativa è di natura prevalentemente sociale.
- Comunità terapeutica (CT). Si caratterizza per una tipologia di pazienti mediamente più giovani (sebbene la psicosi rimanga la diagnosi prevalente). In essa l'intensità terapeutica è più alta: vengono previsti programmi terapeutici orientati alla promozione dell'autonomia degli ospiti per favorirne un reinserimento sociale comportando pertanto un maggior turnover dell'utenza.
- Residenza sanitaria assistita (RSA) psichiatrica. Vengono accolti pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi che presentano patologie organiche che richiedono un'alta intensità assistenziale. Gli inserimenti sono per brevi periodi e sono soggetti a valutazioni periodiche.

2.7.2 Semiresidenzialità.

Le strutture semiresidenziali forniscono servizi per fasce orarie comprese tra le 6 e le 12 ore. Esse ospitano pazienti che non hanno una rete sociale di riferimento ed hanno l'obiettivo principale di favorire la socializzazione. Tra i principali servizi semiresidenziali vi sono:

- Il Day Hospital costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Si colloca in strutture ospedaliere o in strutture esterne all'ospedale ma collegate con il Csm; ha la funzione di permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici complessi, di effettuare interventi farmacologici e psicoterapeutici riabilitativi e di ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o di limitarne la durata.
- Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale, aperta almeno 8 ore al giorno per sei giorni la settimana, con funzioni terapeutico-riabilitative ed attività di risocializzazione intese al recupero delle abilità personali e sociali del paziente. Si avvale di una propria équipe ed eventualmente degli operatori delle cooperative sociali e delle organizzazioni di volontariato.

3. Residenzialità e Semiresidenzialità: analisi descrittiva sulle strutture che operano nel territorio della Asl n. 6 di Sanluri

La Legge Regionale 28 Luglio 2006 n° 10, *Tutela della Salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna*. *Abrogazione della Legge Regionale 26 Gennaio 1995 n° 5*, prevede otto DSMD uno per ogni Azienda Sanitaria Locale (Cfr. Tabella 1).

Tabella 1. Pazienti in carico ai DSMD (media 2007-2008)¹³

ASL	Pazienti psichiatrici in carico	Proporzione per 10.000 abitanti >18 anni	Proporzione per 10.000 abitanti Pop. totale
1. Sassari	2.726	95,9	81,0
2. Olbia	1.804	139,6	116,9
3. Nuoro	4.732	350,6	293,1
4. Lanusei	925	190,0	159,4
5. Oristano	2.432	170,1	145,4
6. Sanluri	1.307	148,8	126,9
7. Carbonia	2.757	245,2	211,1
8. Cagliari	10.029	211,3	167,2
Totale	26.712	188,8	159,8

NOTA: La Tabella illustra le proporzioni per singole ASL sul territorio regionale per 10.000 abitanti.

Il presente lavoro verterà sulla Provincia di Villacidro-Sanluri, la quale comprende 28 Comuni e si estende su una superficie territoriale complessiva di 1516,2 km quadrati, con una popolazione residente di 102.409 abitanti (fonte ISTAT 1° Gennaio 2011). Il DSMD di riferimento di questo territorio è quello di Sanluri; esso è composto da due distretti socio-sanitari, Sanluri e Guspini, che garantiscono l'assistenza territoriale in ambito extra-ospedaliero (Cfr. la Tabella 2).

Tabella 2. DISTRETTI SOCIO SANITARI

Distretto di Sanluri	Distretto di Guspini
Comuni: Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.	Comuni: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara, Villacidro.

NOTA: I Due distretti sono equivalenti per quanto riguarda il numero degli abitanti.

All'interno del DSMD di Sanluri è previsto un unico Centro Diurno e due Case Famiglia, di cui si analizzeranno di seguito i dati raccolti¹⁴.

3.1 Centro Diurno San Gavino Monreale

Il Centro Diurno è una struttura nella quale vengono attuate in regime semiresidenziale programmi terapeutico-riabilitativi ed attività di risocializzazione volte allo sviluppo delle competenze personali e sociali degli utenti. Per regime semiresidenziale si intende l'erogazione di attività per almeno otto ore al giorno su cinque giorni settimanali. Il Centro Diurno ha carattere socio-sanitario, aggrega, coordina e promuove programmi ed attività finalizzate a processi educativi, formativi, di apprendimento sociale, scolastico, culturale, di animazione, di

¹³ ID., *Linee di Indirizzo per la tutela della Salute mentale in Sardegna*, cit. p. 33.

¹⁴ Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008 fornisce indicazione per una complessiva riorganizzazione e riqualificazione della rete delle strutture residenziali in particolare riguardo alla dotazione dei posti letto ritenendo adeguato il rapporto 2 posti letto ogni 10.000 abitanti.

espressione corporea e di sviluppo delle capacità cognitive, inoltre mette a punto strategie per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo.

Costituisce un luogo di incontro per i pazienti che hanno la possibilità di svolgere varie attività ricreative e di svago, in particolare attività di espressione artistica (disegno, pittura, lavorazioni artigianali), di espressione corporea (danza-terapia, musico-terapia, teatro-terapia, ecc.).

Le figure professionali del Centro Diurno sono soprattutto psicologi, assistenti sociali, educatori, ma anche artigiani, artisti, musicisti; l'obiettivo è di dare l'opportunità a ciascun paziente di esprimersi, di esprimere il suo disagio, le sue emozioni, di poterle controllare nell'ambiente sociale in cui vive.

3.1.1 Personale impiegato nel Centro Diurno di San Gavino Monreale

Di seguito si riporta il risultato del monitoraggio sul personale impiegato nel Centro Diurno di San Gavino Monreale nel quinquennio 2006-2010 (Grafico 1). Gli operatori impiegati nel Servizio Diurno sono principalmente Educatori e un Addetto all'Amministrazione. Il numero degli Educatori varia negli anni, la media del quinquennio è di 3,6 Educatori all'anno mentre il Personale Amministrativo rimane costante nel tempo.

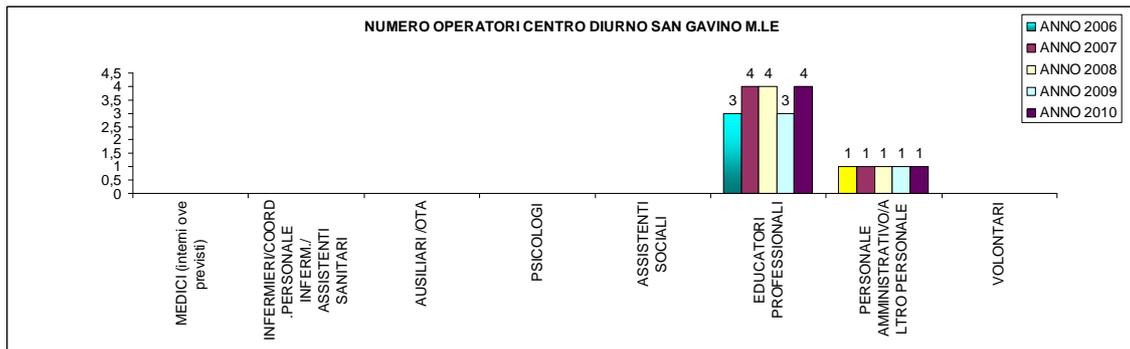


Grafico 1

A seguire viene riportato il grafico relativo alle ore erogate per singola categoria professionale (Grafico 2). La percentuale delle ore prestate dagli Educatori è dell'87% rispetto al 13% del Personale Amministrativo.

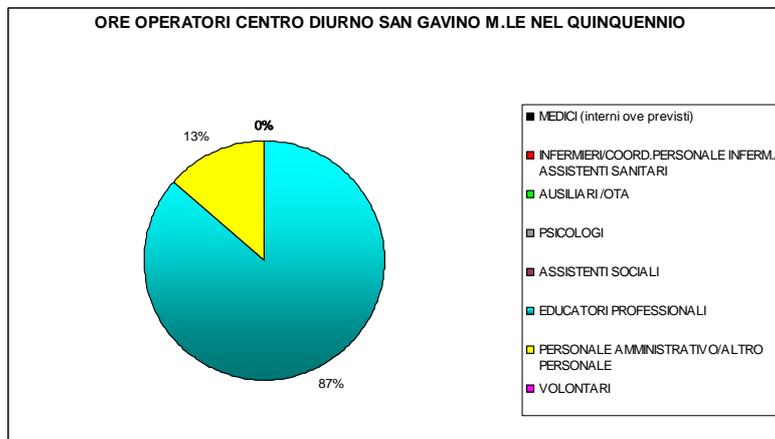


Grafico 2

3.2.2 Caratteristiche della popolazione afferente al Centro Diurno di San Gavino Monreale

Si analizzano le caratteristiche dell'utenza afferente al Centro Diurno di San Gavino Monreale negli anni che vanno dal 2006 al 2010¹⁵.

Vengono analizzate le seguenti variabili sociodemografiche e, in particolare, le seguenti:

- la residenza;
- il genere;
- l'età media;
- titolo di studio;
- professione;

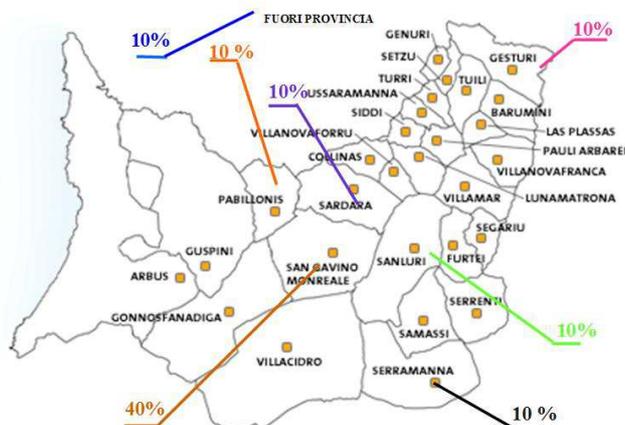
Inoltre, vengono prese in considerazione altre variabili:

- media di giornate di presenza nel servizio.
- classi diagnostiche.

La residenza

Come si può notare dalla cartina proposta di seguito (Cfr Figura 1) della Provincia Villacidro-Sanluri, la percentuale maggiore di utenza arriva dal Comune di San Gavino Monreale, mentre il restante è equamente distribuito tra i Comuni di Serramanna, Sanluri, Gesturi, Sardara, Pabillonis e fuori Provincia. È possibile ipotizzare che la percentuale elevata relativa al Comune di San Gavino sia da attribuirsi al fatto che il Centro Diurno ha sede in questo Comune.

Figura 1
PERCENTUALE UTENTI CENTRO DIURNO
SAN GAVINO MONREALE PER TERRITORIO



NOTA: Nell'indicazione fuori provincia rientra l'utenza che nel periodo di riferimento (2006-2010) faceva parte del territorio di competenza della ASL 6 di Sanluri.

¹⁵ Sull'organizzazione dei Centri diurni, cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano di azioni Nazionali per la Salute Mentale*, consultabile sul sito www.salute.gov.it; e ANTONIO LORA (a cura di), *Il Sistema di Salute Mentale di Regione Lombardia*, consultabile su <http://www.segnalo.it/LOMB/2007/sistema%20di%20salute%20mentale%20lombardia-antonio%20Lora.pdf> (12 giugno 2014).

Distribuzione per genere

Per quanto riguarda la distribuzione del genere emerge una preponderanza del sesso maschile rispetto a quello femminile (Grafico 3), con il 68% di maschi e il 32% di femmine.

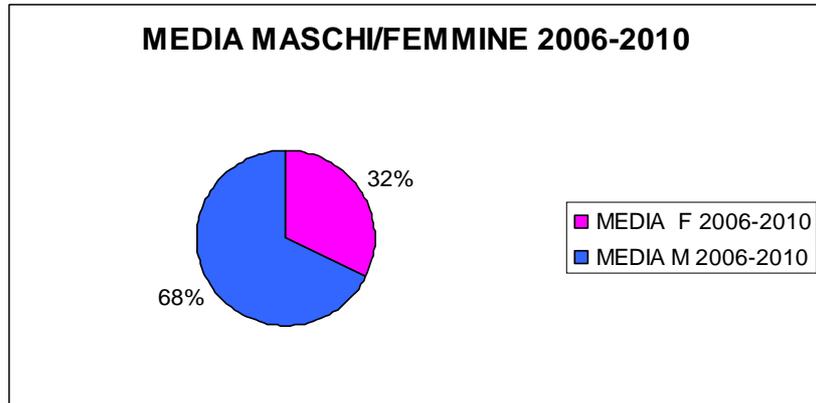


Grafico 3

Età media

Tra il 2006 e il 2010 è possibile osservare un aumento dell'età con un'età media di 36,35 anni nel 2006 sino ad arrivare a 41,5 anni nel 2010. Tale progressivo invecchiamento è da associarsi al fatto che l'utenza che frequenta il Centro sia la stessa nel corso degli anni (Cfr. Grafico 4).

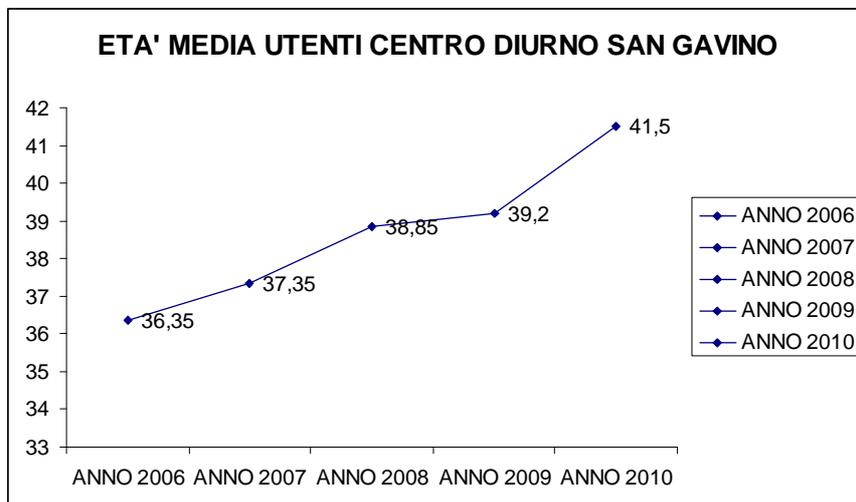


Grafico 4

Per quanto riguarda l'età media dei generi maschile e femminile emerge una lieve differenza; infatti, come si può notare dal grafico, la media dell'età delle femmine nel quinquennio è di 38 anni mentre quella dei maschi è di 39,4 (Cfr. Grafico 5).

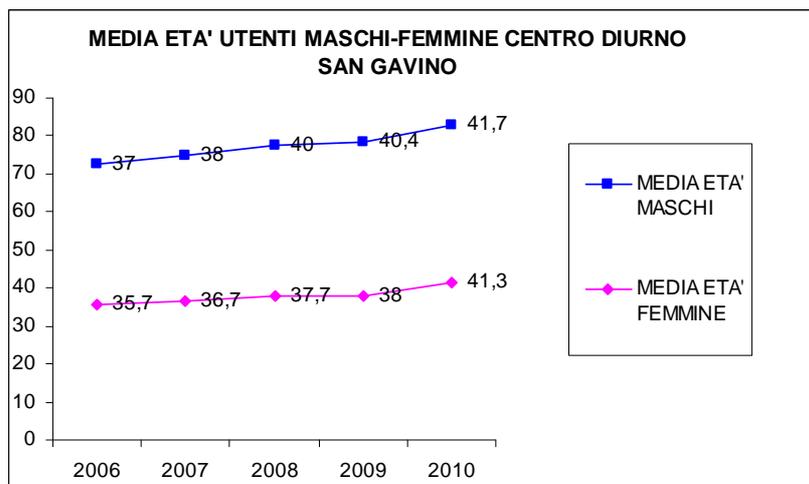


Grafico 5

Titolo di studio

L'utenza presenta in generale una bassa scolarità. Il titolo di studio maggiore conseguito è il Diploma di Scuola Media Superiore, posseduto dal 24% degli utenti. La quasi totalità dei pazienti, il 64%, possiede la Licenza Media, mentre una minima parte, il 12%, la Licenza Elementare (Cfr. Grafico 6).

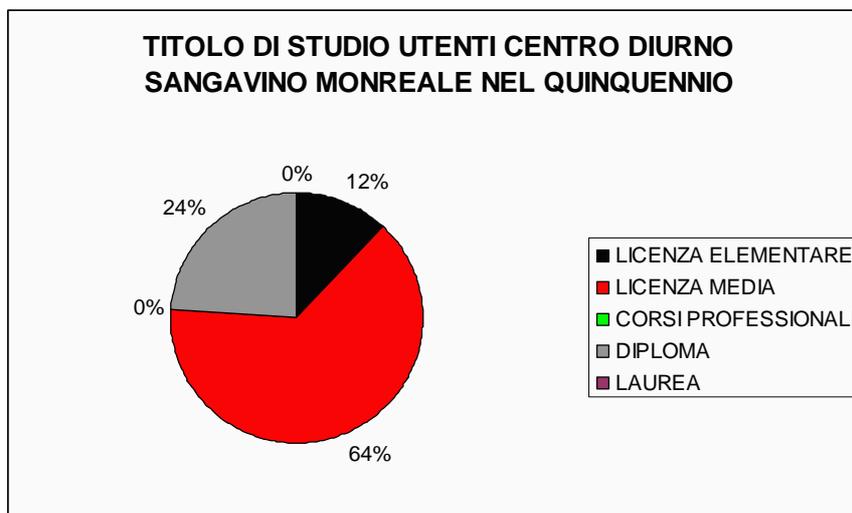


Grafico 6

Si osserva una differenza significativa per quanto riguarda il titolo di studio tra i due sessi (Cfr. Grafici 7 e 8). Il genere maschile raggiunge un livello superiore di successo scolastico, con ben il 30% che raggiunge il Diploma di Scuola Media Superiore. Anche le altre variabili, ovvero la Licenza Elementare (19%) e la Licenza media (51%) sono ben rappresentate all'interno della categoria. Invece, per quanto riguarda il genere femminile, emerge una prevalenza del titolo di Licenza Media. Infatti, quasi la totalità delle femmine consegue tale titolo (97%).

