



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

Presentazione

MARTINO CONTU
Presidente del Centro Studi SEA

A partire da quest'anno, «Ammentu» diventa rivista semestrale, mentre dal secondo semestre sarà pubblicata in co-edizione con la Casa Editrice AIPSA di Cagliari.

Il quarto numero si apre con un Dossier e due Focus. Il Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo*, curato da Alessandro Coni e Martino Contu, propone un totale di undici interventi: otto saggi interdisciplinari centrati sullo stato della salute mentale nell'area geografica di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) n. 6 di Sanluri, più un articolo sullo stato della salute pubblica e mentale della popolazione del carcere circondariale di "Is Arenas", sito nel comune di Arbus. L'ambito geografico della ASL n. 6 coincide con il territorio dell'ex provincia del Medio Campidano, comprendente 28 comuni, con una popolazione complessiva che supera di poco le 100.000 unità; territorio caratterizzato, in questi ultimi anni, da un forte decremento demografico e da una grave crisi socio-economica, come viene messo in evidenza nei primi due saggi di apertura del Dossier.

Segue il Focus *Familias modernas en América Latina*, curato da Carolina Muñoz-Guzmán, che centra l'attenzione sul ruolo e sulle attuali difficoltà della famiglia nel subcontinente latino-americano, con particolare riferimento ad alcune realtà del Cile. Nello specifico, vengono trattati i temi dei servizi sanitari e delle visite domiciliari rivolti alle famiglie, alcuni aspetti della struttura sociale e gerarchica dei nuclei familiari, del ruolo della donna in una società tradizionalmente patriarcale, per poi analizzare il triste fenomeno dell'immigrazione di bambini e adolescenti che giungono in Cile provenienti da altri paesi del Sud America e chiudere con un excursus storico sulle politiche per l'infanzia sviluppate in Cile negli ultimi decenni.

Infine, si segnala il secondo e ultimo Focus dal titolo *Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce*, curato da Lorenzo Di Biase; raccolta di saggi che descrive l'attività antifascista di un gruppo di repubblicani e socialisti del centro minerario di Guspini e del democristiano Giorgio Mastino del Rio, originario di Ballao, scampato alla strage nazista delle Fosse Ardeatine del 24 marzo 1944. Chiude il Focus un saggio che propone i profili di cinque pentecostali isolani perseguitati sia in Sardegna che nella penisola dal regime fascista in quanto adepti di un culto "acattolico", considerato pericoloso per l'ordine sociale e nocivo all'integrità fisica e psichica della razza.

Presentation

MARTINO CONTU
President of Centro Studi SEA

As from this year, *Ammentu* will become a six-monthly magazine, and following the second six-month period, it will be published in association with the Cagliari publisher AIPSA.

The fourth edition opens with one 'Dossier' and two 'Focus' features. The Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo [Public Health and mental health in Medio Campidano (Sardinia) between the 19th and 21st centuries]*, by Alessandro Coni and Martino Contu, puts forward a total of eleven interventions: eight inter-disciplinary essays focussing on the mental-health situation in the geographical area within the jurisdiction of the Azienda Sanitaria Locale [Local Health Authority] (ASL) no. 6 of Sanluri, together with one article on the state of public health and mental health among inmates of the 'Is Arenas' prison, located in the municipal district of Arbus. The geographical jurisdiction of ASL no. 6 coincides with the territory of the former province of Medio Campidano which covers 28 municipal districts, with an overall population of just over 100,000 inhabitants. In recent years this area has seen severe depopulation and a serious socio-economic crisis, as is highlighted in the first two opening essays of the Dossier.

The next feature is the Focus, *Familias modernas en América Latina [Modern families in Latin America]*, by Carolina Muñoz-Guzmán, which investigates the purpose and the difficulties currently facing the family in the Latin-American sub-continent, with particular reference to some of the realities of life in Chile. From a more specific perspective, the article tackles the issues of health services and home visits for families, some aspects of the social structure and hierarchy of family units, the role of women in a traditionally patriarchal society, and then goes on to examine the sad phenomenon of the immigration of children and adolescents, who arrive in Chile from other South-American countries, and concludes with a historical *excursus* on the policies on childhood that have been pursued in Chile in recent decades.

Lastly, the second and last Focus item should be highlighted, entitled *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce [Profiles of anti-fascists republicans, socialists, Christian Democrats, and Pentecostal Sardinians persecuted by Il Duce's régime]*, by Lorenzo Di Biase; a collection of essays describing the anti-fascist activities of a group of republicans and socialists from the Guspini mining centre, and of the Christian Democrat Giorgio Mastino del Rio, born in Ballao, who survived the Ardeantine Caves massacre perpetrated by the Nazis on 24 March 1944. This Focus concludes with an essay profiling five Pentecostal Sardinians persecuted by the fascist regime both in Sardinia and on the mainland because of their membership of a 'non-Catholic' cult considered to be a threat to social order and harmful to the physical and mental integrity of the race.

Présentation

MARTINO CONTU
Président du Centro Studi SEA

À compter de cette année, « Ammentu » devient une revue semestrielle. Après le second semestre, sa publication sera menée en collaboration avec la maison d'édition AIPSA de Cagliari.

La quatrième édition s'ouvre sur un Dossier et deux Focus. Le Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo [Santé publique et santé mentale au Medio Campidano (Sardaigne) entre les XIX et XXI siècles]*, par Alessandro Coni et Martino Contu, propose en tout onze interventions : huit essais interdisciplinaires axés sur la situation de la santé mentale dans la zone géographique placée sous l'autorité de l'Azienda Sanitaria Locale [Organisme local de santé] (ASL) n° 6 de Sanluri, ainsi que un article concernant l'état de santé publique et mentale de la population de l'établissement pénitentiaire « Is Arenas », situé dans la commune d'Arbus. Le domaine d'intervention d'ASL n° 6 correspond au territoire de l'ancienne province du Medio Campidano qui comprend 28 communes, avec une population totale qui dépasse à peine les 100 000 habitants ; il s'agit d'un territoire caractérisé ces dernières années par une forte réduction démographique et une grave crise socioéconomique, comme souligné dans les deux premiers essais d'ouverture du Dossier.

Vient ensuite le Focus *Famiglie moderne en Amérique Latine*, par Carolina Muñoz-Guzmán, qui met l'accent sur la fonction et les difficultés actuellement vécues par les familles sur le sous-continent latinoaméricain, avec une mention spéciale à certaines réalités chiliennes. D'un point de vue plus spécifique, seront abordés les sujets des services sanitaires et des visites au domicile des familles, certains aspects de la structure sociale et hiérarchique des noyaux familiaux, le rôle de la femme dans une société traditionnellement patriarcale, pour analyser ensuite le malheureux phénomène de l'immigration d'enfants et d'adolescents qui arrivent au Chili en provenance d'autres pays d'Amérique du Sud, pour finir sur une digression historique sur les politiques pour l'enfance développées au Chili au cours des dernières décennies.

Enfin, notez le deuxième et dernier Focus intitulé *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce [Profils d'antifascistes, républicains, socialistes, démocrétiens et pentecôtistes sardes persécutés par le régime du Duce]*, par Lorenzo Di Biase ; un recueil d'essais décrivant l'activité antifasciste d'un groupe de républicains et de socialistes du centre minier de Guspini et du démocrézien Giorgio Mastino del Rio, originaire de Ballao, survivant du massacre des Fosses Ardéatines perpétré par les nazis le 24 mars 1944. Le Focus se termine par un essai qui présente les profils de cinq pentecôtistes de l'île, poursuivis par le régime fasciste en Sardaigne et sur la péninsule en raison de leur culte « non catholique », considéré dangereux pour l'ordre social et nocif pour l'intégrité physique et mentale de la race.

Presentación

MARTINO CONTU
Presidente del Centro Studi SEA

A partir de este año, «Ammentu» pasa a ser una revista semestral y, después del segundo semestre, su publicación se hará en colaboración con la casa editorial AIPSA de Cagliari.

El cuarto número abre con un Dossier y dos Focus. El Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo [Salud pública y salud mental en el Medio Campidano (Cerdeña) entre los siglos XIX y XXI]*, de Alessandro Coni y Martino Contu, propone un total de once intervenciones: ocho ensayos interdisciplinarios centrados en la situación de la salud mental en el área geográfica de competencia de la Azienda Sanitaria Locale [Área de Salud Local] (ASL) nº 6 de Sanluri, junto con un artículo sobre el estado de salud pública y mental de la población de la penitenciaría de "Is Arenas", situada en el municipio de Arbus. El ámbito geográfico de la ASL nº 6 coincide con el territorio de la antigua provincia del Medio Campidano que comprende 28 municipios, con una población que, en conjunto, supera por poco los 100.000 habitantes; se trata de un territorio caracterizado, en estos últimos años, por una intensa reducción demográfica y una grave crisis socioeconómica, tal y como se pone de relieve en los dos primeros ensayos de apertura del Dossier.

A continuación viene el Focus *Familias modernas en América Latina*, de Carolina Muñoz-Guzmán, que pone el acento sobre la función y las dificultades que atraviesa en la actualidad la familia en el subcontinente latinoamericano, con una referencia especial a algunas realidades de Chile. Desde un punto de vista más específico, se abordan los temas de los servicios sanitarios y las visitas a domicilio a las familias, algunos aspectos de la estructura social y jerárquica de los núcleos familiares, el papel de la mujer en una sociedad tradicionalmente patriarcal para, seguidamente, analizar el triste fenómeno de la inmigración de niños y adolescentes que llegan a Chile procedentes de otros países de Sudamérica y concluir con un *excursus* histórico sobre las políticas para la infancia que se han desarrollado en Chile en los últimos decenios.