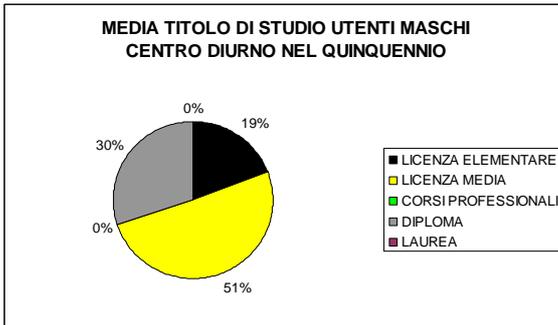


Grafico 7

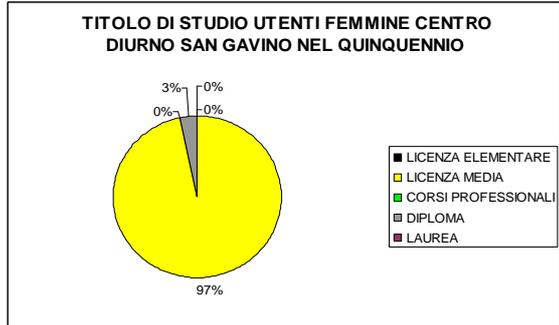


Grafico 8

Professione

Come si evince dal grafico sottoriportato (Grafico 9), la totalità dell'utenza si trova in posizione non lavorativa, difatti l'86% degli utenti percepisce una pensione, il 10% non ha un'occupazione e il 4% non ha comunicato la propria posizione lavorativa.

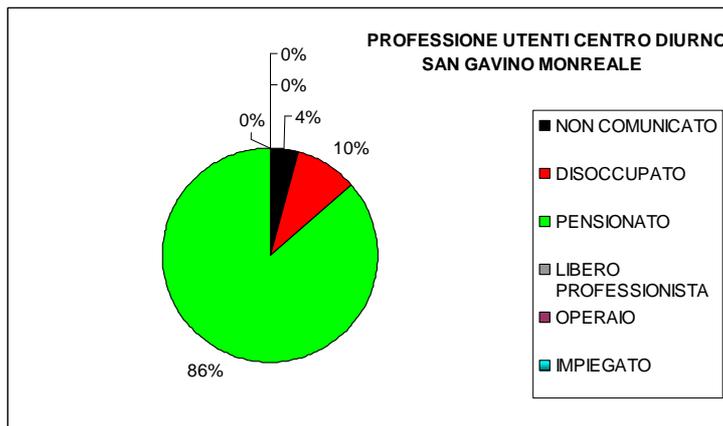


Grafico 9

Sotto vengono riportati i grafici differenziati per genere.

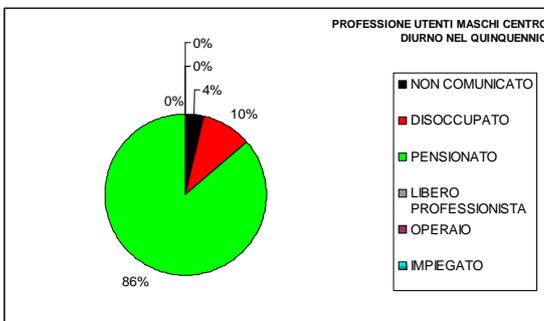


Grafico 10

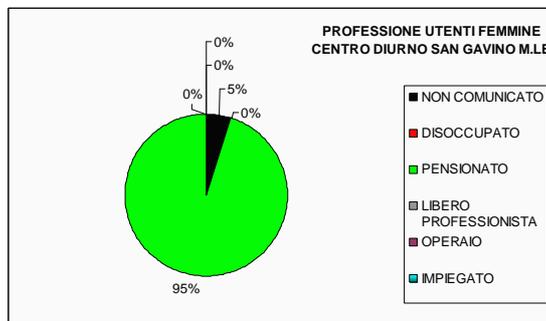


Grafico 11

I due grafici (Grafici 10 e 11) presentano una leggera variazione, in particolare in riferimento allo stato di disoccupazione emerge una differenza tra i generi, con gli

uomini che riportano una percentuale del 10% e le donne dello 0%. La maggior parte del sesso femminile percepisce una pensione, il 95%, mentre nel genere maschile la percentuale si riduce all'86%. Infine, una piccola percentuale non ha riferito la propria posizione occupazionale (il 4% delle donne e il 5% degli uomini).

Classi diagnostiche

Per ciò che concerne la distribuzione nel corso degli anni delle varie categorie diagnostiche (Cfr. Tabella 3), è possibile rilevare una diminuzione dei disturbi a carattere psicotico che passano dal 73% del 2006 al 61% del 2010, con una diminuzione di 12 punti percentuali in 5 anni. Per quanto invece riguarda i disturbi dell'umore il dato rimane costante nel quinquennio. Infine, si può rilevare che i disturbi di personalità sono rappresentati solo nell'anno 2009 con una percentuale minima (7%).

Tabella 3

UTENTI CENTRO DIURNO SAN GAVINO SUDDIVISI PER CLASSI DIAGNOSTICHE	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbicognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	73%	69%	69%	60%	61%
disturbi dell'umore	27%	31%	31%	27%	28%
disturbi d'ansia	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	5,50%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	0%	0%	0%	7%	0%
non comunicato	0%	0%	0%	7%	5,50%

NOTA: in caso di più diagnosi si è adottato il criterio di scelta della diagnosi di maggior gravità (disturbi appartenenti all'ASSE I del DSM IV-TR).

La categoria diagnostica più rappresentativa dell'utenza del Centro Diurno è quella relativa ai disturbi psicotici con una prevalenza del 66%, seguita dai disturbi dell'umore con il 29%, dai disturbi di personalità con l'1,4% e, infine, dai disturbi dissociativi con l'1,1% (Cfr. Grafico 12).

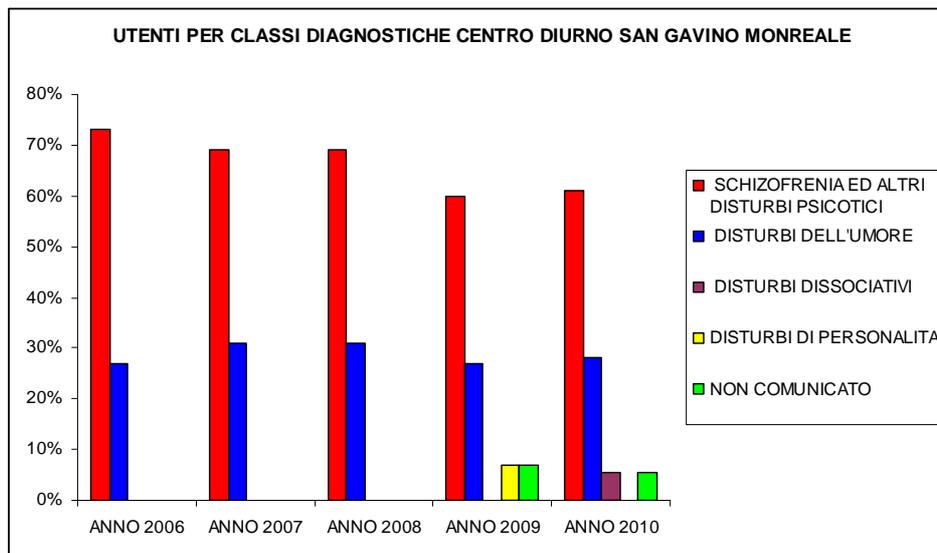


Grafico 12

Emerge una significativa differenza tra classi diagnostiche nei due generi: la quasi totalità degli utenti di genere femminile presenta infatti un disturbo appartenente all'area psicotica (92%), mentre nei maschi, oltre ai disturbi psicotici, rappresentati dal 57%, vi sono i disturbi dell'umore con una percentuale del 39% (Tabelle 4 e 5).

Tabella 4

PERCENTUALE UTENTI FEMMINE SUDDIVISE PER CLASSI DIAGNOSTICHE CENTRO DIURNO SAN GAVINO	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbi cognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	100%	100%	100%	75%	83%
disturbi dell'umore	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi d'ansia	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	17%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	0%	0%	0%	0%	0%
non comunicato	0%	0%	0%	25%	0%

Tabella 5

PERCENTUALE UTENTI MASCHI SUDDIVISI PER CLASSI DIAGNOSTICHE CENTRO DIURNO SANGAVINO	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbi cognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	62%	60%	60%	55%	50%

PERCENTUALE UTENTI MASCHI SUDDIVISI PER CLASSI DIAGNOSTICHE CENTRO DIURNO SANGAVINO	2006	2007	2008	2009	2010
disturbi dell'umore	37%	40%	40%	36%	41%
disturbi d'ansia	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	0%	0%	0%	0%	0%
non comunicato	0%	0%	0%	9%	8%

NOTA: in caso di più diagnosi si è adottato il criterio di scelta della diagnosi di maggior gravità (disturbi appartenenti all'ASSE I del DSM IV-TR).

Giornate di presenza

Come si evince dal grafico sottostante (Grafico 13) la media delle giornate di presenza degli utenti del Centro Diurno sono calate nel corso del quinquennio passando da 365 nel 2006 a 277 nel 2010.

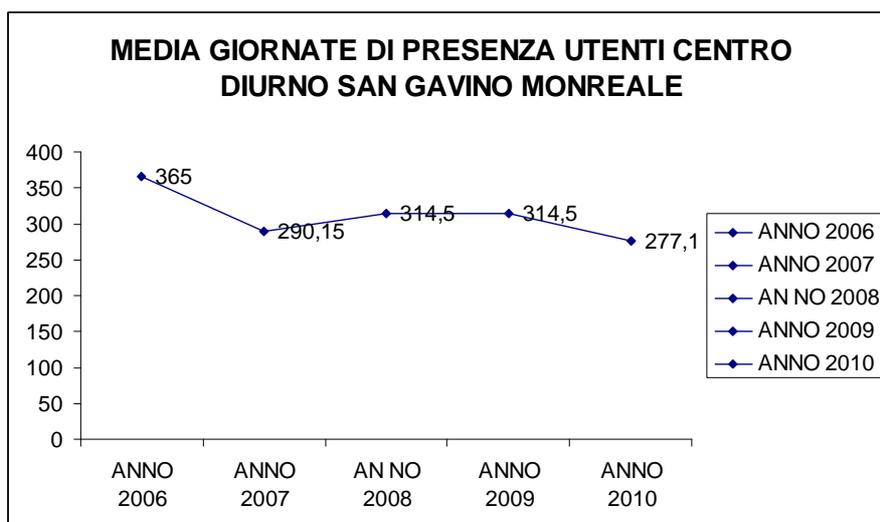


Grafico 13

Nota: Si è scelto di considerare come riferimento la cifra indicativa di 365 giorni l'anno, sebbene i giorni di apertura del centro ovviamente non siano 365/365.

Il genere maschile ha frequentato il Centro in media 330 giornate (su 365 giorni l'anno), mentre le donne hanno frequentato meno, con una media di 306 giornate all'anno.

Di seguito vengono riportati i grafici relativi alla frequenza degli utenti presso il Centro, suddivisi per genere (Grafici 14 e 15).

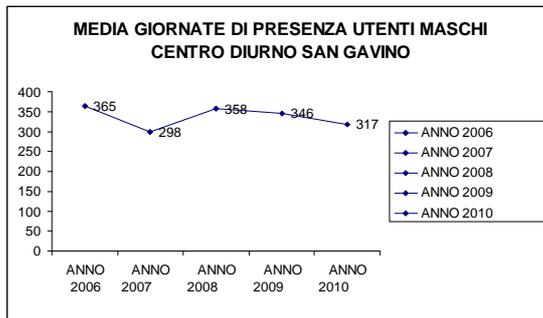


Grafico 14

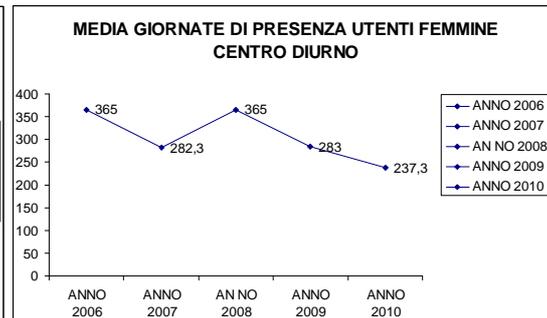


Grafico 15

3.2.3 Osservazioni conclusive

In sintesi è possibile osservare che l'utenza nel corso del quinquennio 2006-2010 è aumentata passando da un numero di 11 utenti nel 2006 sino a raggiungere un numero di 18 utenti nel 2010, sebbene occorre notare che la media di giornate di presenza sia diminuita nel corso degli anni.

All'opposto, il monte ore degli Operatori ha subito un calo. Nonostante il numero degli Educatori sia aumentato da 3 Operatori nel 2006 a 4 nel 2010, il monte ore totale è diminuito passando da 3461 ore su 3 Operatori, a 3328 ore su 4 Operatori.

La distribuzione geografica dell'utenza mostra un'ampia dispersione territoriale, comprendendo Comuni come Serramanna, Sanluri, Gesturi, Sardara, Pabillonis e fuori Provincia, sebbene la maggior parte dell'utenza arrivi dal Comune in cui è ubicato il Centro Diurno, ovvero San Gavino Monreale.

L'utenza è prevalentemente di sesso maschile, rappresentando il 68%, con un'età media di 39,4 anni, mentre la percentuale femminile è del 32% con un'età media di 38 anni.

Il dato relativo all'età indica che i Centri Diurni intercettano prevalentemente utenza giovane e di età media.

Gli utenti, dal punto di vista psico-sociale, presentano una situazione di disagio, difatti la quasi totalità non svolge attività lavorativa e anche il livello di scolarizzazione risulta essere basso.

Più della metà dei pazienti trattati soffre di disturbi psicotici, mentre una buona percentuale rientra nei Disturbi dell'Umore, circa il 29%. Infine, l'1,4% presenta una diagnosi di Disturbo di Personalità.

Il Centro Diurno eroga *pattern* di trattamento intensivi; la media delle giornate di presenza è molto alta, difatti la maggior parte dell'utenza partecipa quasi quotidianamente alle attività proposte dal Centro.

I Centri Diurni si propongono di gestire la cronicità e la disabilità arricchendo con iniziative di carattere risocializzante la vita quotidiana dei pazienti. L'obiettivo è quello di rispondere a un bisogno dei pazienti, molti dei quali hanno necessità di arricchire la loro vita quotidiana attraverso le attività risocializzanti che il Centro propone. Dall'ampia partecipazione dell'utenza alle attività proposte si può concludere che tale bisogno abbia trovato soddisfacimento.

3.3 Case famiglia di Guspini e di Serramanna

Al fine di assicurare il progressivo re-inserimento sociale della persona con disturbo mentale, l'accoglienza in strutture residenziali costituisce una delle diverse fasi del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato. In tali strutture si propone un'assistenza a carattere transitorio della durata strettamente necessaria ad acquisire una sufficiente autonomia, anche se spesso la permanenza degli utenti si protrae più a lungo di quanto auspicabile.

La casa famiglia è organizzata secondo il principio della comunità terapeutica, deputata a realizzare programmi terapeutico-riabilitativi a termine, i quali richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura assistita lungo l'intero arco delle 24 ore. La Casa famiglia o Casa Alloggio è una struttura creata per accogliere pazienti gravi che non sono in grado di vivere da soli o che non hanno una famiglia in grado di accoglierli.

La ricerca svolta analizza i dati relativi all'utenza e agli operatori presenti nelle case Famiglia di Guspini e di Serramanna.

3.3.1 Operatori

Come operatori sono previsti Infermieri psichiatrici ed Educatori Professionali. Gli Educatori sono figure professionali che hanno il compito di guidare i pazienti verso percorsi riabilitativi e di inserimento sociale. Come si può notare dal grafico sottostante (Grafico 16) le figure presenti sono gli Infermieri professionali, gli Educatori, gli OSS/Ausiliari e, infine, il Personale Amministrativo.

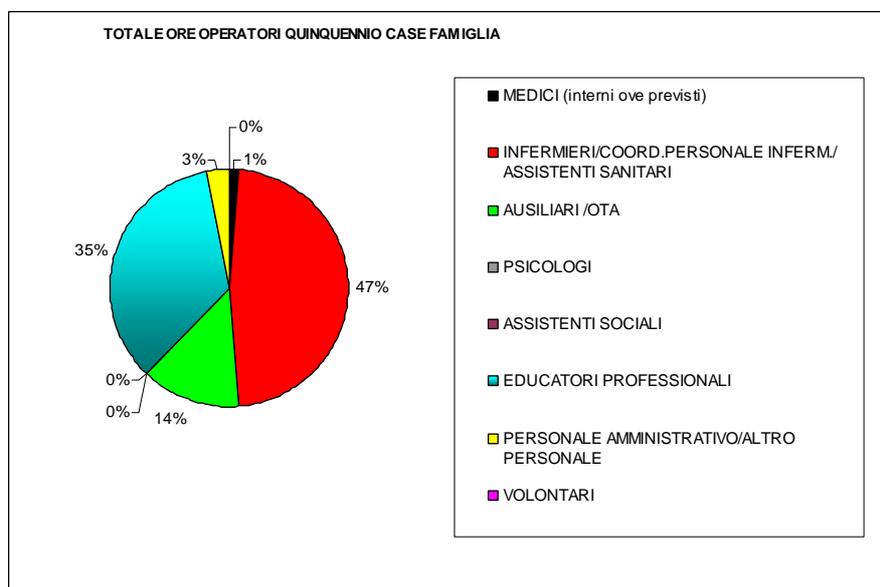


Grafico 16

Il totale degli Operatori presenti all'interno delle strutture ha subito un decremento negli ultimi due anni come si può vedere dal grafico sottostante (Grafico 17).

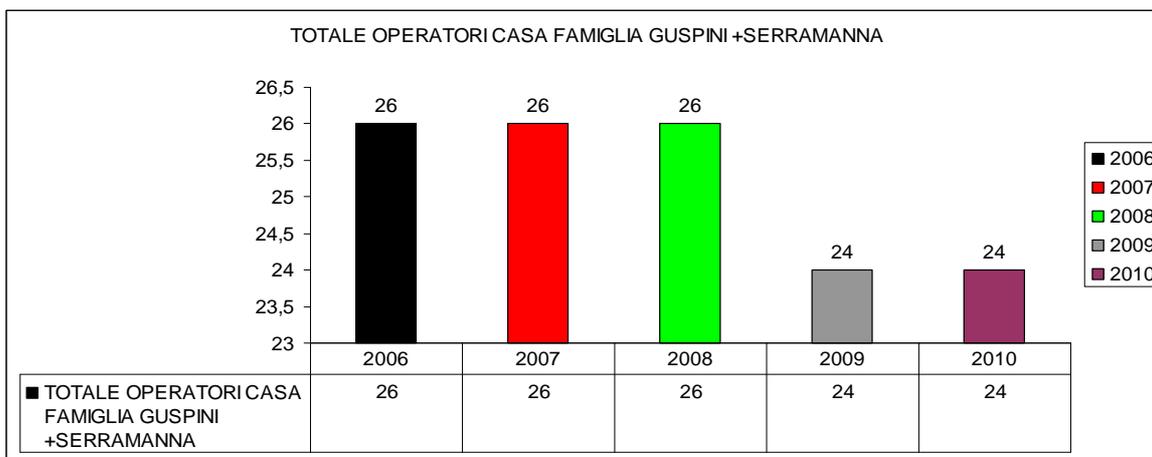


Grafico 17

I dati sottostanti riguardano soltanto la Casa Famiglia di Guspini. Le figure professionali rimangono costanti negli anni, ad eccezione della figura del Medico, la quale è presente soltanto dal 2006 al 2008 (Cfr. Grafico 18).

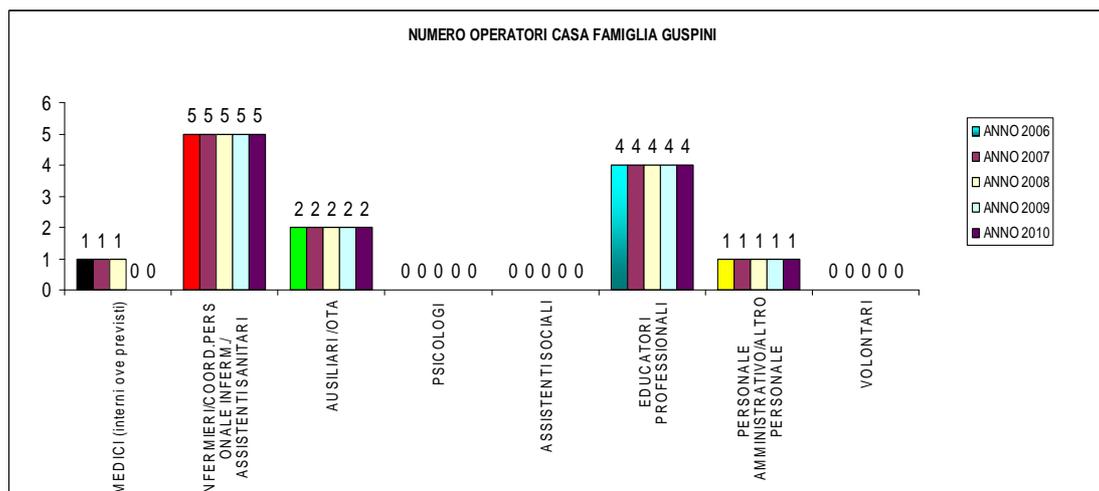


Grafico 18

Quanto emerso per le Case famiglia in generale, viene confermato dall'analisi delle ore degli Operatori nella Struttura di Guspini. Difatti le figure maggiormente presenti sono gli Infermieri Professionali, gli Educatori, gli OSS/Ausiliari e, infine, il Personale Amministrativo (Cfr. Grafico 19).

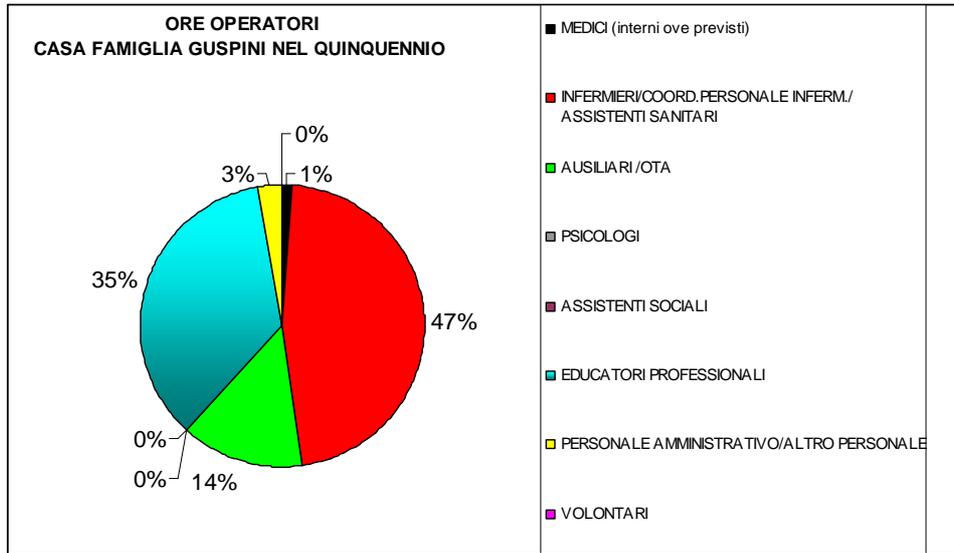


Grafico 19

Nota: sono esclusi dal grafico i dati relativi al Servizio Diurno che vengono riportati nel grafico successivo (vedi Grafico 20) e al servizio “Gruppo di convivenza” offerto dalle Case Famiglia, in quanto riportati in seguito (vedi paragrafo 3.4).

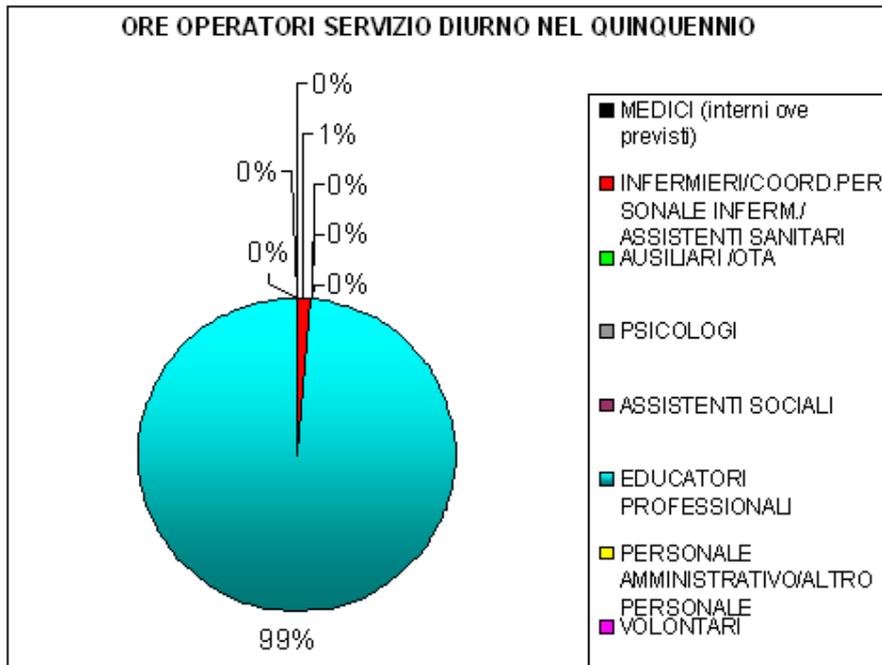


Grafico 20

Anche i grafici sottostanti riguardanti la Casa Famiglia di Serramanna (Grafico 21 e 22) confermano quanto già emerso nei precedenti grafici.

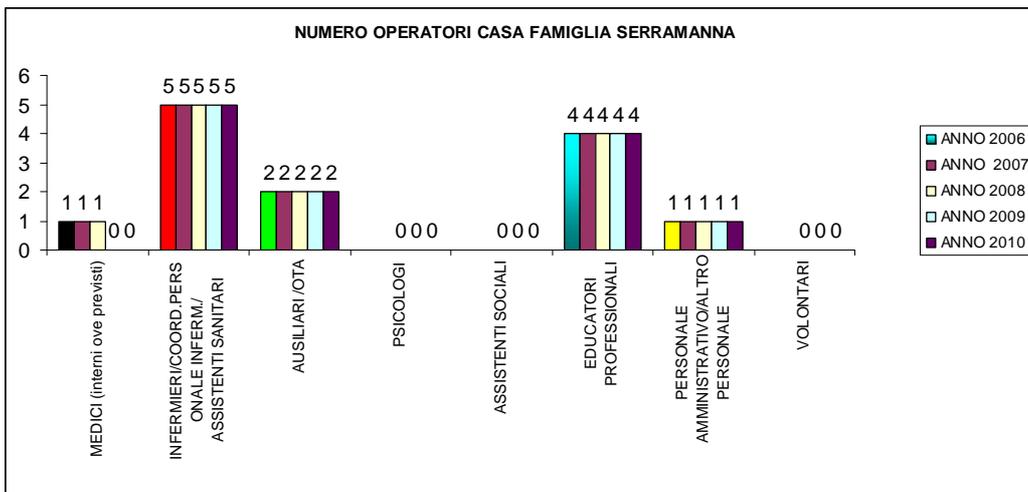


Grafico 21

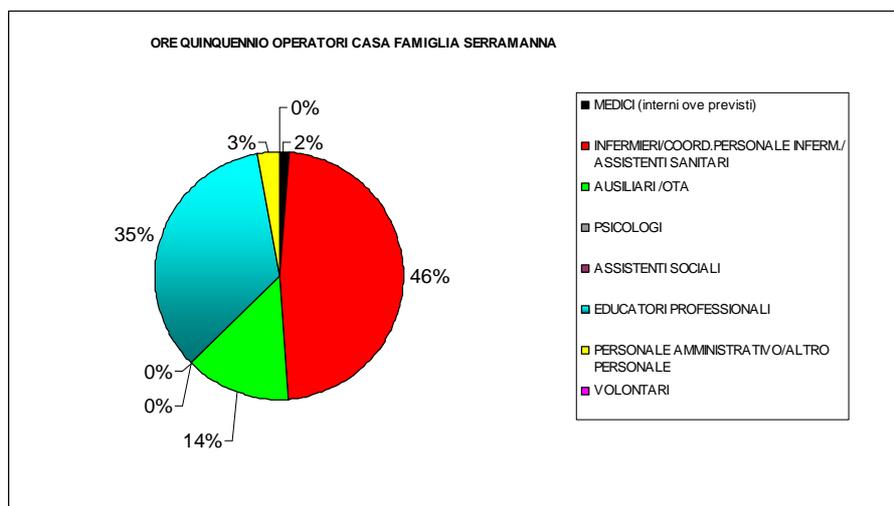


Grafico 22

3.3.2 Caratteristiche della popolazione afferente alle Case Famiglia di Guspini e Serramanna

Vengono analizzate le caratteristiche dell'utenza afferente alle Case Famiglia negli anni che vanno dal 2006-2010.

Si analizzano diverse variabili sociodemografiche, in particolare:

- la residenza;
- il genere;
- l'età media;
- titolo di studio;
- professione.

Inoltre vengono considerate altre variabili:

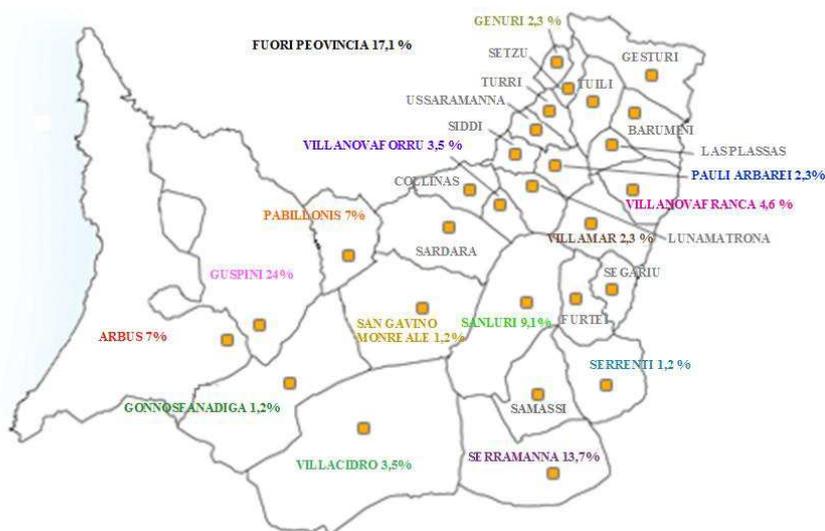
- media di giornate di presenza nel servizio.
- classi diagnostiche.

Residenza

Come si evince dalla cartina sottoriportata (Figura 2) la distribuzione dell'utenza è eterogenea, il flusso di utenza arriva per lo più dai Comuni in cui sono ubicate le Case Famiglia, Guspini con il 24% e Serramanna con il 13,7%, mentre un'altra parte di utenza arriva dai Comuni limitrofi: Sanluri (9,1%), Arbus (7%), Pabillonis (7%), Villanovafranca (4,6%), Villacidro (3,5%), Villanovaforru (3,5%), Pauli Arbarei (2,3%), Villamar (2,3%), Genuri (2,3%), Gonnosfanadiga (1,2%), San Gavino Monreale (1,2%), Serrenti (1,2%). Infine, buona parte di utenza arriva dai Comuni fuori Provincia con un 17,1% (Cfr. Grafico 21).

Figura 2

PERCENTUALE UTENTI CASE FAMIGLIA PER TERRITORIO



NOTA: Nell'indicazione fuori provincia rientra l'utenza che nel periodo di riferimento (2006-2010) faceva parte del territorio di competenza della ASL 6 di Sanluri.

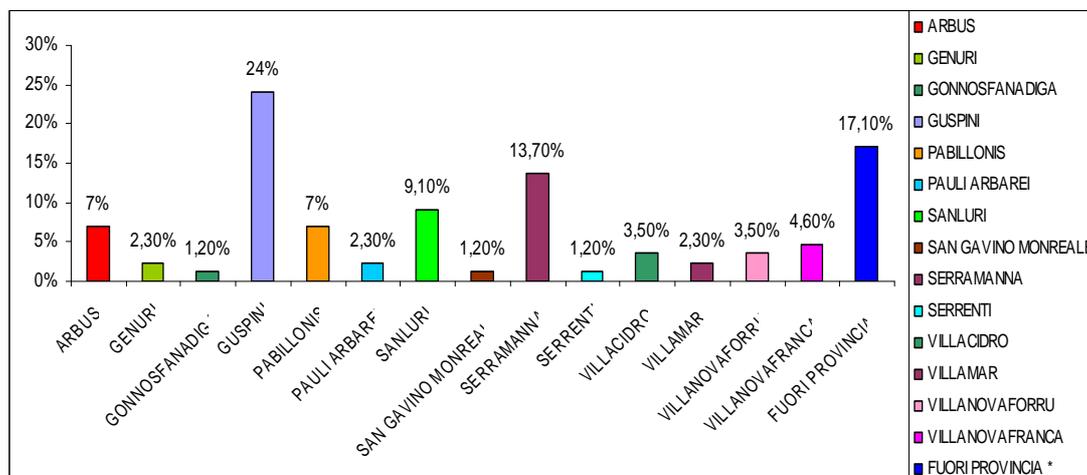


Grafico 23

Genere

La distribuzione dei generi nelle Case Famiglia è piuttosto bilanciata con il 51% per le donne e il 49% per gli uomini, come si può osservare dal grafico sottostante (Grafico 24).

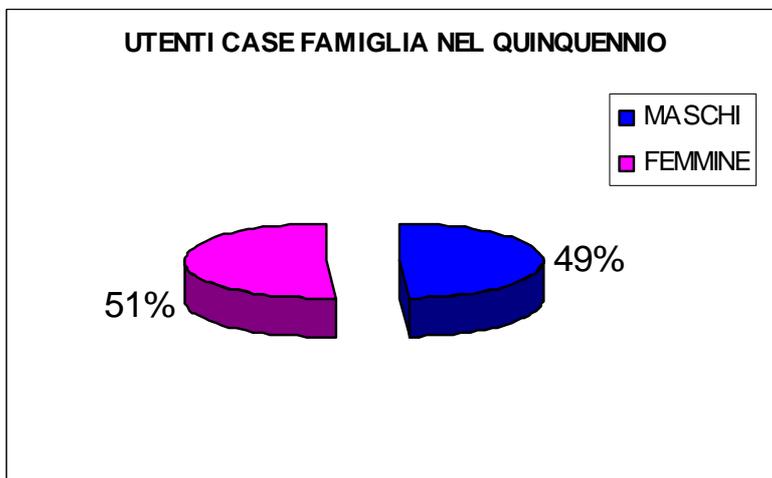


Grafico 24

Età media

L'età media dell'utenza nel quinquennio varia dai 37 anni negli anni 2006 e 2007, ai 42 anni negli anni 2008 e 2009, diminuendo poi a 38 anni nel 2010. In media l'età degli utenti compresi nel quinquennio oggetto di studio è di 39 anni (Cfr. Grafico 25).

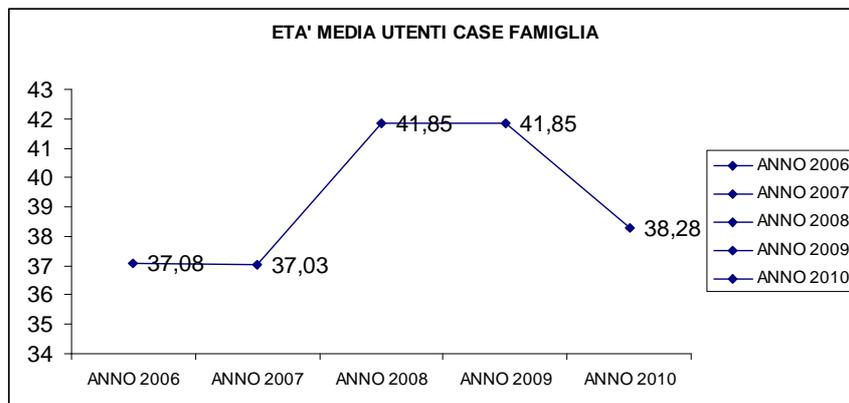


Grafico 25

L'età media degli utenti divisa per genere presenta una leggera differenza nel quinquennio; le donne hanno un'età media di 40 anni, mentre gli uomini di 39. Nel corso dei cinque anni vi è una maggiore variazione dell'età media delle donne rispetto a quella degli uomini, la quale rimane invece stabile (Cfr. Grafico 26).