Por último, cabe destacar el segundo y último Focus que lleva por título *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce [Perfiles de antifascistas republicanos, socialistas, democristianos y pentecostales sardos perseguidos por el régimen del duce]*, de Lorenzo Di Biase; un compendio de ensayos que describe la actividad antifascista de un grupo de republicanos y socialistas del centro minero de Guspini y del democristiano Giorgio Mastino del Rio, natural de Ballao, superviviente de la matanza de las Fosas Ardeantinas perpetrada por los nazis el 24 de marzo de 1944. El Focus se cierra con un ensayo que presenta los perfiles de cinco pentecostales de la isla perseguidos por el régimen fascista tanto en Cerdeña como en la península, por ser adeptos a un culto "no católico", considerado peligroso para el orden social y nocivo para la integridad física y psíquica de la raza.

Apresentação

MARTINO CONTU
Presidente do Centro Studi SEA

A partir deste ano, a «Ammentu» vai passar a ser uma revista semestral e depois do segundo semestre a sua publicação será realizada em colaboração com a casa editorial AIPSA de Cagliari.

O quarto número abre com um Dossier e dois Focus. O Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo [Saúde pública e saúde mental no Meio Campidano (Sardenha) entre os séculos XIX e XXI]*, de Alessandro Coni e Martino Contu, propõe onze intervenções no total: oito ensaios interdisciplinares centrados na situação da saúde mental na área geográfica da competência da Azienda Sanitaria Locale [Área de Saúde Local] (ASL) nº 6 de Sanluri, juntamente com um artigo sobre o estado da saúde pública e mental da população do centro penitenciário de "Is Arenas", situada no município de Arbus. O âmbito geográfico da ASL nº 6 coincide com o território da antiga província do Meio Campidano que abrange 28 municípios, com uma população que, em conjunto, supera por pouco a quantidade de 100.000 habitantes; trata-se de um território caracterizado, nestes últimos anos, devido a uma intensa redução demográfica e a uma grave crise sócio económica, tal como se destaca nos dois primeiros ensaios de abertura do Dossier.

Depois, segue-se o Focus *Famílias modernas na América Latina* de Carolina Muñoz-Guzmán, que destaca especialmente a função e dificuldades atravessadas hoje em dia pelas famílias no subcontinente latino-americano, fazendo referência a algumas das próprias realidades do Chile. De um ponto de vista mais específico abordamos os temas dos serviços sanitários e as visitas a domicílio às famílias, alguns aspetos da estrutura social e hierárquica dos núcleos familiares, o papel da mulher numa sociedade tradicionalmente patriarcal para posteriormente analisar o triste fenómeno da imigração de crianças e adolescentes que chegam ao Chile provenientes de outros países da América do Sul e concluímos com um *excursus* histórico sobre as políticas desenvolvidas no Chile para a infância nos últimos decénios.

Por último, cabe destacar o segundo e último Focus que tem como título *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce [Perfis de anti-fascistas republicanos, socialistas, demo-cristãos e pentecostais sardos perseguidos pelo regime do duce]*, de Lorenzo Di Biase; um compêndio de ensaios que descreve a atividade anti-fascista de um grupo de republicanos e socialistas do centro mineiro de Guspini e do demo-cristão Giorgio Mastino del Rio, natural de Ballao, sobrevivente à matança das Fossas Ardeantinas perpetrada pelos nazis no dia 24 de março de 1944. O Focus encerra com um ensaio que apresenta os perfis de cinco pentecostais da ilha perseguidos pelo regime fascista, tanto na Sardenha como na península, devido a serem adeptos a um culto "não católico", considerado perigoso para a ordem social e nocivo para a integridade física e psíquica da raça.

Presentació

MARTINO CONTU
President del Centro Studi SEA

A partir d'enguany, *Ammentu* passa a ser una revista semestral i, després del segon semestre, la publicació es farà en col·laboració amb la casa editorial AIPSA de Càller. El quart número obre amb un Dossier i dos Focus. El Dossier, *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo* [Salut pública i salut mental al Medio Campidano (Sardenya) entre els segles XIX i XXI], d'Alessandro Coni i Martino Contu, proposa un total d'onze intervencions: vuit assajos interdisciplinars centrats en la situació de la salut mental a l'àrea geogràfica de competència de l'Azienda Sanitaria Locale [Àrea de Salut Local] (ASL) núm. 6 de Sanluri, juntament amb un article sobre l'estat actual de salut pública i mental de la població penitenciària d'Is Arenas, situada al municipi d'Arbus. L'àmbit geogràfic de l'ASL núm. 6 coincideix amb el territori de l'antiga província del Medio Campidano, que comprèn 28 municipis i té una població que, en conjunt, supera per poc els 100.000 habitants. Es tracta d'un territori caracteritzat, en els darrers anys, per una intensa reducció demogràfica i una greu crisi econòmica, tal com es posa de relleu en els dos primers assajos d'obertura del Dossier.

A continuació, arriba el Focus *Famílias modernas en América Latina*, de Carolina Muñoz-Guzmán, que posa l'accent sobre la funció i les dificultats que, en l'actualitat, travessa la família al subcontinent llatinoamericà, amb una referència especial a algunes realitats de Xile. Des d'un punt de vista més específic, s'aborden els temes dels serveis sanitaris i les visites a domicili a les famílies, alguns aspectes de l'estructura social i jeràrquica dels nuclis familiars, el paper de la dona en una societat tradicionalment patriarcal per, seguidament, analitzar el trist fenomen de la immigració de nens i adolescents que arriben a Xile procedents d'altres països de Sud-amèrica i concloure amb un *excursus* històric sobre les polítiques per a la infància que s'han dut a terme a Xile en els darrers decennis.

Per acabar, cal destacar el segon i darrer Focus, que du per títol *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce* [Perfils d'antifeixistes republicans, socialistes, democristians i pentecostals sards perseguits pel règim del duce], de Lorenzo Di Biase; un compendi d'assajos que descriu l'activitat antifeixista d'un grup de republicans i socialistes del centre miner de Guspini i del democristià Giorgio Mastino del Rio, natural de Ballao, supervivent de la matança de les Foses Ardeantines perpetrada pels nazis 24 de març de 1944. El Focus tanca amb un assaig que presenta els perfils de cinc pentecostals de l'illa perseguits pel règim feixista tant a Sardenya com a la península, per ser adeptes a un culte "no catòlic" considerat perillós per a l'ordre social i nociu per a la integritat física i psíquica de la raça.

Presentada

MARTINO CONTU
Presidenti de su Centro Studi SEA

Cumenzendi de cust'annu "Ammentu" bessit comentis de rivista donnia ses mesis, mentras de sa sigunda parti de s'annu hat essiri in coedizioni cun sa Domu editora AIPSA de Casteddu.

Su quartu numeru s'oberit cun d'unu Dossier e dus Focus. Su Dossier, *Saludi pubblica e saludi de sentidu in su Campidanu 'e mesu*, proponit in tottu undixi articulus: ottu de diversas disciplinas apizzus de su stadu de sa saludi mentali in sa zona de cumpetenzia de s'ASL (Azienda Sanitaria de su logu) n. 6 de Seddori, prus unu articulu apizzus de su stadu de sa saludi pubblica e de su sentidu de sa popolazioni de su carceri circondariali de Is Arenas, appartenenti a su comunu de Arbus. Sa cumpetenzia de sa ASL n.6 currispundit cun su territoriu de sa provincia beccia de su Campidanu 'e mesu, chi abrazzat 28 comunus, cun d'una popolazioni chi in tottu est prus de 100.000 personas; territoriu sinnalau in custus urtimus annus de su smenguai de sa genti e de una crisi grai meda socio-economica comentis est esplicau beni in is primus dus articulus de su Dossier.

A s'ghiri su Focus *Famillias modernas in America latina*, appariciu de Carolina Muñoz-Guzmán, chi abrazzat s'argumentu de su ruolu e de is difficultadis de oindi de sa famiglia in su sub-continenti americanu cun attenzioni s'un prus a sa situazione de su Cile. Po mellus nai, benint trattaus is temas de is servizius sanitarius e de is avvisitas de is dottoris a is domus de is famillias, certas bisuras de s'organizzazioni sociali e gerarchica de is famillias, sa posizioni de s femmina in d'una sociedadadi de diora patriarcali , po depi studiaia sa trista condizioni de s'immigrazioni de is pipius e piccioccus chi approillat in Cile benendindi de is atrus Stadas de su Sud-America e serraia su discursu storicu apizzus sa politica po sa gioventudi fatta in su Cile de una dexina de annus a oi. A s'acabu, si sinnalat su sigundu e urtimu Focus nomena *Profili di antifascisti, repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce*, appariciu de Lorenzo De Biase, arregorta de articulus chi isplikat s'attitudadi antifascista de unus cantu repubblicanus e socialistas de su centru minerariu de Guspini e de su democristianu Giorgi Mastino del Rio, nasciu in Ballau, scampau a sa morti in sa stragi nazista de is Fossas ardeatinas de su 24 marzu 1944. Serrat su Focus unu studiu chi chistionat de sa vida de cinqu pentecostalis isolanus persighius sia in Sardigna e sia in Continenti de su regimi fascista in cantu aderentis a una religioni "acattolica", considerada periculosa po s'ordini sociali e contras a s'integridadi fisica e mentali de sa razza.

Presentada

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.