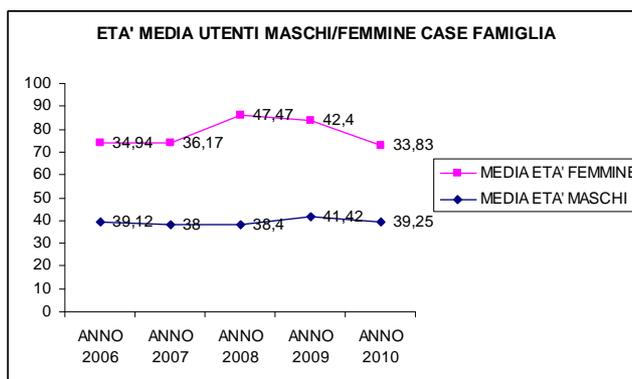


Grafico 26

Titolo di studio

La scolarizzazione dell'utenza è piuttosto bassa. Una buona parte, il 78%, ha conseguito la Licenza Media, mentre si riscontra una percentuale nettamente inferiore per il Diploma (11%). Infine, il 6% ha seguito un Corso Professionale, mentre il 5% si è fermato alla Licenza Elementare. (Cfr. grafico 27).

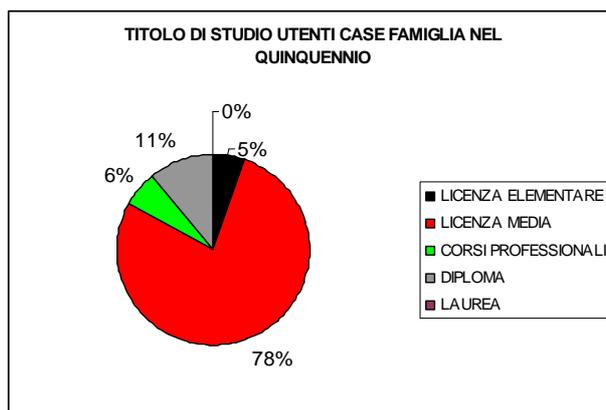


Grafico 27

Dall'analisi dei titoli di studio suddivisi per genere si evince che le percentuali sono molto simili tra loro. La differenza più rilevante tra i due sessi è la presenza del 10% degli uomini che si è fermato alla Licenza Elementare contrariamente alle donne che hanno proseguito negli studi (Grafici 28 e 29).

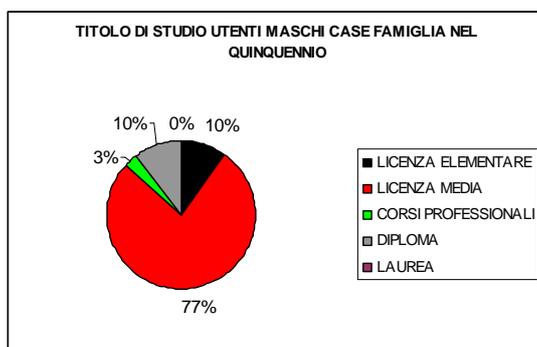


Grafico 28

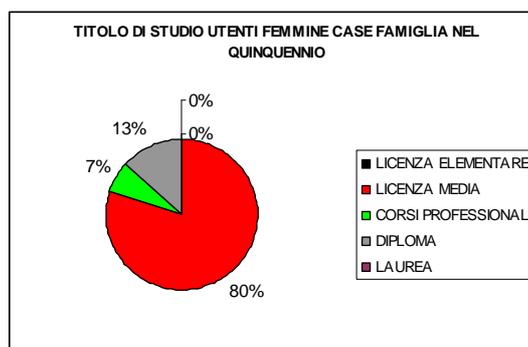


Grafico 29

Professione

Riguardo alle professioni, emerge un'eterogeneità tra le professioni. La percentuale maggiore degli utenti, il 46%, dichiara di essere disoccupato, mentre il 43% risulta essere occupato. Di questi ultimi il 24% è libero professionista, mentre il 19% risulta essere dipendente. Non emerge nessun dato relativo a utenti in pensione, mentre il 24% non ha comunicato la propria posizione occupazionale (Grafico 30).

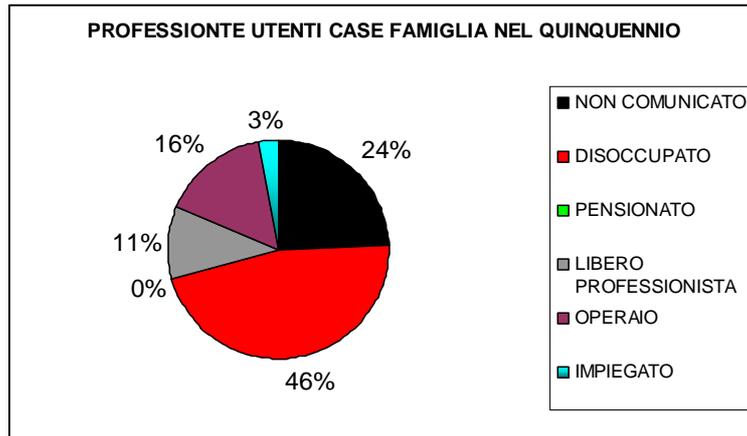


Grafico 30

Come si può osservare dai grafici 31 e 32 i maschi disoccupati sono in minoranza (31%), rispetto alle donne (70%). Anche per le professioni si può notare una differenza. Infatti, il 19% degli uomini riferisce di essere libero professionista *versus* il 2% delle donne, così come nella categoria degli operai si registra una maggiore percentuale di maschi (18%), rispetto alle femmine (3%).

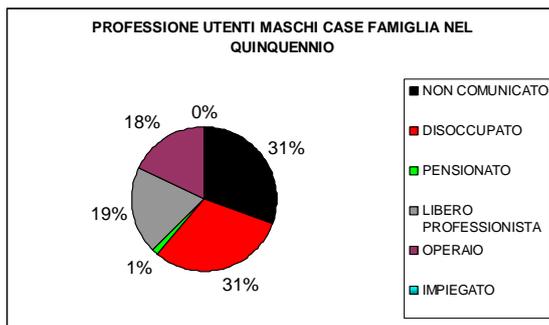


Grafico 31

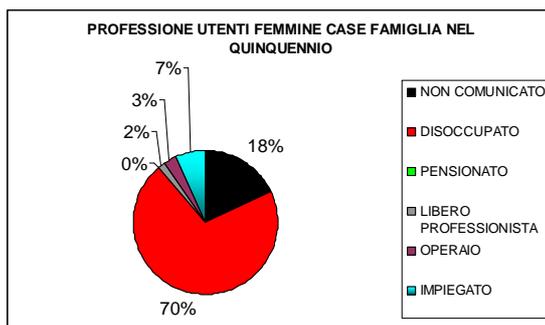


Grafico 32

Media giornate di presenza nel servizio

Come si può osservare dal grafico 33 la media delle giornate di presenza degli utenti ha subito un incremento dall'anno 2006-2007 mentre presenta un andamento stabile negli anni seguenti (2007-2010).

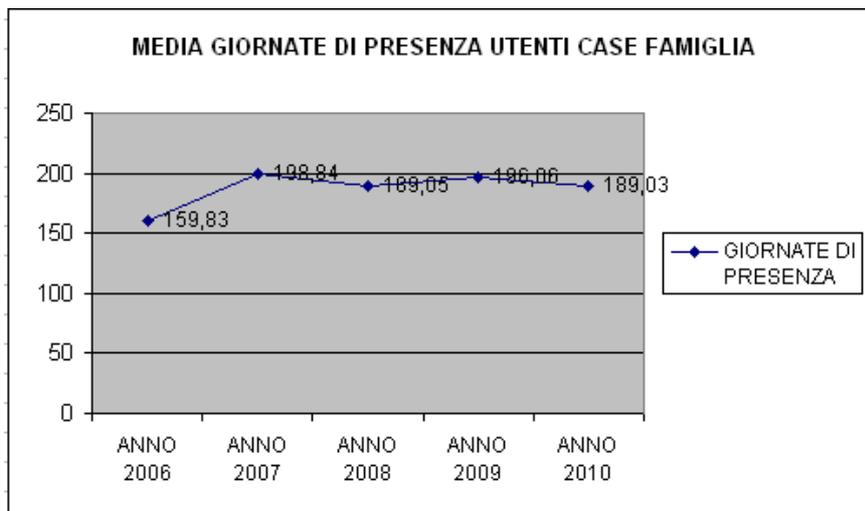


Grafico 33

NOTA: sono state conteggiate anche le giornate di presenza degli utenti in regime Semiresidenziale, ovvero degli ospiti del Servizio Diurno presenti nelle Case Famiglia, i quali costituiscono una minima percentuale dell'utenza totale del Servizio, ossia il 6,8%.

Dal confronto tra i generi emerge una minima differenza nella frequenza al servizio, difatti gli uomini tendono ad essere leggermente più presenti rispetto alle donne (Cfr. Grafici 34 e 35).

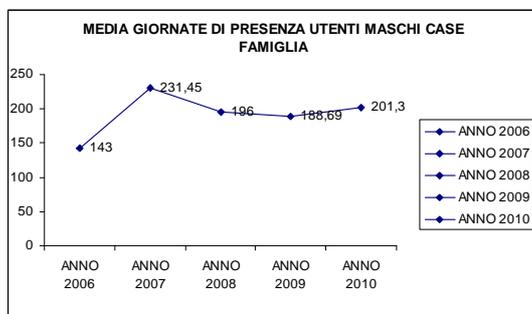


Grafico 34

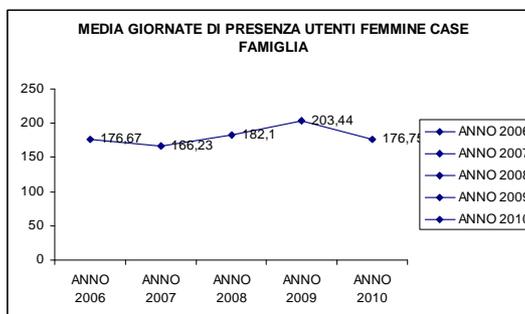


Grafico 35

Classi Diagnostiche

Tra le patologie analizzate le più rappresentative sono quelle relative ai disturbi psicotici che sfiorano quasi il 59%; a seguire vi sono i disturbi dell'umore (30%), i disturbi di personalità (10%), mentre una piccola percentuale è rappresentata dai Disturbi d'ansia (0,8%). (Cfr. tabella 6).

Tabella 6

utenti case famiglia divisi per classi diagnostiche	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbi cognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	52%	64%	56%	62%	60%
disturbi dell'umore	36%	21%	41%	29%	25%
disturbi d'ansia	0%	4%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	12%	11%	3%	9%	15%
non comunicato	0%	0%	0%	0%	0%

I Disturbi psicotici hanno percentuali elevate in entrambi i generi, sebbene prevalgano all'interno della categoria maschile con una media totale del 68% rispetto al 45% delle femmine.

I Disturbi dell'umore sono equamente rappresentati tra le categorie, con una percentuale del 31%. Si riscontra inoltre una notevole differenza per quanto riguarda i Disturbi di Personalità ampiamente diffusi nel genere femminile (19%), e scarsamente rappresentati in quello maschile (1%). (Cfr. Tabelle 7 e 8).

Tabella 7

utenti femmine case famiglia divisi per classi diagnostiche	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbi cognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	40%	59%	50%	45%	29%
disturbi dell'umore	40%	23%	42%	22%	29%
disturbi d'ansia	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	20%	12%	0%	22%	42%
non comunicato	0%	6%	8%	11%	0%

Tabella 8

utenti maschi case famiglia divisi per classi diagnostiche	2006	2007	2008	2009	2010
delirium, demenza, disturbi amnestici ed altri disturbi cognitivi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi indotti da sostanze	0%	0%	0%	0%	0%

utenti maschi case famiglia divisi per classi diagnostiche	2006	2007	2008	2009	2010
schizofrenia ed altri disturbi psicotici	61%	75%	56%	69%	77%
disturbi dell'umore	33%	25%	44%	31%	23%
disturbi d'ansia	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi somatoformi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dissociativi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi sessuali	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'alimentazione	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del sonno	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi del controllo degli impulsi	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi dell'adattamento	0%	0%	0%	0%	0%
disturbi di personalita'	6%	0%	0%	0%	0%
non comunicato	0%	0%	0%	0%	0%

3.3.3 Osservazioni conclusive

Dall'analisi dei dati si osserva che l'utenza delle Case Famiglia ha subito nel corso del quinquennio un forte decremento, passando da 60 utenti nel 2006, a 30 nel 2010. Tale calo è evidente anche dall'analisi dei dati per ciascuna Casa Famiglia.

Si registra inoltre una differenza nel numero di utenti delle diverse Strutture di Guspini e di Serramanna. Infatti, la media degli utenti nel quinquennio, è rispettivamente di 13,6 ospiti per la prima, e di 29 per la seconda.

Il numero degli operatori rimane costante nell'arco degli anni (ad eccezione della figura del medico); è da sottolineare inoltre come il loro numero sia analogo in entrambe le strutture nonostante la differenza di utenti.

La distribuzione geografica dell'utenza è molto eterogenea, il flusso degli utenti arriva maggiormente dai Comuni in cui sono ubicate le case Famiglia e dai Comuni fuori Provincia.

Dall'analisi dei dati sociodemografici si osserva come la distribuzione dei generi sia bilanciata così come l'età media dell'utenza (39 anni). La scolarizzazione risulta piuttosto bassa, il 78% infatti ha conseguito come Titolo di Studio soltanto la Licenza Media. Per quanto riguarda la situazione occupazionale si registra che una buona percentuale di utenti ha un'occupazione lavorativa. Tale dato è interessante perché contrario alle aspettative; Infatti, la maggior parte dell'utenza presenta una patologia psichiatrica piuttosto grave (il 60% rientra nell'area psicotica)¹⁶.

Gli utenti permangono stabilmente all'interno delle Strutture menzionate per lunghi periodi di tempo, come si evince dall'osservazione nel quinquennio. L'obiettivo che tali Strutture si propongono è quello di offrire assistenza riabilitativa sviluppando le capacità di autonomia personale, relazionale e sociale; a tal fine esse erogano *pattern* di trattamento intensivi e a lungo termine.

3.4 Gruppi di convivenza

I Gruppi di Convivenza sono residenze (che includono di norma 3 - 4 persone) rivolte ad utenti in carico al DSMD che necessitano di un supporto per le attività della vita quotidiana per alcune ore al giorno. L'inserimento dell'utente in un gruppo di convivenza ha l'obiettivo di favorire lo scambio relazionale. La convivenza permette

¹⁶ Le percentuali delle altre categorie diagnostiche sono del 30% per i disturbi dell'umore e del 10% per quelli di Personalità.

la condivisione dell'esperienza quotidiana di vita la quale è funzionale agli obiettivi di riabilitazione e di salute.

Entrambe le Case Famiglia di Serramanna e di Guspini prevedono al loro interno il Gruppo di Convivenza.

Le figure professionali presenti nel Gruppo di Convivenza di Serramanna e di Guspini sono costituite da Educatori Professionali e da OSS. La figura dell'Educatore è sempre presente negli anni oggetto di osservazione, mentre quella dell'OSS si è inserita nell'organico solamente negli ultimi 2 anni osservati (Cfr. Grafico 36 e Grafico 37).

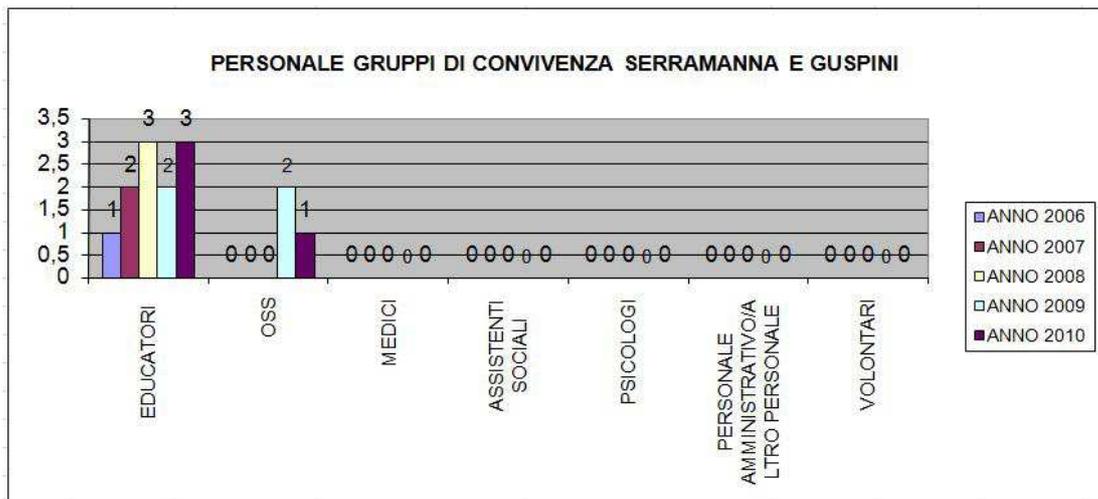


Grafico 36

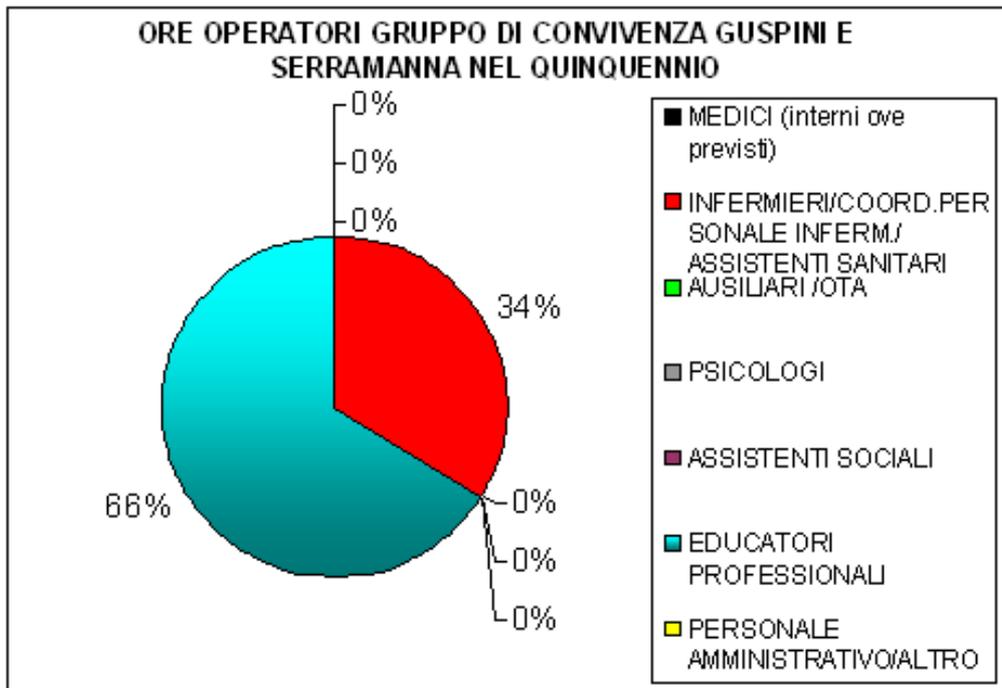


Grafico 37

L'utenza dei Gruppi di Convivenza di entrambe le strutture subisce un incremento nel corso degli anni passando da 2 utenti nel 2006 a 7 nel 2010, come si può osservare dal grafico sottoriportato (Grafico 38). L'utenza tende a permanere nelle strutture in maniera stabile nel corso degli anni. L'incremento invece è dovuto all'inserimento di nuovi utenti.