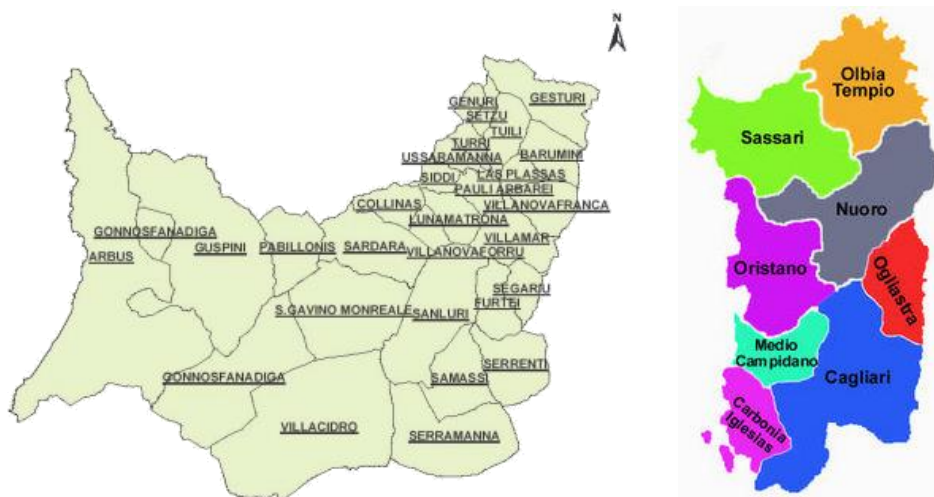


Figura 1 - La Provincia del Medio Campidano alla luce della L.R. n. 10 del 13 ottobre 2003

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.

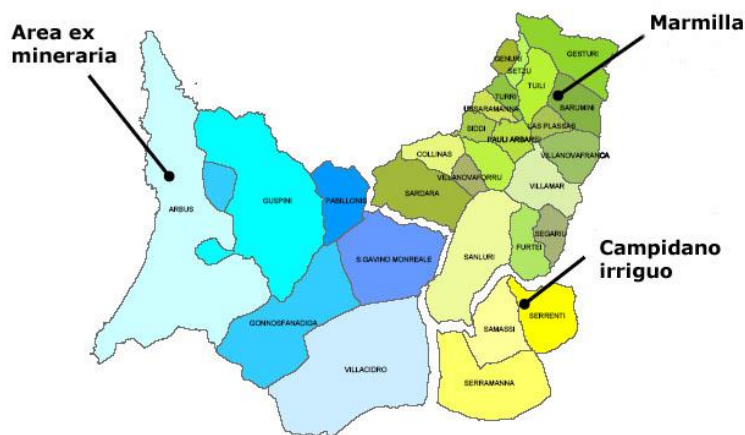


Figura 2 - Carta delle aree sub-provinciali del Medio Campidano

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	Variatione di popolazione tra il 2010 ed il 2006 (valori assoluti)	Variatione 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 annonaria: 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 acuì 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 amministrare 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 TASCA, *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 TASCA, 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 comune; 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, al di là di auspicate o meno riforme, e pur in carenza di mezzi economici e di personale, proseguono nel loro lavoro di "trinca", 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

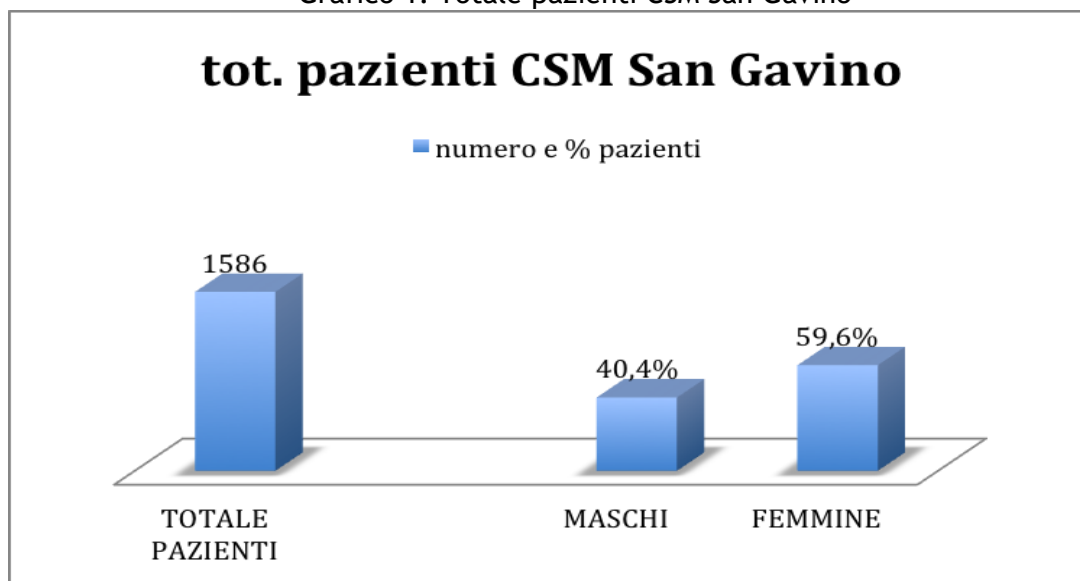
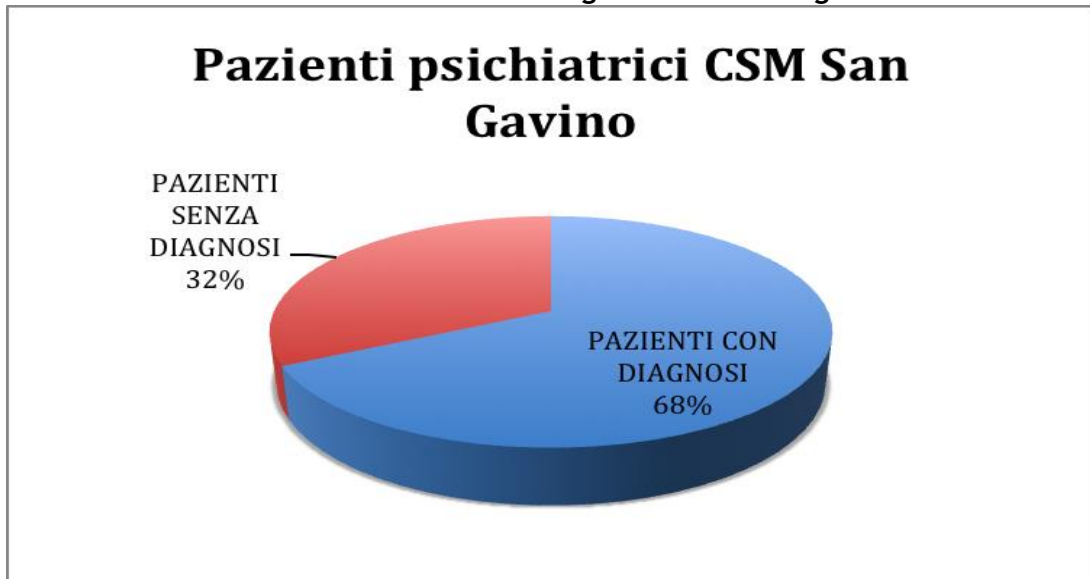
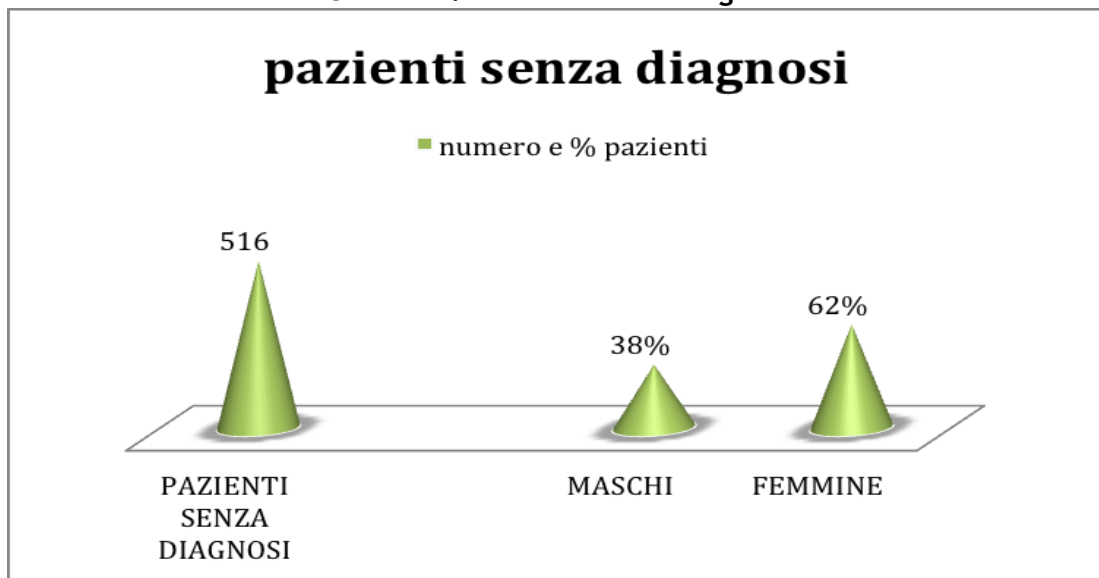