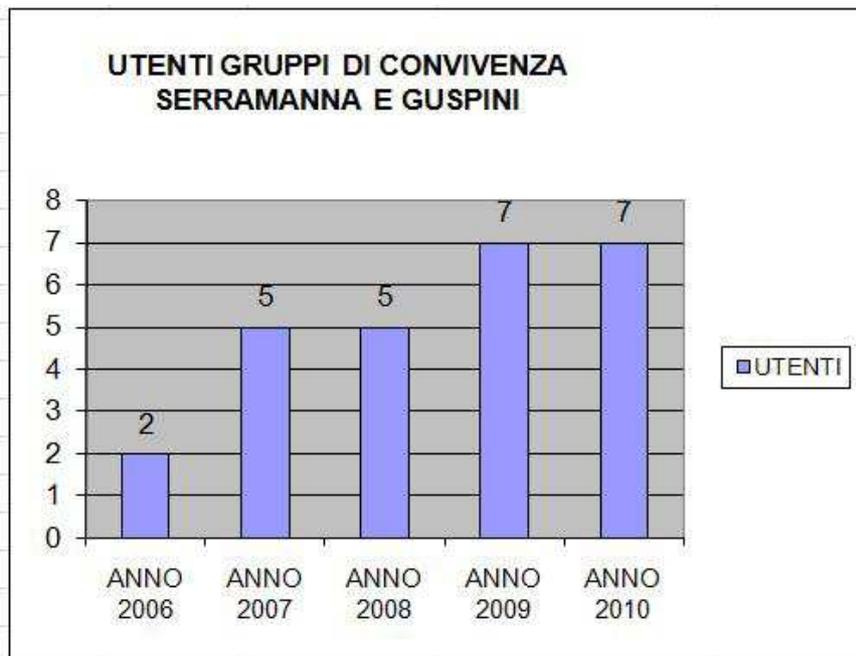


Grafico 38

Il genere maschile è maggiormente rappresentativo degli utenti del gruppo di convivenza. Per quanto riguarda l'età vi è un'eterogeneità, con ospiti molto giovani (under 25) ed altri più maturi (over 50). La scolarità ha un livello basso; infatti, la maggior parte possiede solo il titolo di Licenza Media, inoltre la quasi totalità non ha un'occupazione.

Come è emerso per gli altri servizi Residenziali le diagnosi più frequentemente riscontrate sono quelle dei Disturbi appartenenti all'area psicotica.

Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012

Gianfranco CARBONI
ASL di Sanluri
Aldo CASADIO
ASL di Sanluri

Abstract

This essay is divided into three parts: the first gives synthetic information about "Is Arenas", a penitentiary located in the town of Arbus; the assistance provided in 2011 by the health services is described, giving an insight on the health needs in the difficult and complex world of detention. The second part deals with the health conditions of the inmates on the basis of a study of 230 medical records referring to them between January 1 and April 30, 2012. The third part describes the health needs observed by the Department of Mental Health and Addictions of the Local Health Unit (ASL) n. 6 Sanluri, through two surveys carried out on June 30 and December 31, 2011.

Keywords

State of health, mental health, addiction, prison population, "Is Arenas" Penitentiary, ASL n. 6

Riassunto

Il contributo si divide in tre sostanziali parti: una prima nella quale vengono fornite delle sintetiche informazioni relative alla Casa di Reclusione di “Is Arenas”, sita nel territorio comunale di Arbus, con descrizione dell’offerta assistenziale erogata nel corso del 2011 dal sistema sanitario dell’amministrazione penitenziaria, da intendersi come descrizione dei bisogni di salute nel difficile e complesso mondo carcerario; una seconda parte che descrive lo stato di salute dei detenuti sulla base di uno studio effettuato su 230 cartelle cliniche appartenenti ai reclusi presenti a “Is Arenas” nel periodo intercorrente tra il 1 gennaio e il 30 aprile 2012; una terza e ultima parte nella quale vengono descritti i bisogni di salute osservati dal Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze della ASL n. 6 di Sanluri attraverso due rilevazioni puntuali effettuate il 30 giugno e il 31 dicembre del 2011.

Parole chiave

Stato di salute, salute mentale, dipendenza, popolazione carceraria, Casa di Reclusione “Is Arenas”, ASL n. 6 di Sanluri

1. Premessa

Questo lavoro, nel fornire alcune preliminari notizie sulla Casa di Reclusione “Is Arenas” di Arbus, descrive, in primo luogo, l’offerta assistenziale erogata ai detenuti nell’arco del 2011, sottolineando, nel contempo, le peculiarità dei bisogni di salute in ambito carcerario. Segue un’analisi dello stato di salute sulla base di uno studio effettuato su 230 cartelle cliniche appartenenti ai detenuti presenti nella Casa di Reclusione nel periodo intercorrente tra il 1 gennaio e il 30 aprile 2012. Elaborazione di dati che è stata condotta in modo da poter effettuare anche qualche comparazione con uno studio più rappresentativo e significativo di popolazione penitenziaria. A tal fine, la scelta è ricaduta sullo studio condotto nella Regione

Toscana nel 2010¹. Nella terza e ultima parte viene descritto lo stato delle dipendenze da sostanze stupefacenti e da alcol dei detenuti attraverso l'ausilio della scheda Tox e della scheda alcologia.

La finalità di questo lavoro è stata quella, in primo luogo, di valutare i bisogni di salute della popolazione carceraria, anche se con tutta una serie di limiti (trattandosi di un semplice campione di popolazione non statisticamente significativo sia a livello nazionale che regionale, e considerando il continuo turnover dei detenuti); in secondo luogo, si è inteso approfondire un'esperienza, quantunque circoscritta a un'unica Casa di reclusione, per progettare un sistema di monitoraggio a supporto della programmazione, organizzazione e gestione/controllo delle attività e dei risultati conseguiti.

2. Peculiarità dell'Istituto di Pena e aspetti dell'offerta assistenziale sulla base dei dati di attività del 2011

2.1 Ubicazione, viabilità e caratteristiche orografiche

La Casa di Reclusione si estende interamente in territorio del Comune di Arbus nella Provincia del Medio Campidano. L'istituto, inaugurato il 28 ottobre del 1961, fu l'ottava colonia penale istituita in Italia dopo l'Asinara, Mamone, Isili, Capraia, Gorgona, Pianosa e Lonate Bozzolo². La Casa di Reclusione, con i suoi 2.700 ettari, è una delle più estese d'Italia. Il suo territorio è ricoperto, in gran parte, da macchia mediterranea e riveste una notevole importanza da un punto vista faunistico e botanico³. La struttura è ubicata in una zona ex mineraria isolata orograficamente dal resto del territorio da un sistema montuoso collinare a cui si accede tramite una strada costituita da sole curve e da alcuni tornanti, con scarsa segnaletica e carenti mezzi di protezione della carreggiata. Sebbene disti circa 30 Km dal più vicino poliambulatorio (Guspini) e 45 Km dall'ospedale di San Gavino Monreale, i tempi di accesso sono quindi particolarmente lunghi (40 minuti da Guspini e 55 da San Gavino Monreale). Talvolta a causa delle situazioni meteorologiche i tempi raddoppiano o addirittura la località diventa non più raggiungibile (un tratto stradale è a 600 metri di quota).

2.2 Peculiarità dell'Istituto di Pena

L'Istituto di Pena si caratterizza per la sua attività di recupero mediante il lavoro. Le attività lavorative sono diverse, alcune con un certo grado di rischio lavorativo: agricoltura, zootecnia, officina, uso di mezzi pesanti e lavori edili. L'attività lavorativa si svolge in diversi spazi tra loro distanti anche alcuni Km. Anche le diramazioni in cui sono reclusi i detenuti distano tra loro da 1 a 4 Km. Da segnalare, inoltre, l'attività legata al giornale penitenziario denominato «Ricominciare - La

¹ Si tratta del seguente studio: ARS TOSCANA AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ, *Lo stato di salute dei detenuti toscani*, Nuova MCS srl., Firenze 2010.

² Per notizie più dettagliate sulla storia della struttura carceraria, cfr. MONIA GEMMA MANIS, MARTA SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, in PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano*, Centro Studi SEA-Provincia Medio Campidano, Villacidro-Sanluri 2010. In particolare, si veda il paragrafo 6.3 di Marta Sanna, *La Casa di reclusione di Is Arenas: cenni storici*, pp. 89-90.

³ Sulle caratteristiche naturalistiche della Casa di Reclusione, cfr. Ivi, paragrafo 6.2 *La Casa di reclusione di Is Arenas: descrizione geografica a naturalistica*, pp. 88-89.

Libertà di Pensare», al quale molti detenuti hanno collaborato tra il giugno del 1988 e il dicembre del 1992 quando uscì l'ultimo numero⁴.

2.3 Popolazione assistita

La ricettività dell'Istituto di Pena è di 228 detenuti maschi adulti. L'alto e continuo turnover dei detenuti comporta di fatto che il numero delle persone da seguire nel corso dell'anno sia però ben maggiore, conseguentemente il profilo di salute è soggetto a modificarsi continuamente e bruscamente. Da un momento all'altro è possibile un arrivo consistente di nuovi giunti (anche di qualche decina) o la costituzione volontaria di qualcuno. In queste situazioni la struttura deve essere in grado di prestare la necessaria assistenza alle più diverse situazioni cliniche in ogni giorno della settimana e ad ogni ora. Assistenza rispetto a bisogni di salute fisici/biologici e mentali/psicologici, talvolta non ancora bene inquadrati diagnosticamente e con le più disparate terapie in corso.

La popolazione detenuta nel 2011 è costituita al 70% da stranieri extracomunitari, quindi con problemi anche di comprensione linguistica, culturale e antropologica⁵.

Oltre alla popolazione detenuta, sono presenti un centinaio di operatori della polizia penitenziaria, altri operatori dell'amministrazione penitenziaria e familiari ivi residenti, oltre alla presenza stagionale di circa 250 persone in soggiorno turistico nei mesi estivi.

2.4 Quadro dell'attuale offerta assistenziale: risorse umane, locali e dotazione tecnica

L'Assistenza sanitaria di base è garantita da un medico che ricopre la figura del Medico Incaricato, con compiti anche di organizzazione e coordinamento, e da cinque medici del Servizio Assistenza Integrativa ai detenuti (SIAS) che, avvicinandosi, garantiscono la presenza di un medico nelle 24 ore. Oltre l'assistenza medica di base, tali medici svolgono le attività di assistenza e medico legali previste dall'ordinamento penitenziario, nonché di prevenzione dei fenomeni di autolesionismo e di violenza, raccordandosi con le altre figure dell'istituto (direzione carceraria, polizia penitenziaria, magistrati, educatori).

L'assistenza specialistica è svolta in sede con specifici fondi della Casa di Reclusione ed è limitata alla cardiologia, infettivologia, odontoiatria e oculistica.

Operano nell'istituto 6 infermieri che, assieme all'infermiere in convenzione del Servizio Dipendenze (SERD), garantiscono l'assistenza infermieristica dalle ore 6 alle ore 22.

L'attività ambulatoriale è articolata su quattro ambulatori: uno ubicato in ciascuna delle tre diramazioni carcerarie e uno in un edificio dell'area riservata al personale dell'amministrazione penitenziaria. Il Medico incaricato ha un suo ufficio e dispone di un locale adibito a farmacia.

L'organizzazione attuale del servizio di assistenza sanitaria è la seguente:

⁴ «La rivista, realizzata grazie alla disponibilità di fondi regionali e di contributi del Ministero per le attività culturali, è diventata uno strumento attraverso il quale raccontare alla società la realtà dei luoghi in cui si sconta la pena. Un'esperienza positiva che ha potuto contare anche sulla collaborazione degli organi di informazione regionali quali la RAI e l'Unione Sarda» (SANNA, *La Casa di reclusione di Is Arenas: cenni storici*, cit., in MANIS, SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, cit., p. 90).

⁵ Sulla base di un altro studio, relativo al 2009 e pubblicato nel 2010, i detenuti stranieri rappresentavano il 60% della popolazione carceraria totale della Casa di reclusione. Si veda a tal proposito il contributo di MANIS, SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, cit., pp. 87 e 91-107.

- Servizio Integrativo Assistenza Sanitaria (SIAS): nei giorni festivi -turno continuativo- si coprono le 24 ore, nei giorni feriali 21 ore.
- Medico Incaricato: 18 ore settimanali (completamento copertura servizio nelle 24 ore/die assieme al medico tossicologo a 24 ore settimanali).
- Servizio Infermieristico: infermieri di ruolo turni da otto ore (una settimana 5 e una 4); parcellisti simili a quelli di ruolo ma modificabili secondo le esigenze di servizio; Infermiere SERD 24 ore settimanali (totale ore: di ruolo n. 2 x 36 h + n. 1x18 h + 72 h parcellisti e 24 h SERD= n. 186 ore).

2.5 Profilo di salute, attività e prestazioni erogate. Peculiarità dei bisogni di salute in ambito penitenziario

La malattia, la sua evoluzione, l'approccio terapeutico acquisiscono nel carcere una loro specificità. In particolare, in quanto la detenzione incide sia nella sua dimensione individuale ove il singolo si trova ad affrontare una realtà nuova e particolare con effetti incisivi sulla personalità psichica e fisica e con il rischio di sfociare in atti di auto od eteroviolenza, sia nella dimensione collettiva con tutte le implicazioni che la promiscuità e le relazioni non consensuali spesso comportano (rischi di contagio, violenza fisica e psichica gratuita...). La stessa funzione medica non si esaurisce nell'applicazione tecnica ma richiede, per la complessità delle situazioni cliniche, una preparazione degli aspetti psicodinamici dei soggetti detenuti e una conoscenza del contesto di vita nelle carceri. Anche i bisogni di salute che al di fuori di tale realtà sarebbero oggetto di isolati interventi, qui necessitano di un approccio integrato tra i diversi operatori. Anche per tali ragioni nel passaggio delle competenze al SSN, il Distretto è stato indicato quale naturale struttura organizzativa deputata al governo di tale assistenza.

2.6 L'assistenza sanitaria di base

L'attività è garantita in tutte le sue fasi nel rispetto delle indicazioni dell'Ordinamento penitenziario, ai sensi della legge n. 740/70⁶ e degli artt. 11 della legge n. 354/75⁷ e 17 del D.P.R. n. 431/76⁸ che regola l'organizzazione dei servizi sanitari.

L'attività in favore dei detenuti prevede, altresì, una serie di controlli medici che, in ossequio al secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, devono essere effettuati, per legge, indipendentemente dalla richiesta dell'interessato e dalla manifestazione del suo consenso: la visita medica d'ingresso e la visita medica periodica. L'espletamento di tali attività apre la strada alla diagnosi, cura e ricovero nell'interesse del singolo e di tutte le altre misure che si riterranno necessarie per tutelare la salute della comunità reclusa.

La visita medica d'ingresso, obbligatoria, da effettuare non oltre il primo giorno, costituisce, insieme al presidio psicologico, uno strumento di garanzia rivolto, da un lato, a verificare l'assenza di patologie, dall'altro, a rilevare cause di rinvio

⁶ Legge 7 ottobre 1970, n. 740, *Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria*, pubblicata sulla G.U. n. 270 del 24 ottobre 1970.

⁷ Legge 26 luglio 1975, n. 354, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, pubblicata sulla G.U. n. 212 del 9 agosto 1975, Supplemento Ordinario. (D'ora in avanti la legge sarà citata O.p., abbreviazione di Ordinamento penitenziario).

⁸ DPR 29 aprile 1976, n. 431, *Approvazione del regolamento di esecuzione della legge 26 luglio 1975, n. 354, recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*, pubblicato sulla G.U. n. 162 del 22 giugno 1976, Supplemento Ordinario.

dell'esecuzione della pena. La visita medica generale deve essere effettuata all'atto dell'ingresso in istituto allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche, e deve esplicarsi in maniera approfondita per evitare che forme patologiche sfuggano al controllo sanitario e manchino, quindi, nel corso della detenzione o dell'internamento, di adeguate attenzioni e cure. I provvedimenti potranno consistere, in proporzione alla gravità della malattia e al livello di organizzazione del servizio sanitario dell'istituto, nel ricovero del detenuto in infermeria, in un centro diagnostico terapeutico o, infine, in un luogo esterno di cura. In relazione allo stato di tossicodipendenza, visto il Decreto 12.7.1990 n. 186 del Ministero della Sanità⁹, il sanitario che effettua la visita di primo ingresso deve esprimere un giudizio sull'eventuale tossicodipendenza del soggetto (accertamento preliminare per la definizione dei programmi socio-sanitari e riabilitativi da riservarsi ai detenuti tossicodipendenti), nonché valutare il rischio infettivo delle patologie correlate allo stato di dipendenza (epatite, AIDS etc.) per evitare la diffusione delle patologie nell'ambiente carcerario notoriamente afflitto da comportamenti ad alto rischio e da gravi problemi di sovraffollamento e promiscuità. In tal senso, presso la Casa di Reclusione è prassi effettuare lo screening per la TBC e degli esami ematici di routine. Attività di prevenzione assicurate anche al personale dell'amministrazione penitenziaria.

L'assistenza sanitaria è assicurata nel corso della permanenza in istituto:

1. da periodici e frequenti riscontri indipendentemente dalle richieste dell'interessato;
2. da visite quotidiane agli ammalati e a coloro che ne facciano richiesta.

Ai fini preventivi, gli operatori sono tenuti all'espletamento dell'accertamento obbligatorio dello stato di salute psicologico (apposito Servizio nuovi giunti: presidio psicologico che si affianca, senza sostituirli, alla prima visita medica generale e al colloquio di primo ingresso). Consiste in un colloquio con il nuovo giunto, nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione, allo scopo di prevenire possibili pericoli per l'incolumità psico-fisica (dinamiche autolesionistiche o suicide o tali da esporli a violenza da parte di altri detenuti). Tale attività è svolta in modo molto stretto con il resto del personale dell'amministrazione penitenziaria (personale di custodia, personale di matricola, educatore e direzione del carcere), nonché ovviamente con gli altri operatori sanitari. Lo stesso Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria raccomanda: «devono essere valutati unitariamente, in quanto suggeriscono, impongono o condizionano decisioni e iniziative di competenza ed interesse, sia dell'area del trattamento, sia dell'area sanitaria, sia dell'area di sicurezza, a partire dalla fondamentale e preliminare, delicatissima decisione della assegnazione del detenuto, o dell'internato, ad un determinato reparto o sezione, ad una determinata stanza»¹⁰.

L'Ordinamento Penitenziario (O.p.) prescrive poi che il detenuto, prima di essere trasferito, deve essere visitato dal medico per certificarne lo stato di salute, con particolare riguardo all'assenza di condizioni che lo rendano inidoneo a sopportare il viaggio o la presenza di patologie che richiedano particolari cautele ed accorgimenti. Tale funzione è particolarmente delicata in quanto vi è anche il rischio di simulazioni

⁹ Decreto ministeriale 12 luglio 1990, n. 186, *Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere*, pubblicato sulla G.U. n. 163 del 14 luglio 1990.

¹⁰ Circolare n. 3357-5787 del 7 febbraio 1992.

da parte del detenuto per sottrarsi al regolare corso della giustizia o all'esecuzione di un provvedimento dell'Amministrazione penitenziaria.

L'o.p. prevede anche l'isolamento continuo, una misura, di natura amministrativa per motivi sanitari¹¹, che viene prescritta dal medico allo scopo preventivo di evitare la diffusione di malattie contagiose. L'isolamento che deve cessare non appena sia venuto meno lo stato contagioso. L'isolamento anche quando si atteggia, al di fuori della prevenzione, quale misura disciplinare non prescinde mai dalle condizioni di salute ed è sempre richiesta la certificazione, rilasciata dal sanitario, circa l'idoneità del soggetto a sopportarla.

Le funzioni di medicina legale, previste dall'art. 14 della legge 833/78¹², si esplicano mediante accertamenti, certificazioni ed ogni altra prestazione avente finalità e natura medico-legale. Esse hanno riguardo a valutazioni clinico biologiche relative a specifiche norme di legge tra le quali si rinviene, ad esempio, l'accertamento per l'inidoneità lavorativa temporanea, per inidoneità lavorativa per infermità, per l'invalidità permanente per infortunio sul lavoro o malattia professionale, etc.

In ambito penitenziario, l'attività medico legale rappresenta una funzione importante e qualificata. Nel carcere, infatti, la funzione svolta dal personale sanitario abbraccia, come si è visto, una serie di mansioni specificamente penitenziarie e che costituiscono il presupposto dell'adozione di provvedimenti incidenti sullo stato detentivo (giudizio di incompatibilità, richiesta di degenza in infermeria o nei centri clinici penitenziari o in luogo esterno di cura). Parimenti, il medico è chiamato ad esplicitare attività medico legale in situazioni in cui è importante la conoscenza dei concetti di invalidità, malattia e denuncia di morte (con particolare riguardo alla diagnosi differenziale fra lesioni vitali e post-mortali), come nel caso in cui si incorra in lesività di tipo meccanico prodotta da terzi, autolesionismo in occasione di suicidio o istigazione, violenza sessuale, delitto di percosse e di lesione personale.

Nel corso del 2011 sono stati assicurati circa 2.600 interventi medici di assistenza sanitaria ai detenuti, nonché tuta una serie di altre prestazioni in favore degli operatori dell'amministrazione penitenziaria e dei loro familiari. Sono state effettuate 18 vaccinazioni antitetaniche e 30 HBV. Inoltre, è stato assicurato lo screening per la TBC (n. 189 tubertest) e la gestione degli interventi di profilassi conseguenti alla individuazione di un caso di TBC nel gennaio 2011.

2.7 L'assistenza specialistica

Nel carcere sono presenti le patologie più svariate, che spesso poi coesistono nella stessa persona. Questo spesso richiede la possibilità di potersi avvalere anche in modo ordinario di figure specialistiche. Presso la Casa di Reclusione di Is Arenas, ad esempio, è necessaria la figura costante del tossicologo per far fronte alle problematiche terapeutiche farmacologiche. Per quanto riguarda le infezioni da HIV, l'Amministrazione penitenziaria ha curato, per tempo, di inserire fra i settori della medicina specialistica anche la infettivologia e l'immunologia, sollecitando i Direttori degli istituti a stipulare apposite convenzioni in modo da assicurare all'interno degli istituti la presenza di uno specialista. A tal fine è stato predisposto anche un *Protocollo per l'accertamento alla sieropositività in persone detenute e per la sorveglianza clinica ed immunologica di reclusi con l'infezione da HIV* elaborato dalla

¹¹ O.p., art. 34.

¹² Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, pubblicata sulla G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978, Supplemento Ordinario.

Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e trasmesso al Ministero della Sanità per la diffusione presso le strutture sanitarie interessate.

Le figure specialistiche che hanno operato nel corso del 2011 all'interno della Casa di Reclusione sono quelle garantite mediante convenzioni con privati professionisti e quelle espletate mediante specifiche convenzioni con l'ASL Sanluri. Nel 2011, tra le prime figurano: la cardiologia con n. 110 consulenze (visita e ECG), l'odontoiatria con n. 72 interventi, l'infettivologo con n. 47 consulenze e l'oculistica con n. 26 consulenze. Nel corso dell'anno sono state erogate anche circa 200 consulenze ortopediche per tramite medico specialista del SIAS, oltre che alcune consulenze odontoiatriche urgenti. I prelievi ematici sono stati n. 145. Tra le seconde, proprio per venire incontro alle gravi difficoltà della Casa di Reclusione nella effettuazione delle traduzioni, figurano quelle previste dall'ASL 6 di Sanluri nella delibera n. 382 del 6/7/2009 con la quale si sono concordati una serie di accessi specialistici come segue:

Dirigente medico chirurgia = 48 ore anno: ogni consulenza è conteggiata per 30 minuti di attività a cui aggiungere il rimborso Km.

Anno 2010: n. 42 consulenze;

Anno 2011: n. 73 consulenze in 8 accessi.

Dirigente medico urologia = 12 ore anno: ogni consulenza è conteggiata per 30 minuti di attività a cui aggiungere il rimborso Km.

Anno 2010: n. 16 consulenze;

Anno 2011: n. 16 consulenze in 3 accessi.

Dermatologia: tramite accessi programmati alla Casa di Reclusione del dermatologo convenzionato interno: ogni anno circa 5 accessi con 49 consulenze specialistiche.

A questa attività si deve aggiungere quella erogata presso le strutture aziendali come segue:

Poliambulatorio di Guspini: n. 7 consulenze ORL;

Ospedale San Gavino Monreale: n. 108 consulenze (prevalentemente Rx torace).

2.8 La salute mentale e le tossicodipendenze

Come già accennato, un aspetto rilevante è costituito dai problemi di salute mentale. Il disagio mentale in carcere pone l'esigenza di realizzare un vero servizio sanitario specialistico in un contesto in cui è spesso difficile identificare situazioni di disturbo psichico ed anche evidenti manifestazioni di disturbo del comportamento o della personalità, spesso non diagnosticate come patologie psichiatriche. A tal scopo deve essere garantita in ogni istituto la presenza almeno di uno specialista in psichiatria. Nonostante la disposizione non imponga la presenza dello specialista a tempo pieno limitandosi a prevedere la possibilità di un pronto intervento, oggi lo si considera una figura indispensabile all'interno del carcere. Lo specialista non è chiamato soltanto ad intervenire terapeuticamente di fronte a tutte le manifestazioni sintomatiche del disagio psichico, ma deve anche partecipare come "esperto" all'attività di osservazione e trattamento. Non per ultimo, la prevenzione dei suicidi e la necessità degli interventi precoci di contrasto alla manifestazione ed evoluzione delle patologie psichiatriche comportano una presenza frequente degli operatori e la necessità di una forte integrazione con gli altri operatori sanitari e dell'amministrazione penitenziaria per definire le azioni e le strategie necessarie: individuazione precoce dei casi a rischio, definire i percorsi di presa in carico dei casi, verifica eventuali bisogni formativi degli operatori, ecc.

Il campo delle tossicodipendenze rappresenta, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai detenuti, l'unico esempio di completa gestione delle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) e di attuazione della legge 833/78. L'art. 96, primo comma, T.U. 309/90 recita: «Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione»¹³.

L'ASL è il soggetto che, d'intesa con l'istituto e in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario interno, è deputato alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti.

Il SERD costituisce, pertanto, la struttura di riferimento dell'ASL, per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e assicura i principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico farmacologico. Nell'ambito delle proprie competenze provvede altresì ad attuare interventi di informazione e di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza.

Qualora il tossicodipendente sia ristretto in un istituto penitenziario, il SERD di riferimento è quello dell'ASL in cui ha sede l'istituto stesso. Spetta, dunque, a tale struttura farsi carico del soggetto e apprestare gli interventi da attuarsi nel più vasto ambito del trattamento penitenziario individualizzato di cui all'art. 13 della legge 354/75. In tale funzione il SERD opera in nome e per conto del SERD di residenza, pur mantenendo dei contatti con quest'ultimo per i rapporti collaborativi.

L'Amministrazione penitenziaria deve offrire spazi adeguati per gli interventi del personale sanitario del SSN. La fattiva realizzazione degli obiettivi di cura e riabilitazione presuppone, dunque, una programmazione congiunta delle risorse e degli interventi.

Tale servizio è strettamente collegato alla visita medica d'ingresso ove la presa in carico è quasi immediata.

Nel corso del 2011 sono state erogate circa n. 63 consulenze tramite lo psichiatra del Servizio Salute Mentale ASL Sanluri. Al 1/1/2011 i tossicodipendenti erano 84.

Si riepiloga qui di seguito il quadro dell'offerta garantita nel 2011. Le figure che hanno operato nell'istituto attraverso specifiche convenzioni ASL/Casa Reclusione sono le seguenti:

- Un medico tossicologo del SERD: 20 ore settimana;
- Uno psicologo del SER: 18 ore settimana;
- Un infermiere del SERD: 24 ore settimana;
- Uno psichiatra Salute Mentale: circa 12 ore settimana (incrementabili su richiesta medico tossicologo).

Circa la metà della popolazione carceraria è affetta da disturbo della personalità, mentre uno su dieci soffre di serie patologie mentali, quale psicosi e depressione grave.

È consuetudine che presso la Casa di Reclusione di "Is Arenas" si effettui un primo screening durante la prima visita d'ingresso per evidenziare immediatamente ogni problematica urgente relativa alla tossicodipendenza e alla salute mentale, con

¹³ DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, recante *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, pubblicato sulla G.U. del 15 marzo 2006, Supplemento Ordinario.

particolare attenzione al rischio di auto ed etero violenza. Attuate le prime misure e provveduto a portare i casi all'attenzione dei rispettivi servizi, nonché alla stessa amministrazione penitenziaria, ogni detenuto è preso in carico. In tal senso il tossicologo, in concerto con tutti gli operatori sanitari dell'istituto e con la psicologa, entrata di recente a far parte delle figure professionali sanitarie che da tempo operano in istituto, collabora con lo psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL di Sanluri, segnalando i casi più urgenti o quelli che comunque necessitano di una valutazione psichiatrica periodica.

Spesso il medico tossicologo, con i medici che operano in istituto, collaborano nella gestione delle terapie psico-farmacologiche in attesa di riscontro specialistico psichiatrico, considerata la notevole distanza del nostro istituto dal CSM territoriale di competenza.

La collaborazione tra medico tossicologo, psicologa e operatori sanitari si pone i seguenti obiettivi:

- Attivazione del sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e della valutazione periodica del disagio mentale;
- Attivazione di interventi per l'individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti con storia clinica di disagio mentale già segnalato dal carcere di provenienza;
- Garantire ai soggetti malati la possibilità di cura specialistica fornita dai servizi del territorio;
- Segnalare i soggetti con disturbo mentale incompatibili con le attività lavorative della colonia penale¹⁴.

2.9 L'assistenza ospedaliera e i ricoveri esterni

L'ordinamento penitenziario statuisce che «ove siano necessari cura o accertamenti diagnostici *che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti*»¹⁵ i detenuti sono trasferiti, con provvedimento del magistrato competente, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. Il trasferimento temporaneo potrà essere disposto sia per l'espletamento di una visita ambulatoriale specialistica che per il ricovero. Spetta esclusivamente al giudice, al quale la Direzione dell'istituto invia le certificazioni sanitarie, valutare le condizioni di salute del detenuto e decidere il ricovero all'esterno ovvero in un Centro diagnostico terapeutico dell'Amministrazione penitenziaria. I medici devono limitarsi a certificare le condizioni di salute e le risorse sanitarie disponibili. Gli operatori sanitari sono richiamati a redigere le relative certificazioni «con scrupolo e rigore assoluti, tassativamente evitando che un detenuto... possa essere trasferito quando le cure e gli accertamenti diagnostici richiesti possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti»¹⁶. La preoccupazione è di evitare possibili strumentalizzazioni da parte dei detenuti che, simulando o assumendo stati morbosi e patologici non esistenti o esagerando quelle esistenti, mirino a sottrarsi al regime di detenzione oltre ad evitare i notevoli costi sia economici che di personale impiegato per le traduzioni.

¹⁴ Ai fini di una maggiore tutela della salute, nel 2011 è stato avviato un progetto di educazione sanitaria per sensibilizzare la popolazione carceraria sul tema della salute, intesa come benessere psicofisico, corretto stile di vita, limitazione di sostanze come caffè, fumo e alcool, approfondendo le tematiche del rispetto della propria igiene e cura della persona e degli ambienti di vita.

¹⁵ O.p., art. 11, comma 2.

¹⁶ Tra le tante, si vedano le Circolari nn. 3182/5632 del 21 luglio 1986, 3258/5708 del 28 dicembre 1988, 3319/5769 del 6 luglio 1991.

Altro fenomeno di rilievo riguarda le stesse ordinanze di ricovero quando le relative certificazioni non provengano dagli organi sanitari penitenziari ma da altri soggetti. Le autorità giudiziarie frequentemente emettono le ordinanze, ai sensi del combinato disposto dell'art. 11 O.p. e dell'art. 240 dd. att. c.p.p., sulla base di certificazione clinica prodotta direttamente dagli interessati o dai relativi difensori. Le conseguenza, primariamente, è che l'ordinanza viene emessa senza il preventivo accertamento delle possibilità terapeutiche proprie dell'istituto e dei Centri diagnostici ubicati all'interno dell'Amministrazione penitenziaria e, solitamente, la stessa non è accompagnata dalla relativa certificazione sanitaria nel momento in cui viene trasmessa ai Direttori o contiene semplicemente la formula di rito «...per le cure di cui necessita». Di conseguenza è la stessa Direzione che dovrà individuare il luogo esterno di cura e dovrà, in secondo luogo, cercare di evitare inutili ritardi nell'esecuzione del provvedimento dovuti all'inoltro della richiesta, diretta alle strutture sanitarie locali, di disponibilità di posti letto che necessita della indicazione precisa della diagnosi e della patologia accorsa.

L'ultimo comma dell'art. 17 reg. prevede una procedura rapida per consentire, quando ricorrono ragioni di assoluta urgenza e non è possibile ottenere l'immediata decisione del giudice competente (Autorità Giudiziaria che procede o Magistrato di sorveglianza), il trasferimento del detenuto in un luogo esterno di cura. Il Direttore dell'Istituto, ove ravvisi lo stato di necessità che richiede l'immediato trasferimento del paziente, può e deve provvedere direttamente dandone contemporanea comunicazione al giudice. Il provvedimento che nega il ricovero in una struttura sanitaria esterna non è impugnabile. La giurisprudenza ritiene, infatti, che tale atto abbia contenuto amministrativo e non incida sulla sfera della libertà personale, ma soltanto sulle modalità di detenzione in quanto comunque il soggetto rimane *in vinculis*. La conseguenza è la non ricorribilità in Cassazione ex art. 111 del provvedimento di rigetto.

Nel corso del 2011 sono stati richiesti e attuati 4 ricoveri ospedalieri.

2.10 L'assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica riveste carattere strumentale rispetto alle altre prestazioni ed è erogata dall'ASL (art. 28 legge 833/78). Questa azienda sanitaria provvede da tempo ad assicurare i farmaci necessari secondo il Prontuario Farmaceutico aziendale. Spettano ai detenuti anche i farmaci di fascia C, se ritenuti necessari dal medico curante.