Grafico 2. Pazienti con diagnosi e senza diagnosi



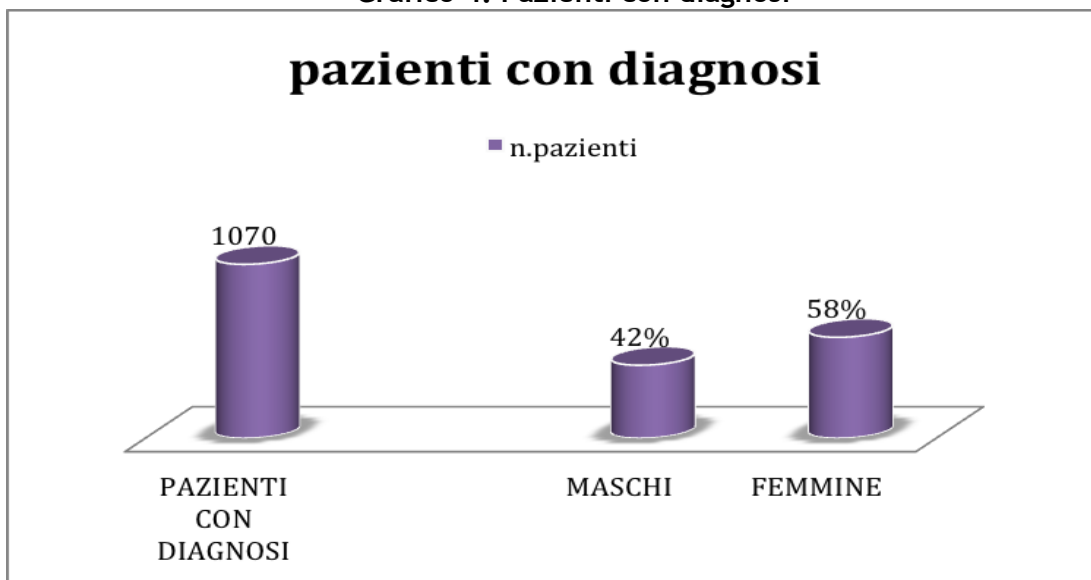
Tra i pazienti che non hanno ricevuto nessuna diagnosi il 38% è rappresentativo del campione maschile mentre il 62% del campione femminile.

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%

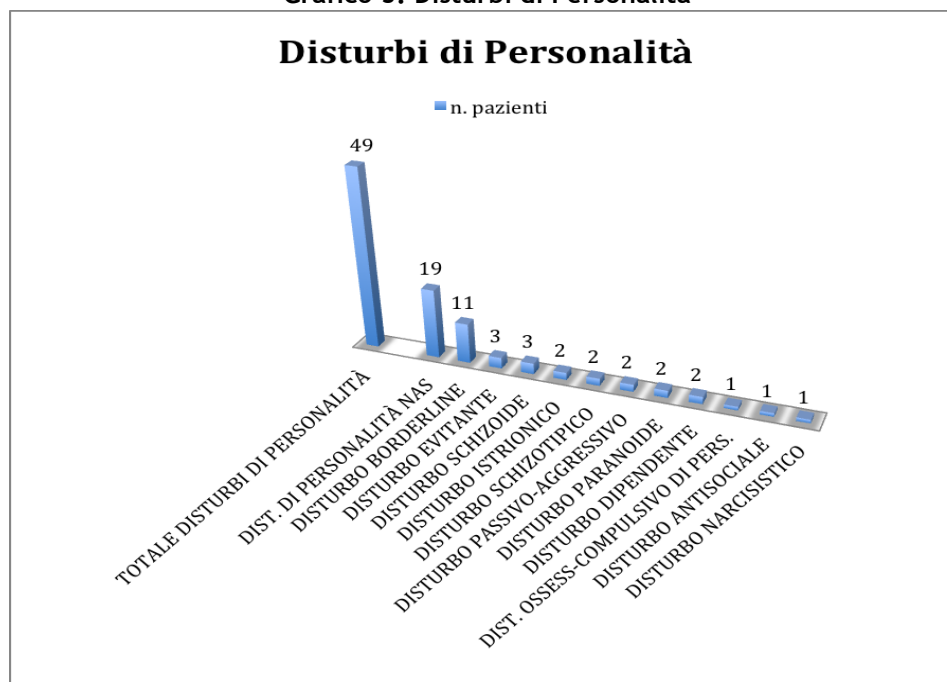
3.6 I Disturbi di Personalità

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. LEICHSENRING, *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.

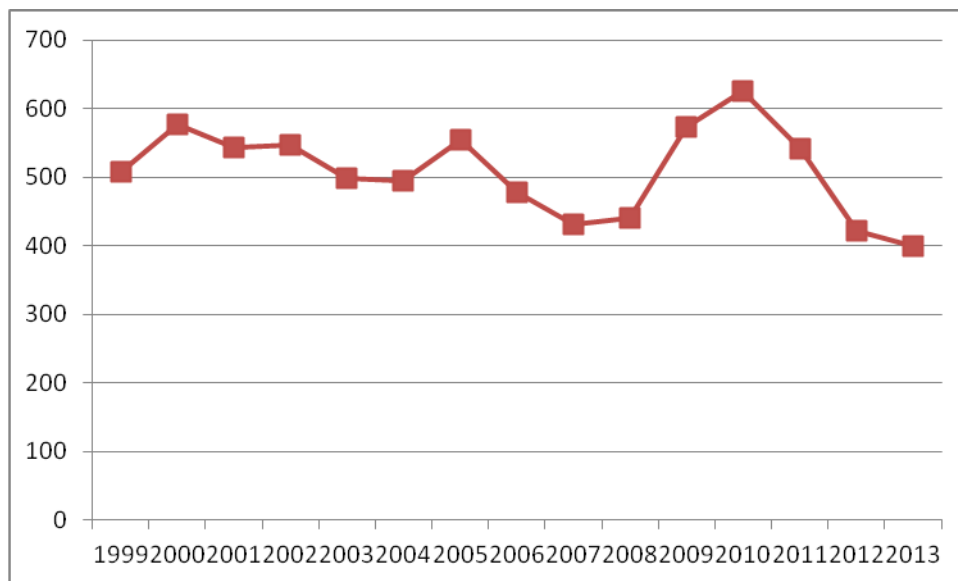


Figura 1 - Numero di certificazioni emesse dal CSM di Sanluri dal 1999 al 2013

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.

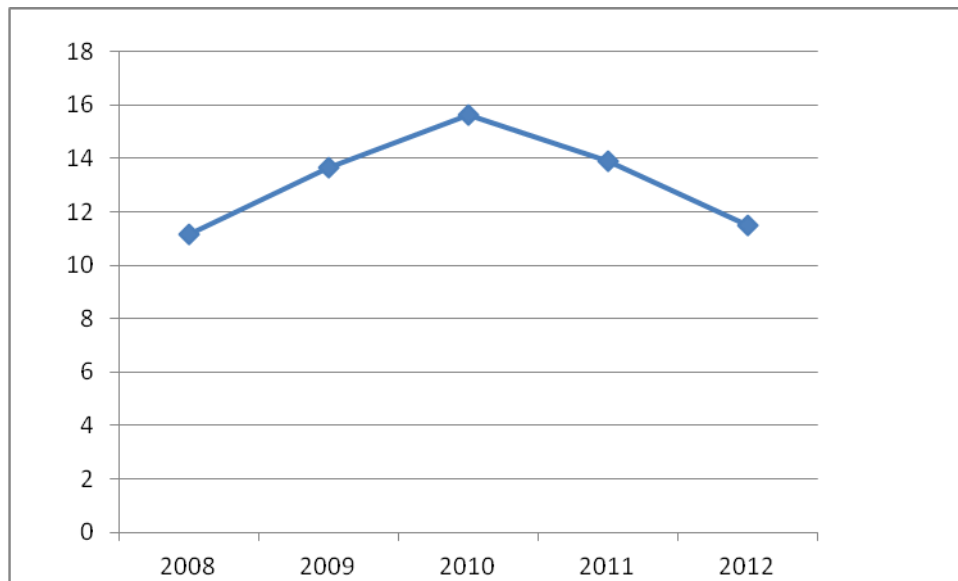


Figura 2 - Rapporto visite psichiatriche / rilascio di certificazioni nel periodo 2008-2012

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.

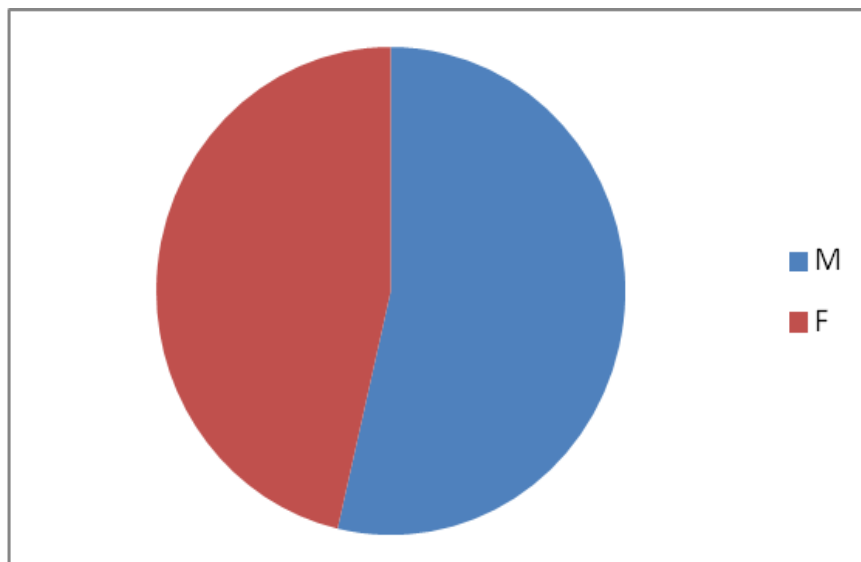


Figura 3 - Certificazioni 2011: Distribuzione per sesso

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.

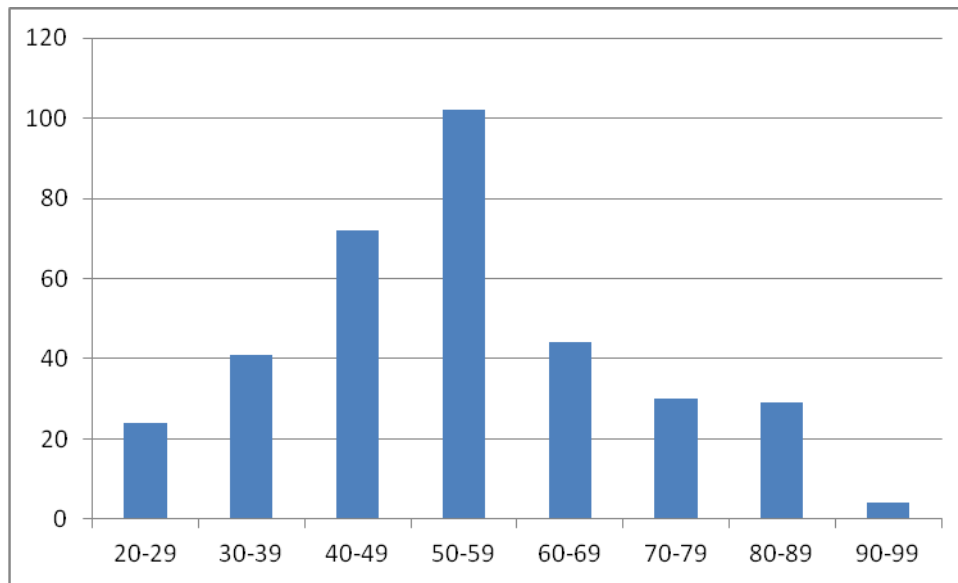


Figura 4 - Certificazioni 2011: distribuzione per fasce d'età

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.

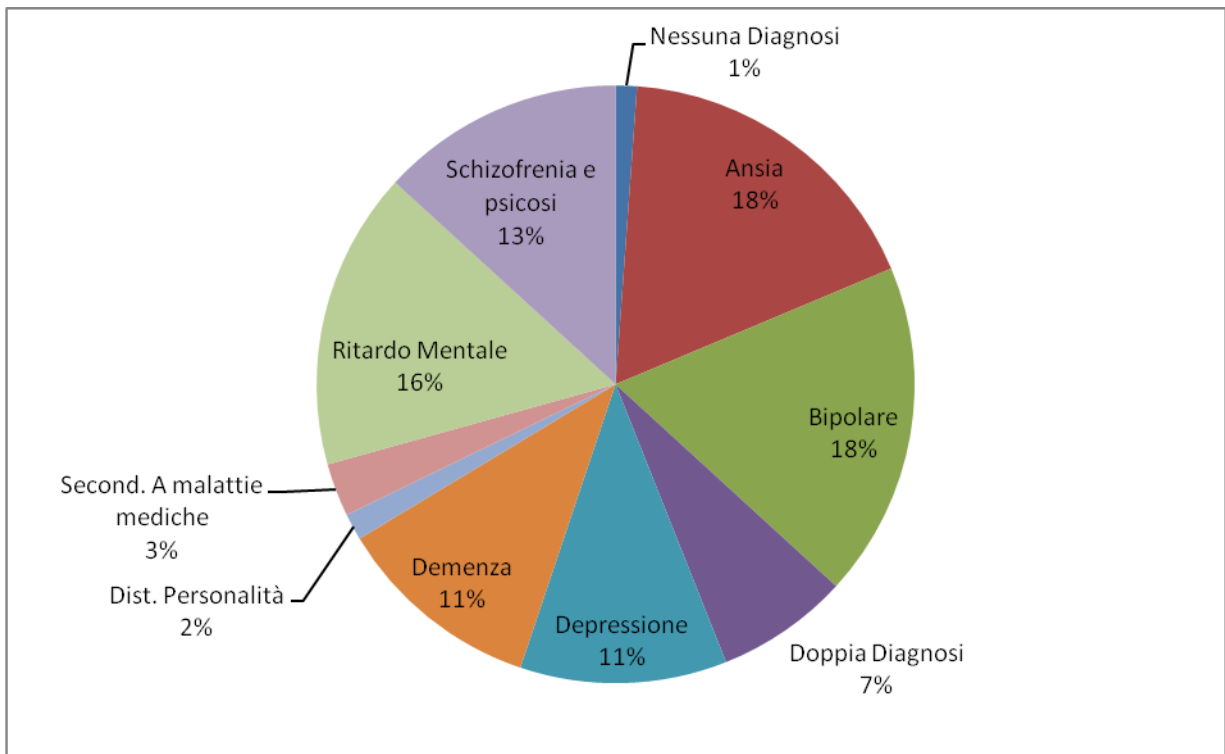
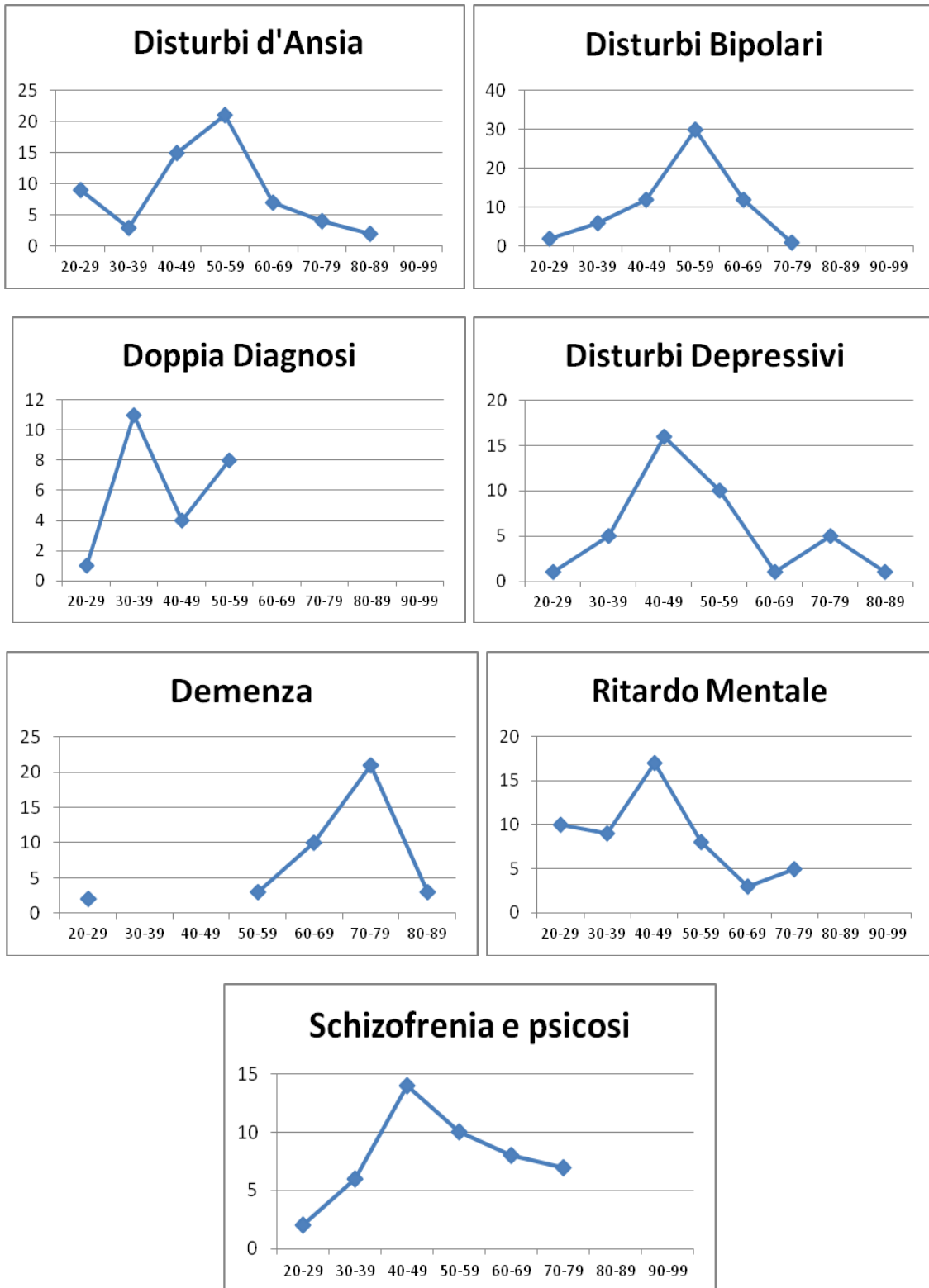


Figura 5 - Certificazioni 2011: Categorie Diagnostiche

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. WITZUM, 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. KENDELL, *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 eloquio 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.