3. Lo stato di salute della popolazione carceraria nel periodo gennaio-aprile 2012

3.1 Descrizione delle caratteristiche generali della popolazione detenuta

L'analisi dello stato di salute della popolazione carceraria effettuata tra il gennaio e l'aprile del 2012 presso la Casa Reclusione "Is Arenas" di Arbus ha riguardato 230 detenuti. L'elaborazione dei dati è stata effettuata attraverso lo studio e la raccolta delle informazioni contenute all'interno di n. 230 cartelle cliniche.

Da questo studio emerge che la maggior parte dei detenuti sono compresi nelle fasce d'età 25-29, 30-34 e 35-39 anni. I detenuti di queste tre fasce d'età rappresentano il 61,3% dell'intera popolazione carceraria (cfr. Tab. 1).

Tabella 1 - Numero detenuti per classi d'età

Età	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	> 70	Totale
persone	28	56	45	40	32	15	7	1	1	4	1	230

I 230 detenuti sono in maggioranza stranieri: 192 (83,5%) su 38 italiani (16,5%). Sul totale dei detenuti, 150 (65,2%) provengono dal continente africano, 49 (21,3%) dall'Europa (inclusi i 38 italiani), 22 (9,6) dall'America Latina e 9 (3,9%) dall'Asia, come meglio specificato nella tabella 2.

Tabella 2 - numero detenuti suddivisi per continenti e Stati di provenienza

EUROPA		AFRICA		ASIA		AMERICA	
Belgio	1	Algeria	7	Afganistan	1	Argentina	1
Bulgaria	1	Costa D'avorio	1	Bangladesh	1	Bolivia	1
Italia	38	Egitto	7	India	3	Brasile	2
Kosovo	1	Gambia	2	Iraq	1	Cile	2
Polonia	2	Ghana	1	Pakistan	1	Colombia	2
Romania	2	Guinee Bissau	1	Singapore	1	Ecuador	2
Russia	1	Guinea	1	Sri Lanka	1	Guatemala	1
Spagna	2	Isole Comore	1	Totale	9	Liberia	1
Ungheria	1	Libia	1		3,9%	Paraguay	1
Totale	49	Marocco	80			Peru'	1
	21,3 %	Nigeria	17			Repubblica Dominicana	3
ITALIA	16,5%	Senegal	3			Santo Domingo	3
		Sierra Leone	2			Uruguay	1
		Sudan	2			Venezuela	1
		Tunisia	24			Totale	22
		Totale	150				9,6%
			65,2%				

3.2 Quadro generale della prevalenza dei bisogni di salute per grandi gruppi di cause

Escludendo gli interventi della Salute Mentale e delle Dipendenze, nonché quelli concernenti il servizio nuovi giunti/primo ingresso e le prestazioni medico legali, su 230 detenuti, 195 hanno manifestato una qualche patologia o disturbo tale da richiedere la necessità di un intervento sanitario del medico incaricato o del medico del Servizio Integrativo Sanitario (SIAS). Qui di seguito la descrizione per grandi gruppi di cause:

Tabella 3 - Prevalenza dei bisogni di salute per grandi gruppi (v.a. e v.p.)

Grandi gruppi di cause	N° detenuti	%
Mm. Infettive	64	27,83

Grandi gruppi di cause	N° detenuti	%
Digerente	156	67,8
Respiratorio	84	36,5
Circolatorio	22	9,6
Genitourinario	29	12,6
Cute	54	23,5
Endocrino/metabolismo/immunitario	36	15,7
Nervoso	17	7,4
Occhi	50	21,7
Orecchio	18	7,8
Osteomuscolare	93	40,4
Traumatismi	91	39,6
Psiche	115	50,0
Sintomi/stati morbosi mal definiti	55	23,9
Tumori	2	0,9
Totale detenuti con almeno un problema	195	84,8
Totale dei detenuti presenti	230	

La tabella n. 3 mostra il diverso peso di ciascun grande gruppo di cause in termini di domanda espressa e di offerta erogata alla popolazione detenuta dal servizio di assistenza primaria nell'arco della storia clinica carceraria dei singoli individui.

Da uno studio similare condotto in Toscana nel 2010¹⁷ viene messo in evidenza come lo stato di salute della popolazione detenuta adulta sia il seguente:

- sani il 27%
- malati il 73%, di cui
 - 8% diagnosi solo psichiatrica;
 - 39,8% diagnosi solo internistica;
 - 25,2% diagnosi internistica e psichiatrica.

Detenuti con diagnosi internistica = 65%
 con diagnosi psichiatrica = 33,2%.

Le differenze osservabili sono da imputarsi principalmente al fatto che nello studio locale è stata osservata l'intera storia clinica così come descritta in ogni cartella personale, registrando anche stati morbosi molto comuni e transitori, come ad esempio gli stati d'ansia, le sindromi influenzali, le algie muscolo scheletriche.

Pertanto, fatta questa premessa, nella descrizione dei singoli gruppi di causa vedremo che per le principali patologie emergenti nello studio della Toscana c'è comunque la possibilità di una comparazione diretta o indiretta in base all'incidenza osservata nell'ultimo periodo.

3.3 Le patologie infettive. Aspetti generali

Tra le patologie infettive maggiormente prevalenti e importanti segnalate negli Istituti di Pena figurano le epatiti HCV e le infezione HIV. Tali infezioni sono prevalentemente acquisite prima dell'ingresso nell'istituto penale, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la reclusione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.

¹⁷ ARS TOSCANA AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ, *Lo stato di salute dei detenuti toscani*, cit.

Tra gli altri stati morbosi segnalati di frequente compaiono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi. La scabbia, la pediculosi e le dermatofitosi sono prevalentemente acquisite per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso di un soggetto infestato.

La trasmissione della TBC è principalmente acquisita dall'esterno e prevale tra gli extracomunitari, ma ha un alto rischio di diffusione interna se non sistematicamente e prontamente identificata e trattata. Considerato l'alto grado di infettività e il contesto ambientale favorente la sua diffusione (spazi confinati e spesso sovraffollati), il manifestarsi di ceppi resistenti alla chemioterapia e la possibilità di allargarsi alla comunità esterna per tramite dei vari operatori dell'amministrazione penitenziaria, a questa patologia va sicuramente prestata una grande attenzione.

3.4 Dati epidemiologici generali

La fonte dei dati principale e più razionale è rappresentata dalla attività di screening. Tale attività è sistematicamente offerta per la ricerca delle infezioni HAV, HBV, HCV, HIV e LUE. Il limite principale consiste nell'alto indice di rifiuto da parte della popolazione detenuta, che spesso non intende rivelare la propria condizione per due ordini di motivi:

1. La fragilità socio culturale che anche all'esterno e nel resto della società costituisce una barriera alla consapevole e libera capacità di fare le scelte necessarie per salvaguardare la propria salute;
2. Il timore di essere discriminati all'interno dell'istituto da parte degli altri detenuti e del personale di Polizia Penitenziaria. Il paziente non dice sempre il suo stato. I sieropositivi a volte, una volta dentro, per nascondere la propria condizione, interrompono l'assunzione dei farmaci.

3.5 Quadro epidemiologico locale

I detenuti che risultano essersi sottoposti allo screening ematologico per le malattie infettive sono in totale 188 su 230 (81,74%).

I risultati sono i seguenti:

- HIV = n° 140 negativi ; n° 2 con infezione; (1,43% dei casi sottoposti a screening)
- HBV = n° 106 negativi; n° 34 immunizzati; n° 2 cronicizzazione; (1,89% dei casi sottoposti a screening)
- HCV = n° 133 negativi; n° 7 infezione: n° 2 infezione dubbia; (6,67% dei casi sottoposti a screening)
- LUE = n° 62 negativi; n° 6 infezione; (9,68% dei casi sottoposti a screening).

Il quadro delle infezioni per provenienza:

- HIV: Nigeria (1/14); Brasile (1/1)
- HBV: Algeria (1/5); Nigeria (1/14)
- HCV: Italia (5/21, pari al 23,8%)
Algeria (1/5); Marocco (1/48); Nigeria (1/14)
India (1/2)
- LUE: Brasile (1/1); Cile (1/2); Paraguay (1/1);
Ghana (1/1); Nigeria (1/8);
Romania (1/1)

Tabella 4 -Malattie infettive tra la popolazione detenuta in Toscana e quella detenuta a Is Arenas

Malattie infettive	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
HIV	38	8,5	1,4	2	0,88	0,87
HBV	63	14,1	2,2	2	0,88	0,87
HCV	253	56,6	9,1	9	3,98	3,91
LUE				6	2,65	2,61
micosi ¹⁸	11	2,5	0,4	34	15,04	14,78
verruche				9	3,98	3,91
condilomi	3	0,7	0,1	2	0,88	0,87
herpes genitalis				2	0,88	0,87
mollusco contagioso				1	0,44	0,43
scabbia	4	0,9	0,1	3	1,33	1,30
Altro				6	2,65	2,61
Totale	447			64		27,83

Per una comparazione con lo studio realizzato in Toscana:

Tabella 5 - Casi di micosi nel periodo 2011 e gennaio-aprile 2012 (v.a. e v.p.)

	N°	%	% su totale detenuti
casi micosi gen-apr 2012	9	3,98	3,91
casi micosi 2011	39	17,26	16,96

3.6 Tubercolosi

Al momento dell'ingresso nella Casa di Reclusione di Is Arenas è prassi offrire ai detenuti tutta una serie di esami per determinare lo stato di salute e per promuovere la prevenzione, tra questi anche lo screening per la tubercolosi (Tubertest e Rx torace in caso di positività).

Qui di seguito, nella tabella 6, si riepilogano i risultati:

¹⁸ Dato riferito a tutta la storia clinica di ogni singolo individuo.

Tabella 6- Risultati screening per la tubercolosi: Tubertest e Rx torace

Screening TBC	Test tubercolina		di cui	Rx torace	
	N°	% su totale detenuti		N°	% su totale detenuti
Negativi tubercolina	124	53,91		24	10,43
Positivi	59	25,65		50	21,74
Dubbi	5	2,17		5	2,17
test non eseguito	48	20,87		5	2,17
Totale detenuti screening	188	81,74		84	36,52

Totale detenuti con test tubercolina e Rx non eseguiti 43¹⁹

L'offerta attiva dello screening ha portato ad evidenziare alcuni casi di TBC. L'ultimo episodio risale al gennaio 2011. In tali situazioni si è proceduto allo screening mediante anche un mezzo mobile radiologico. Mai comunque è stato individuato un focolaio a livello locale. Tutti i casi sono quindi da considerarsi di importazione. Un risultato conseguente proprio al fatto che a livello locale è prassi da tempo offrire a tutti i detenuti la possibilità di aderire allo screening sin dal momento del loro ingresso. Qui di seguito, come evidenziato nella tabella 7, il grado di adesione ai controlli ematologici generali.

Tabella 7 - Grado di adesione ai controlli ematologici generali per numero di detenuti, continenti e Stati di provenienza

AFRICA		ASIA		AMERICA		EUROPA	
Algeria	5	Afganistan	1	Argentina	1	Belgio	1
Costa D'avorio	1	Bangladesh	1	Bolivia	1	Bulgaria	1
Egitto	3	India	3	Brasile	1	Italia	21
Gambia	2	Iraq	1	Cile	2	Kosovo	1
Ghana	1	Pakistan	1	Colombia	1	Polonia	1
Giunee Bissau	1	Singapore	1	Ecuador	2	Romania	2
Guinea	1	Sri Lanka	1	Guatemala	1	Russia	1
Isole Comore	1	Totale	9	Liberia	1	Spagna	2
Libia	1	% su totali controlli	3,9	Paraguay	1	Ungheria	1
Marocco	43	% su totali Asia	100	Peru'	1	Totale	31
Nigeria	14			Repubblica Dominicana	2	% su totali	22,3

¹⁹ In tale gruppo afferiscono anche i nuovi ingressi ancora in corso di valutazione.

AFRICA		ASIA		AMERICA		EUROPA	
Senegal	3			Santo Domingo	2	% su Europa	63,3
Sierra Leone	1			Uruguay	1	ITALIA	
Sudan	2			Venezuela	1	% su totali controlli	15,1
Tunisia	19			Totale	18	% su totali Italia	55,3
Totale	98			% su totali controlli	12,9		
% su totali controlli	70,5			% su totali America	81,8		
% su totali Africa	65,3						

Totale controllati: 139 su 230 = 60,4%

Tabella 8 - Patologie dell'Apparato Digerente: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato digerente	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Calcolosi della colecisti	11	1,5	0,4	3	1,33	1,30
Ernia addominale	54	7,1	1,8	5	2,21	2,17
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali ²⁰	166	21,9	5,6	42	18,58	18,26
Malattia epatica cronica e cirrosi	67	8,8	2,2	9	3,98	3,91
Malattie del pancreas	1	0,1				
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	40	5,3	1,3	16	7,08	6,96
Patologie dei denti e del cavo orale ²¹	420	55,3	14,1	123	54,42	53,48
Altro				32	14,16	13,91
Totale	759			151		65,65

Quadro riferito ultimo anno	N°	%	% su totale detenuti
Epigastralgie ripetute	20	13,25	8,70
Gastiti, ulcere gastroduodenali	11	7,28	4,78
Totale gruppo	31	20,53	13,48
Patologie dei denti	121	53,54	52,61

²⁰ Per una comparazione con la Toscana si riporta il dato riferito all'ultimo periodo.

²¹ Dallo studio toscano del 2010 risulta che le patologie dei denti e del cavo orale sono più frequenti nei detenuti nord africani (18,6%) ed est europei (15,9%) rispetto agli italiani. Il 65% delle epatiti croniche ha un'età inferiore ai 40 anni.

La percentuale rimane ancora elevata.

Gran parte dei detenuti presenti nella Casa di Reclusione riferiscono storie di epigastralgie ripetute. Speso sono da riferirsi all'uso di FANS per dolori odontoiatrici e muscolo scheletrici, oppure all'associazione di stati di ansia (27 persone pari al 11,74% dei detenuti presenti, oltre ai 15 casi con patologie gastriche e ulcerative diagnosticate con EGDS).

Tabella 9 - Patologie dell'Apparato circolatorio: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato circolatorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Aneurisma dell'aorta	2	0,6	0,1			
Aritmie	26	7,7	1	1	2,3	0,4
Cardiopatía ipertensiva	13	3,8	0,4	1	2,3	0,4
Cardiopatía ischemica	54	15,9	1,8	3	7,0	1,3
Ipertensione	116	34,2	3,9	10	23,3	4,3
Malattie delle vene e dei linfatici	92	27,1	3,1	19	44,2	8,3
Patologie cerebrovascolari	8	2,4	0,3	1	2,3	0,4
Patologie valvolari cardiache	9	2,7	0,3	7	16,3	3,0
Varici esofagee	8	2,4	0,3			
Altro	11	3,2	0,4	1	2,3	0,4
Totale	339		11,6%	43		18,7%

Nonostante la bassa percentuale bisogna rimarcare l'alta percentuale dei detenuti fumatori. Nello studio toscano risulta che il 70% dei detenuti sono fumatori e che nel 60% dei detenuti l'età è minore dei 40 anni.

Tabella 10 - Patologie dell'Apparato respiratorio: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato respiratorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Asma	48	25,8	1,6	7	7,0	3,0
Bronchite cronica	59	31,7	2	3	3,0	1,3
Deviazione del setto nasale	15	8,1	0,5	6	6,0	2,6
Enfisema	3	1,6	0,1		0,0	

Malattie dell'apparato respiratorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Malattie acute vie respiratorie superiori ²²	18	9,7	0,6	69	69,0	30,0
Malattie croniche vie respiratorie superiori	19	10,2	0,6	11	11,0	4,8
Malattie acute vie respiratorie inferiori				2	2,0	0,9
Pleurite	2	0,1	0,1			
Pneumotorace	3	1,6	0,1			
Rinite allergica	18	9,7	0,6			
Altro	1	0,5	0	1	1,0	0,4
Totale	186			100		43,5

Anche in questo caso si rimarca la giovane età dei detenuti e l'alta percentuale dei fumatori.

Tabella 11 - Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie	Popolazione detenuta			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Diabete tipo I	13	4,6	0,4	1	2,3	0,4
Diabete tipo II	91	32,2	3	5	11,6	2,2
Dislipidemie	104	36,7	3,5	4	9,3	1,7
Gotta	12	4,2	0,4			
Malattie della tiroide	20	7,1	0,7			
Obesità	39	13,8	1,3	2	4,7	0,9

²² Per un raffronto con lo studio della Toscana, bisogna tenere conto che le malattie acute delle vie respiratorie dei detenuti della Casa di Reclusione sono state riscontrate nella intera storia di 69 detenuti (30% su totale dei reclusi) il dato annuale del 2011 è di 34 casi pari al 14,8%, mentre nei primi mesi del 2012 è di 21 casi. Il dato rimane ancora alto, malgrado la correzione.

Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie	Popolazione detenuta			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Allergie ²³				25	58,1	10,9
Altro immunitario	4	1,4	0,1	4	9,3	1,7
Totale	283			43		18,7

Se associata a scarsa attività fisica e alimentazione non corretta, la dislipidemia favorisce l'insorgere di patologie cardiovascolari in età avanzata.

Tabella 12 - Patologie dell'Apparato urogenitale: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie Apparato urogenitale	Popolazione detenuta	
	N°	% su totale detenuti
Patologie testicolo e pene	13	5,65
Calcolosi renale	7	3,04
Varicocele	3	1,30
Infezioni vescica e vie urinarie	9	3,91
Totale detenuti	29	12,61

La prevalenza evidenziata nella Regione Toscana è del 2,8% della popolazione detenuta.

Tabella 13 - Malattie del sistema nervoso e organi di senso: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie del Sistema nervoso e organi di senso	Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti
Cefalea cronica	15	15,79	6,52
Epilessia	1	1,05	0,43
Tumori benigni	1	1,05	0,43

²³ A differenza dello studio condotto in Toscana, le allergie sono state descritte in questo gruppo. In particolare, i soggetti allergici sono 25, di cui 5 ai farmaci e 3 alimentari. Le riniti allergiche sono state inserite nel gruppo delle patologie dell'apparato respiratorio.