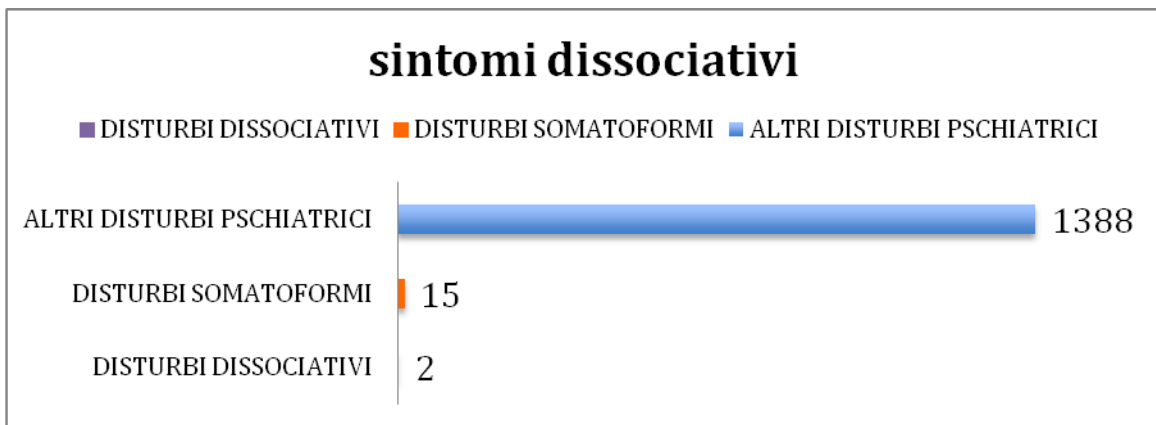


Grafico 6.1

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.

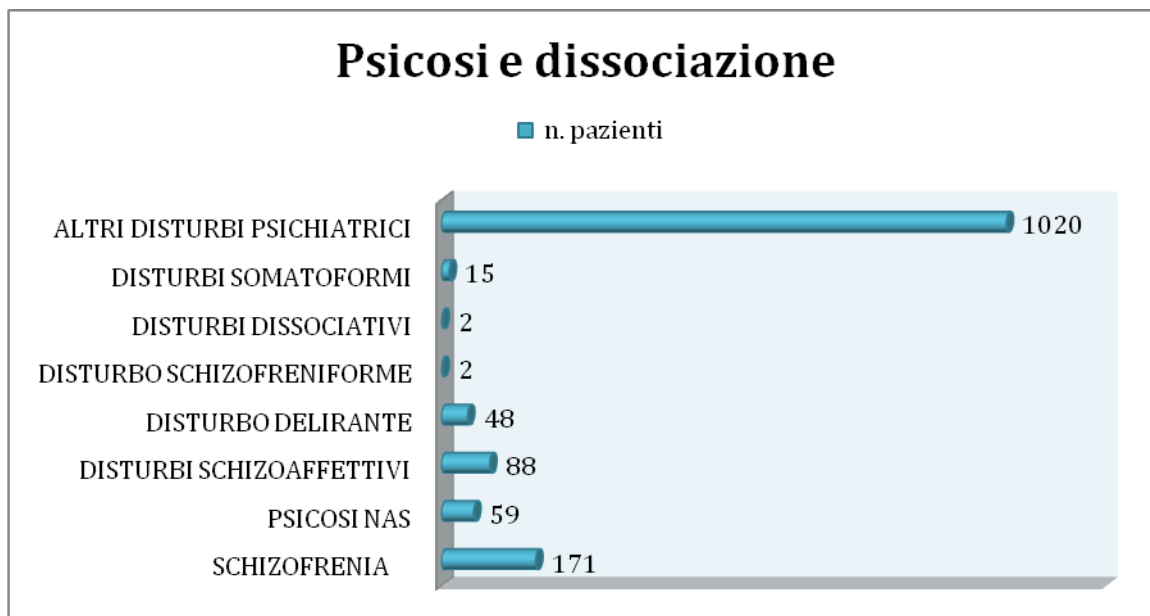


Grafico 6.2

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.

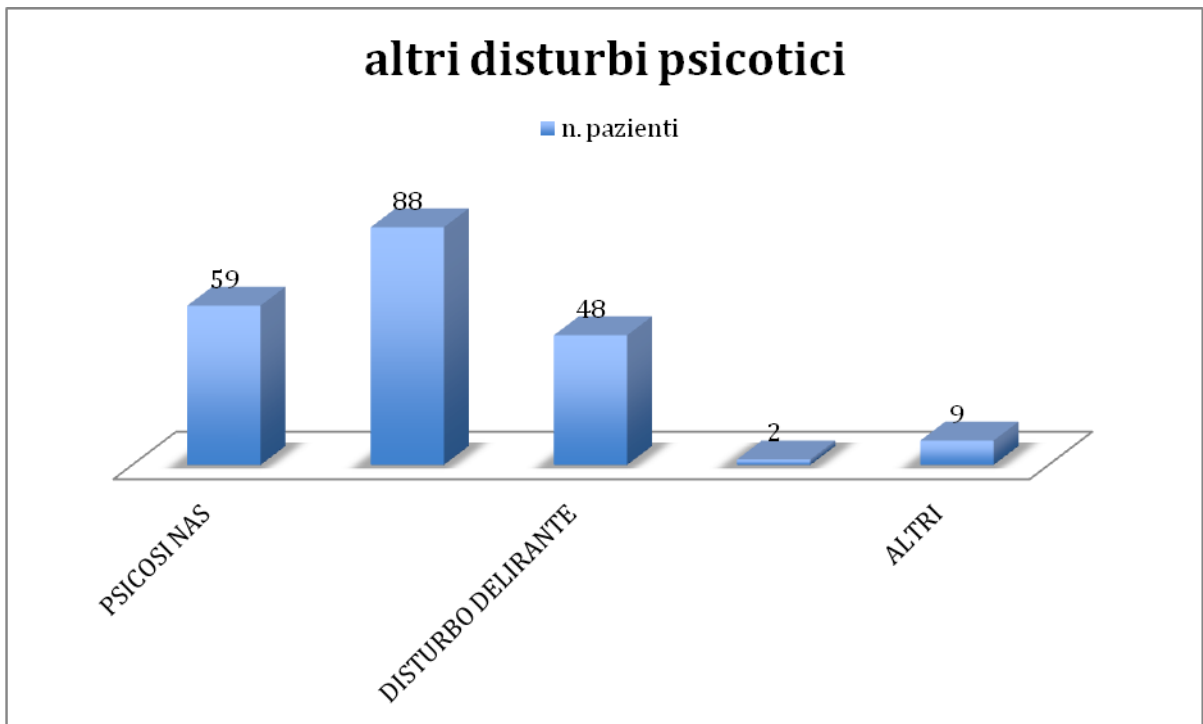


Grafico 6.3



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 GUROL, 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.

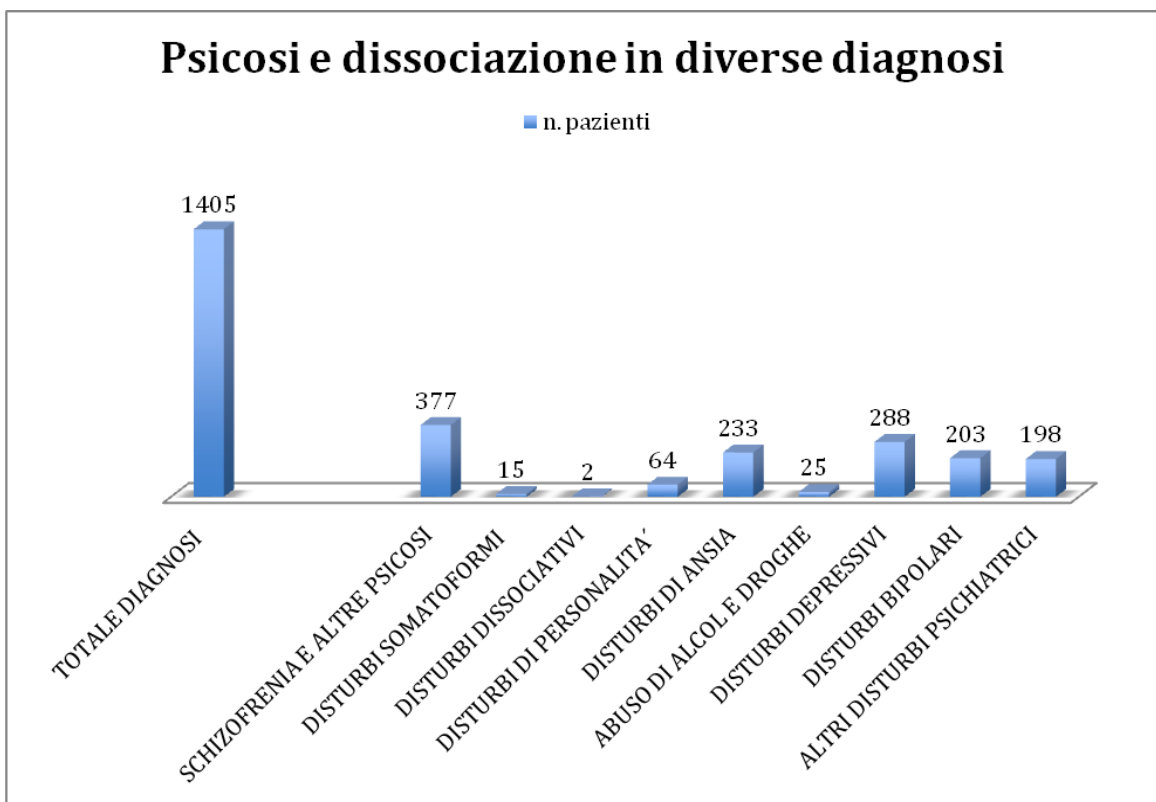


Grafico 6.4

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

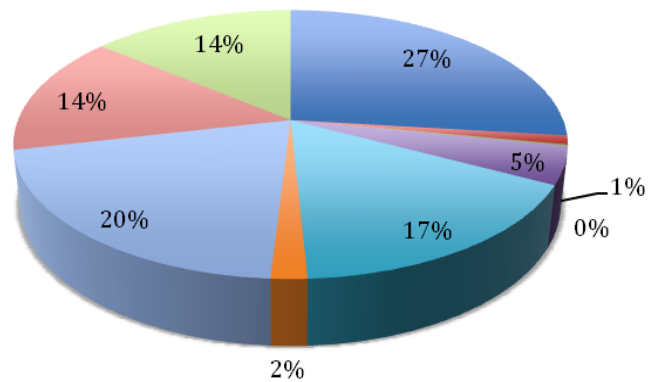


Grafico 6.4.1

Disturbi di Personalità

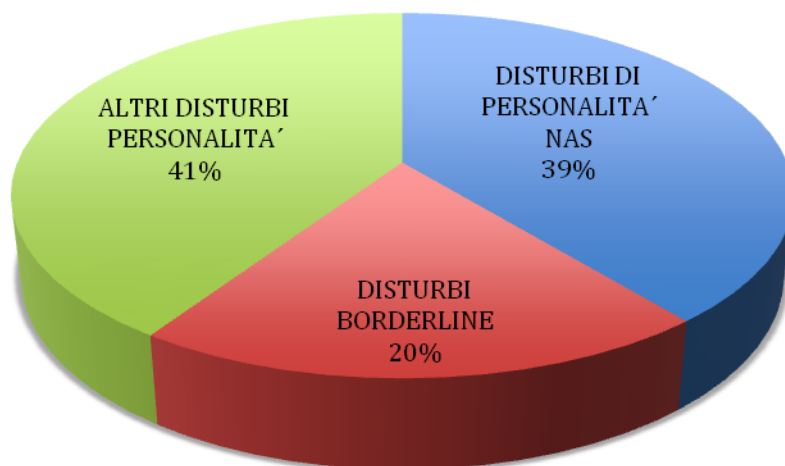


Grafico 6.4.2

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

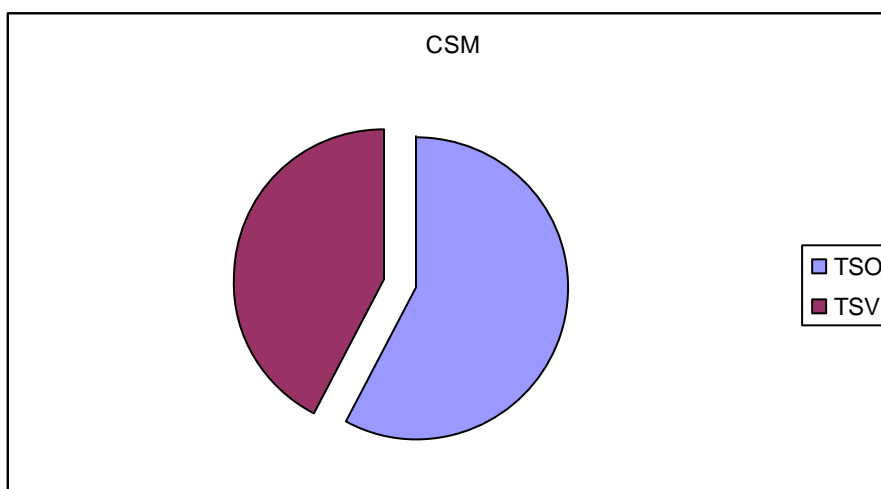


Grafico 1 - Distribuzione dei TSO e TSV effettuati al CSM negli anni 1992-2011

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

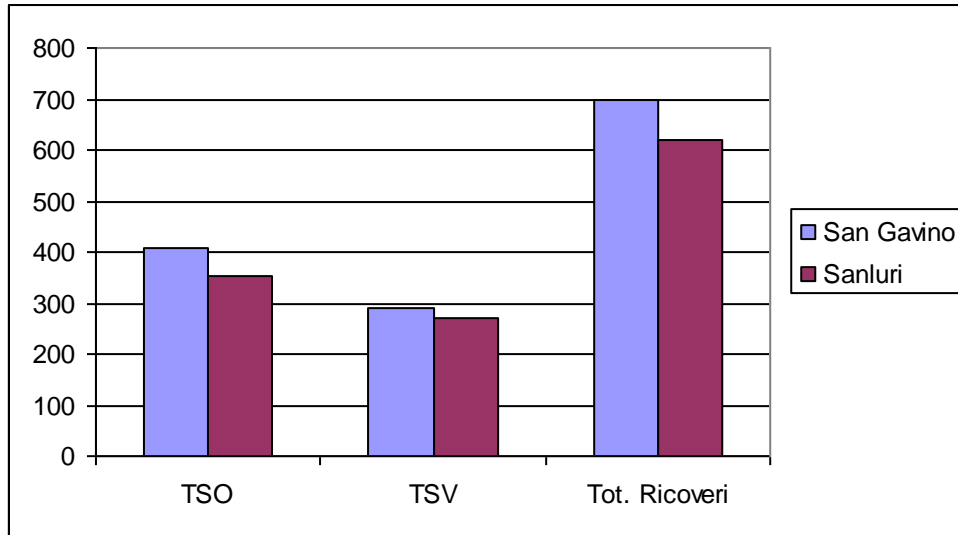


Grafico 2 - Ricoveri ospedalieri effettuati negli anni 1992-2011 nelle due sedi di San Gavino e Sanluri.

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

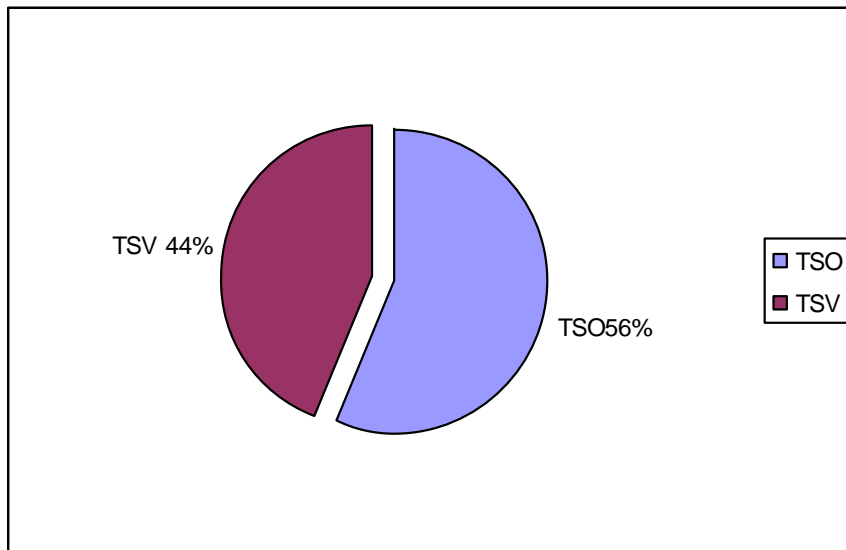


Grafico 3 - Distribuzione di TSO e TSV sul totale dei ricoveri negli anni 1992-2011.

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.

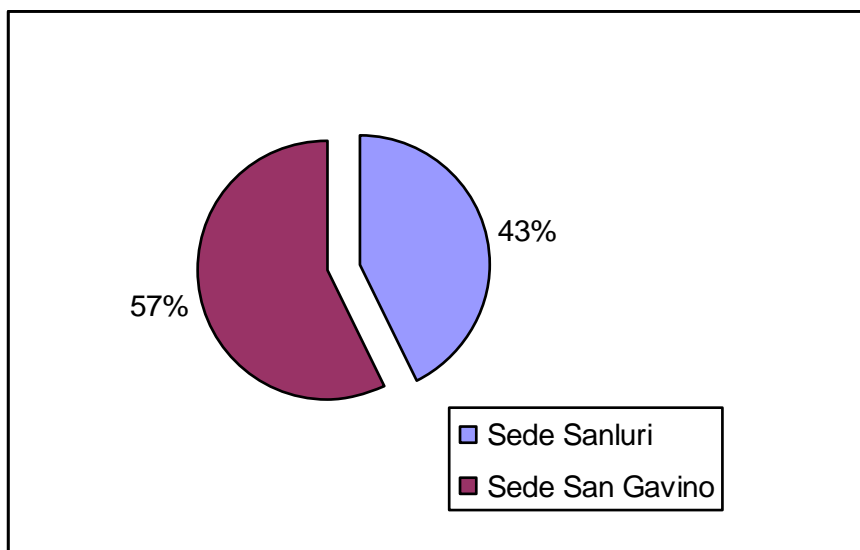


Grafico 4 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nella sede Sanluri e San Gavino sul totale ricoveri del CSM

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).