Malattie del Sistema nervoso e organi di senso	Popolazione detenuta		Is Arenas
	N°	%	% su totale detenuti
Altro SN	2	2,11	0,87
Infezioni oculari	34	35,79	14,78
Altro occhio	23	24,21	10,00
Infezioni orecchio	15	15,79	6,52
Altro orecchio	4	4,21	1,74
Totale	95		41,30

Tabella 14 - Traumatismi e avvelenamenti: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Traumatismi e avvelenamenti	Popolazione detenuta		Is Arenas
	N°	%	% su totale detenuti
Traumi accidentali	84	93,33	36,52
di cui cadute, contusioni e traumi distorsivi	67	74,44	29,13
Fratture	6	6,67	2,61
Ustioni	5	5,56	2,17
ferite da taglio	6	6,67	2,61
Infortuni sul lavoro	12	13,33	5,22
di cui zootecnia	4	4,44	1,74
Cucina	4	4,44	1,74
Totale detenuti	90		39,13

La prevalenza evidenziata nella Regione Toscana è del 6,7% della popolazione detenuta.

I casi riscontrati nella Casa di Reclusione di Is Arenas nel periodo gennaio/aprile 2012 sono i seguenti:

- Infortuni sul lavoro n° 6 detenuti;
- Traumi accidentali: n° 22 detenuti e 23 casi.

Vista la prevalenza, pare necessario indagare in futuro sulle cause, in modo da porre in essere azioni di prevenzione. Lo svolgimento di alcune attività lavorative (agricoltura, zootecnia, officina, falegnameria, cucina) e l'attività sportiva del calcio comportano per i detenuti un alto grado di rischio. Inoltre, si rimarca come i traumi accidentali possano nascondere episodi correlati ad aggressioni tra detenuti.

Tabella 15 - Disturbi psichici: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Disturbi psichici	Popolazione detenuta Regione Toscana		Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Autolesionismo	295	10,4	25	11,06	10,87
Sciopero fame/sete			26	11,50	11,30
Tentato suicidio	125	4,4	7	3,10	3,04
Stati agitazione, aggressività			42	18,58	18,26
Ansia e depressione			73	32,30	31,74
Totale			115		50,00

Nel corso del periodo tra gennaio e aprile 2012 si sono riscontrati 2 casi di autolesionismo (0,87% sul totale dei detenuti), 4 casi di sciopero della fame (1,74% sul totale dei detenuti) e 3 casi di stati di agitazione (1,30% sul totale dei detenuti). Tra i detenuti presenti, 2 hanno una storia di tentato suicidio nel corso del 2011. Da diversi anni non si registrano più casi di morte per suicidio.

4. Considerazioni sul quadro epidemiologico

Il quadro epidemiologico della popolazione penitenziaria si caratterizza principalmente:

1. per i disturbi di natura psichica, della tossicodipendenza e delle patologie infettive correlate;
2. per la giovane età, l'alto grado di deprivazione sociale e, quindi, per la frequenza degli stili di vita negativi.

Quasi tutti i detenuti entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Il primo ingresso rappresenta il momento più a rischio di suicidio o di tentativo di suicidio, così anche il trasferimento da un istituto a un altro.

Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Il sapere riconoscere i primi segni di sofferenza è essenziale per poter attuare gli interventi di prevenzione e per poter gestire in modo efficace l'evoluzione delle patologie.

Si rimarca come il quadro qui descritto è fortemente correlato alla attività ordinaria dei Medici Incaricati e del Servizio Integrativo Assistenza Sanitaria ai detenuti (SIAS).

La risposta a tali bisogni deve essere immediata e senza discontinuità. Tanto meno è presente l'operatore del Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze e tanto più tale assistenza deve essere in grado di rispondere in modo adeguato. In ogni caso, è necessaria una forte integrazione di tutti gli operatori sanitari e dell'amministrazione penitenziaria. Tutti chiamati ad interagire continuamente, prima per prevenire e per cogliere i primi segnali della manifestazione di scompenso, poi per gestire i singoli casi.

Sul versante del disturbo mentale l'attività preventiva si realizza principalmente all'atto dell'ingresso in Istituto tramite il Servizio Nuovi Giunti, istituito allo scopo di prevenire ed impedire i ricorrenti e gravissimi atti di autolesionismo, / suicidi, nonché

gli atti di violenza di vario tipo da essi subiti ad opera dei compagni di detenzione o di internamento.

Altre considerazioni sulla salute mentale alla luce della specifica esperienza maturata in ambito carcerario.

Se un detenuto è agitato perché non riesce ad ottenere una risposta o il tossicodipendente richiede un intervento psichiatrico (per ottenere un supporto farmacologico), vi devono essere delle persone che cerchino di dargli un supporto, che lo facciano desistere. Il disagio ha bisogno di risposte opportune che limiterebbero gli interventi psichiatrici a quelli effettivamente gravi

«Se il disagio venisse trattato esclusivamente come situazione psichiatrica per il soggetto sarà peggio, perché non riceverà la risposta che richiedeva. Sì, lo tengo tranquillo però con gli psicofarmaci non gli risolvo il problema. È inutile dire: “tanto non fanno danno, che vuoi che facciano due pasticche di benzodiazepine”. È una rovina, un circolo vizioso»²⁴.

In carcere, «dove il consumo di psicofarmaci è elevatissimo»²⁵ si pone il problema di controllo delle somministrazioni: «Il farmaco va veramente controllato per garantirne l'assunzione perché altrimenti verrebbe accumulato»²⁶.

È facile che il detenuto finga di assumere la pasticca, mantenendola sotto la lingua e così accumulando dosi che insieme riescono ad avere un effetto più ampio, quasi “stupefacente”. A questa situazione si è cercato di porre rimedio con la prescrizione di prodotti a gocce che vengono assunti davanti al personale infermieristico. La situazione di accumulo e di elevato consumo di psicofarmaci ha finito con il creare una fascia di soggetti praticamente dipendenti.

Per «rischio di sanitarizzazione dei problemi»²⁷, si intende indicare la tendenza, in ambiente carcerario, a risolvere le situazioni attraverso l'intervento medico:

«Un problema che non si risolve, dal più piccolo al più urgente, diventa un problema sanitario. Il detenuto non riceve ciò che deve ricevere, si arrabbia, si taglia, non dorme, si agita. Si chiama il medico ma ... non si risolve il problema»²⁸.

Per medicalizzazione impropria si intende la strumentalizzazione operata dal malato per ottenere indebiti vantaggi. Il detenuto può decidere di autolesionarsi, di aggravare le sue reali condizioni o simulare uno stato patologico con il fine espresso di provocare un intervento sanitario che possa ottenergli un ricovero o altro beneficio: «è innegabile», è stato detto, «che il detenuto si appoggi a qualunque cosa pur di evadere da questo ambiente»²⁹.

Situazioni per cui è richiesto al medico penitenziario, oltre alla cura della salute del detenuto, anche di esprimersi in relazione a provvedimenti che possono incidere sul normale corso della detenzione (ricoveri, trasferimenti, incompatibilità, etc.).

Non ultimo, sotto il profilo della sicurezza in quanto il medico agisce anche da deterrente e da filtro verso le strumentalizzazioni dei detenuti che simulano malanni per essere portati fuori dal carcere.

I medici “novelli”, che fanno ingresso nel mondo carcere, non hanno coscienza di trovarsi di fronte ad un paziente “speciale”, «con una persona che si vede circondata

²⁴ Renato Andreano, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici*, Cap. V, *L'assistenza secondo gli operatori*, testo consultabile sul sito <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/andreano/index.htm> (9 giugno 2014), nota 36.

²⁵ Ivi, nota 37.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Ivi, nota 46.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Ivi, nota 49.

da avversari in un ambiente innaturale»³⁰, con manifestazioni anomale e richieste non prettamente sanitarie.

Il grado elevato di deprivazione sociale della popolazione detenuta, la giovane età e gli stili di vita negativi comportano un alto rischio di manifestazione precoce delle malattie croniche. L'eccessiva abitudine al consumo di tabacco, l'uso frequente e smodato di alcol, la vita sedentaria e un'alimentazione scorretta necessitano di porre in essere azioni di promozione della salute che risultano molto difficili e complesse dovendo essere attuate verso un target che si caratterizza per un alto indice di deprivazione sociale, in continuo turnover e per l'ampia consistenza e diversità di stato di origine.

Bene si conciliano le attività di promozione della salute e di prevenzione con le azioni del recupero sociale.

Visto il rischio elevato che si possano verificare situazioni di emergenza sanitaria, considerando la distanza dal più vicino presidio sanitario e i tempi di percorrenza, nonché la possibilità di manifestazioni di simulazione di stati di patologia, si impone una scelta organizzativa mirata a rafforzare l'attuale presidio locale mediante la scelta della telemedicina. In quanto ciò permette di garantire una risposta di più elevata qualità e complessità tecnica in modo immediato e quindi di fatto riducendo fortemente l'handicap costituito dalla distanza.

5. Le dipendenze da stupefacenti e alcol

Attraverso l'utilizzo della scheda Tox - Carcere è stato possibile effettuare un monitoraggio sui detenuti che alla data del 30 giugno o del 31 dicembre 2011 sono risultati dipendenti da sostanze stupefacenti (oppiacei, cocaina, amfetamine, cannabinoidi), con dipendenza accertata dal SERD (già SER.T), mentre attraverso la scheda Alcologia - Carcere è stata effettuata una ricognizione sui detenuti con alcoldipendenza, sempre accertata dal SERD. Di seguito si presentano i dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e sui carcerati con alcoldipendenza e, infine, i dati raccolti nel primo trimestre del 2012 sui carcerati tossicodipendenti e alcodipendenti e sui trattamenti farmacologici e psicosociali.

³⁰ Ivi, nota 53.

1) Scheda TOX - Carcere

Rilevazione puntuale³¹ al 30 giugno 31 dicembre
 Anno.....2011...

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti accertati dal Ser.T.³²

n° totale detenuti rilevati dal Ser.T. con uso o dipendenza da droga152.....di cui:
 - n° detenuti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-IX-CM)³³152.....
 - n° detenuti assuntori di sostanze senza dipendenza³⁴0.
 - n° detenuti su cui è stato eseguito il drug test volontario all'ingresso³⁵57.....

Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

classi di età	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati		Di cui:			
			detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24 anni	25	0	25	0	/	/
25-34 anni	65	0	65	0	/	/
35-44 anni	45	0	45	0	/	/
45-54 anni	14	0	14	0	/	/
55-64 anni	2	0	2	0	/	/
> 64 anni	1	0	1	0	/	/

Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto	25	N.C.	N.C.
cittadini italiani con residenza in altra regione	14	N.C.	N.C.
cittadini stranieri comunitari	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri extra comunitari di cui iscritti al SSN ³⁶	112	N.C.	N.C.
	0	0	0
con cittadinanza non nota	0	0	0

(N.C.: non conosciuto)

³¹ Per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre).

³² Si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza di problematiche sanitarie conseguenti al consumo di sostanze.

³³ Sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM solo per la condizione di dipendenza.

³⁴ Sono ammessi i codici gruppi 292, 305 del ICD-IX-CM escludendo le condizioni riferite all'alcol.

³⁵ Questo dato rileva esclusivamente il numero di soggetti che si è sottoposto volontariamente al drug test e non alla valutazione e conteggio della esecuzione di procedure diagnostiche cliniche.

³⁶ Cioè detentori di un numero di tessera sanitaria. Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti accertati dal Ser.T

Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, in base alla sostanza primaria utilizzata

Sostanza	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati	Di cui:	
		detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)	detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)
Oppiacei	36	36	0
Cocaina	75	75	0
Amfetamine	1	1	0
Cannabinoidi	40	40	0
Altro: (specificare)	0	0	0

N° soggetti con dipendenza da sostanze che presentavano poliabuso all'ingresso³⁷:.....93.....

N° totale di soggetti con dipendenza da sostanze in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....61.....di cui:

- n° detenuti in trattamento solo farmacologico61.....
di cui in trattamento sostitutivo4.
- n° detenuti in trattamento solo psicosociale0.
- n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)0
di cui in trattamento sostitutivo integrato ...0.....
(le categorie sono mutuamente esclusive)

N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ³⁸ :	24
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ³⁹ :	20
N° totale di detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90):	3

Detenuti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo in carcere- retest positivo in carcere) ⁴⁰
HIV	85	1	1
HCV	87	16	0
HBV	85	21	0

³⁷ È da riportare il numero di soggetti che presentano il consumo di almeno un'altra sostanza oltre alla primaria.

³⁸ È da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione.

2) Scheda Alcologia - Carcere

Rilevazione puntuale⁴¹ al 30 giugno 31 dicembre
 Anno.....2011...

Dati sui detenuti con alcoldipendenza accertata dal Ser.T. ⁴²

n° totale detenuti in carico al Ser.T. con Alcoldipendenza
 (secondo criteri ICD-IX-CM) ⁴³ ..24.....

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

AVVERTENZA: non si conteggiano in questa tabella i soggetti tossicodipendenti che sono anche alcoldipendenti

classi di età	Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)	
	Maschi	Femmine
18-24 anni	1	0
25-34 anni	8	0
35-44 anni	10	0
45-54 anni	4	0
55-64 anni	0	0
> 64 anni	1	0

N° soggetti alcoldipendenti che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso⁴⁴: 24

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto	7	N.C.	N.C.
cittadini italiani con residenza in altra regione	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri comunitari	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri extra comunitari	15	N.C.	N.C.
di cui iscritti al SSN ⁴⁵ (5)	0	0	0
con cittadinanza non nota	0	0	0

⁴¹ Per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre).

⁴² Si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza alcoldipendenza.

⁴³ Sono ammessi i codici gruppi 303 del ICD-IX-CM.

⁴⁴ Sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM.

⁴⁵ Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Dati sui detenuti con alcol dipendenza accertata dal Ser.T.			
N° totale di soggetti alcolodipendenti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....7.....di cui:			
- n° detenuti in trattamento solo farmacologico7.....			
- n° detenuti in trattamento solo psicosociale0.....			
- n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)0..... (le categorie sono mutuamente esclusive)			
N° totale di detenuti alcolodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁶ :			5
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano in requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁷ :			24
N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno ottenuto un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per un dell' affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁸ :			0
Detenuti alcolodipendenti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV			
Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sier conversionsi accertate in carcere (test negativo in carcere-retest positivo in carcere) ⁴⁹
HIV	8	0	0
HCV	8	1	0
HBV	8	1	0

Settore Carcere "Is Arenas" I trimestre 2012⁵⁰

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° Trimestre	ANNUALE
Utenti tossicodipendenti	115				
Utenti alcolodipendenti (Puri)	16				
Trattamenti farmacologici	40				
Trattamenti psicosociali	123				

Al 31 marzo 2012 risultavano presenti 194 detenuti, di cui 99 dipendenti da sostanze (tossicodipendenti). Di questi 99, le sostanze usate prima della detenzione sono ripartite nel seguente modo:

- 27 come prima sostanza d'abuso: alcol; di questi 27, 15 solo come alcol dipendenti (alcol puri);
- 11 come prima sostanza: oppiacei;
- 20 come prima sostanza: cannabis;
- 41 come prima sostanza: cocaina.

Totale 99 detenuti dipendenti da sostanze.

⁴⁶ È da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sier conversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione.

⁵⁰ Per il 1° trimestre sono stati conteggiati quelli presenti il 31 marzo più quelli usciti tra il 1 gennaio e il 31 marzo 2012.

Interventi medici tossicologici al 31 marzo 2012:

148 Visite totali, di cui 35 per trattamenti psicofarmacologici

-----Numero di detenuti al 31 marzo in terapia sostitutiva:

3 pazienti con metadone e 0 (zero) con buprenorfina.

Trattamenti psicosociali:

in carcere c'è solo una psicologa e non un assistente sociale.

Numero di interventi della psicologa: 123 interventi totali.

-----Tra il 1 gennaio e il 31 marzo 2012 sono usciti n° 32 detenuti, di cui 16 tossicodipendenti, così suddivisi:

- 1 dipendente da alcol (alcol puro);
- 5 dipendenti da cannabis;
- 4 dipendenti da cocaina;
- 6 dipendenti da oppiacei (2 con metadone e 0 (zero) con buprenorfina.

Motivi di uscita:

- 2 per affidamento terapeutico - 2 TD da oppiacei: 1 affidato al SERD e 1 in Comunità Terapeutica;
- 5 per fine pena;
- 3 per espulsione dall'Italia;
- 1 trasferito per motivi di giustizia;
- 3 trasferiti da "Is Arenas" ad altro Istituto;
- 2 per detenzione domiciliare.

Attività svolte.

Le attività svolte, ovvero l'attività ordinaria di diagnosi e cura dei soggetti dipendenti da sostanze e alcol, sono state le seguenti:

- Attività di prevenzione sulle infezioni e malattie infettive della popolazione carceraria;
- Patologie correlate alla dipendenza da sostanze: prevenzione malattie infettive da virus B, C e HIV;
- Patologie correlate alla dipendenza da sostanze: disturbo mentale;
- Promozione e tutela della salute.

Relativamente a quest'ultimo punto, sono stati avviati interventi di informazione e sensibilizzazione su tutta la popolazione carceraria sul tema della salute intesa come benessere psico-fisico, corretto stile di vita, limitazione di sostanze come caffè, fumo e alcol. È stato sviluppato inoltre un approfondimento sulle tematiche del rispetto della propria igiene e cura della persona e degli ambienti di vita.

Destinatari: tutti i detenuti mediante incontri a piccoli gruppi con l'ausilio di slide.

Programmazione: è attualmente in fase di pianificazione una serie di interventi di sensibilizzazione e prevenzione sul tema delle sostanze d'abuso compreso l'alcol e sulla prevenzione delle malattie infettive.

Criticità

Uno dei principali problemi nel proseguire e conseguire ulteriori risultati nell'attività finora svolta è la impossibilità di effettuare dei programmi e dei progetti per il lungo periodo a causa della precarietà degli operatori, in quanto legati a contratti di lavoro a tempo determinato a breve scadenza (medico-psicologo-infermiere con scadenza contratto giugno 2012).

Monte orario degli operatori impegnati nell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti.

Impossibilità di far accedere ai programmi di riabilitazione e cura ai soggetti stranieri ai sensi della 309/90 (accesso ai programmi di CT, affidamento ai programmi ambulatoriali, etc).

Mancanza di spazi per gli operatori: attualmente medico incaricato, medico tossicologo e psicologa, occupano la stessa stanza.

Mancanza di spazi dove visitare i detenuti.