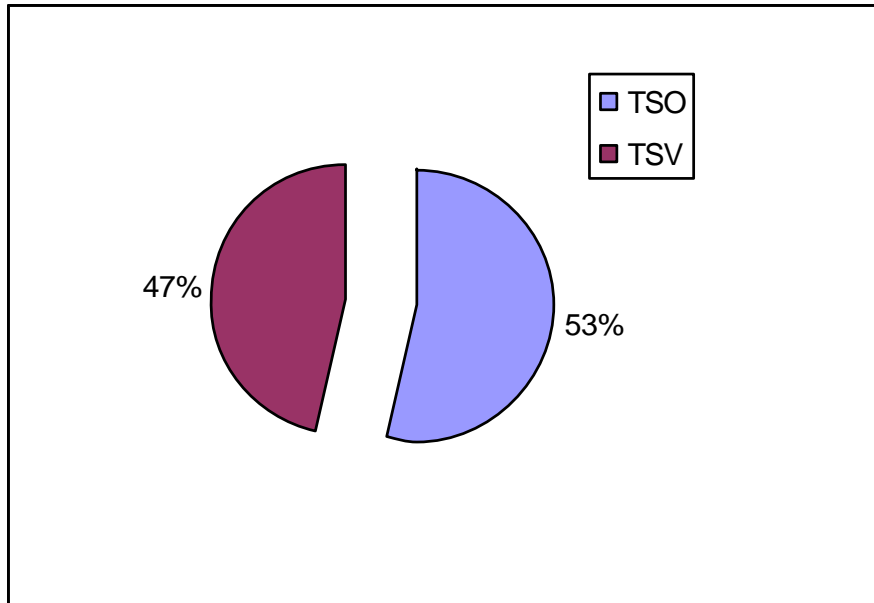


Grafico 5 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di Sanluri

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.

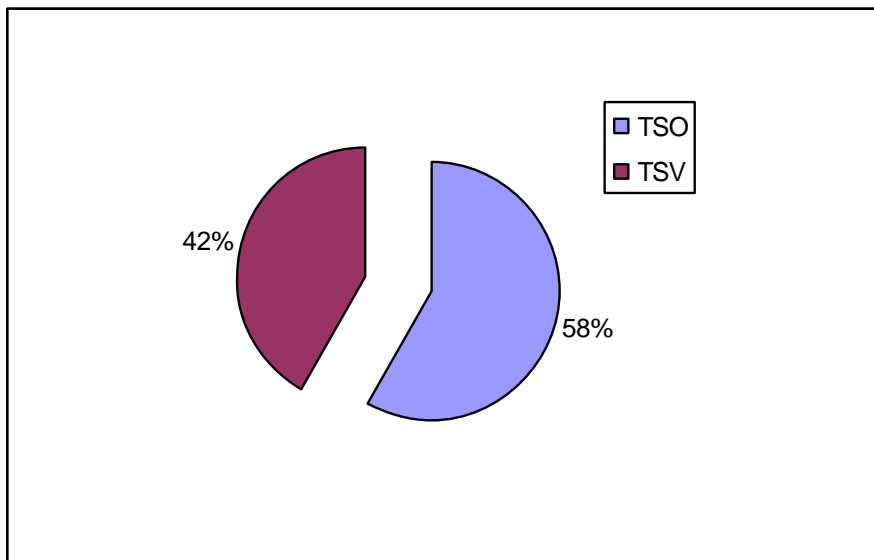


Grafico 6 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di San Gavino.

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

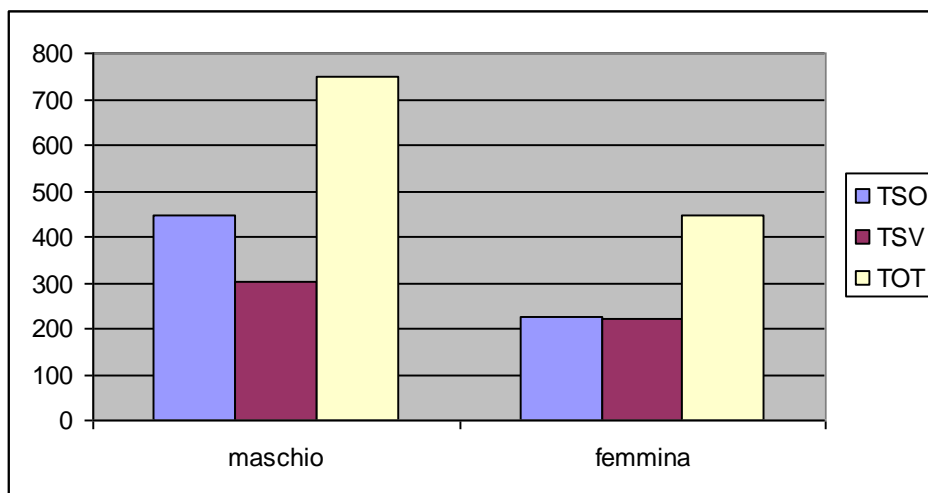


Grafico 7 - Differenze di genere nei trattamenti sanitari

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

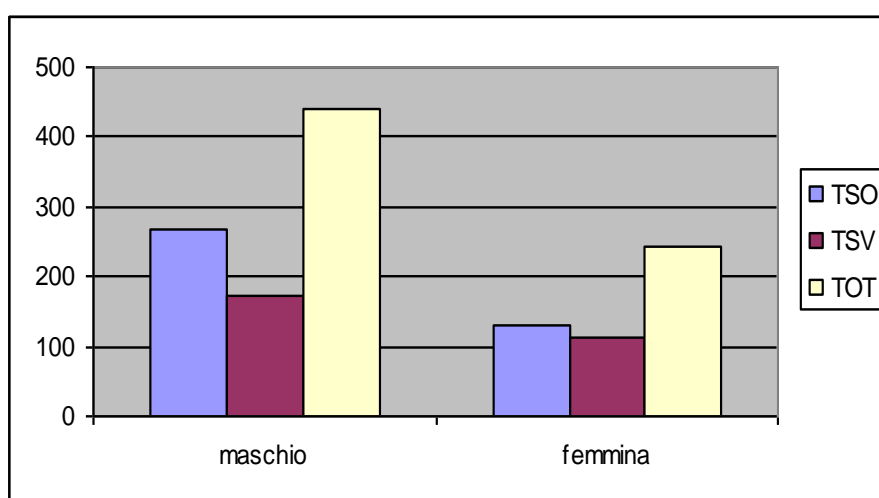
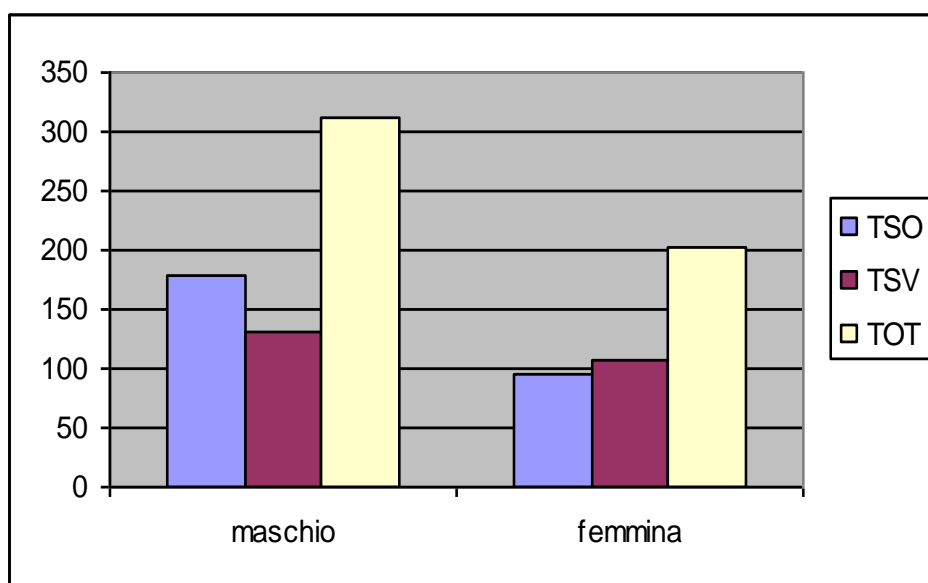


Grafico 8 - Differenze di genere sul numero di ricoveri nella sede di San Gavino

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

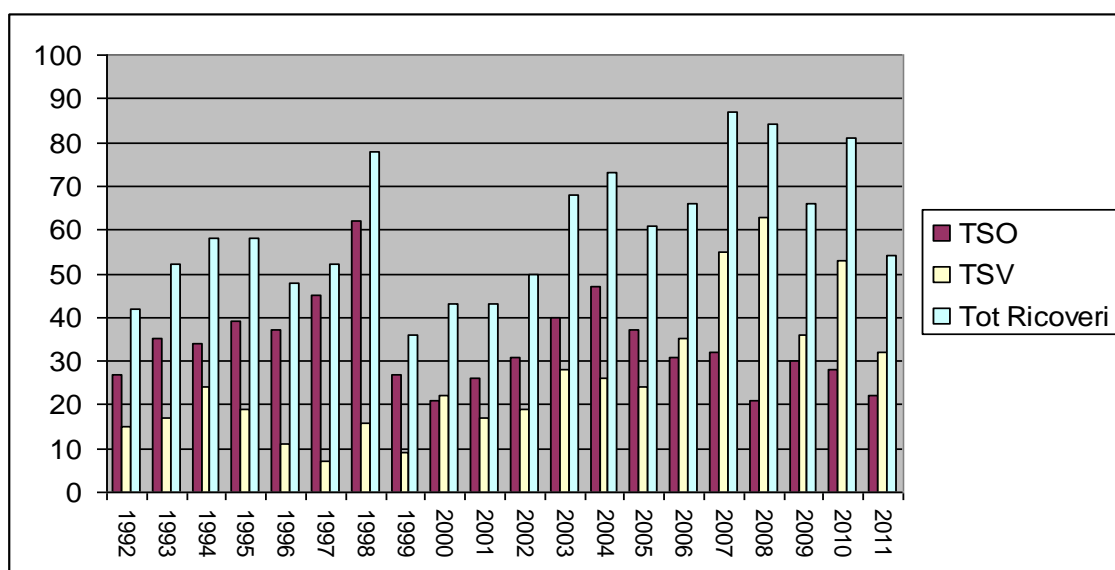


Grafico 10 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011

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

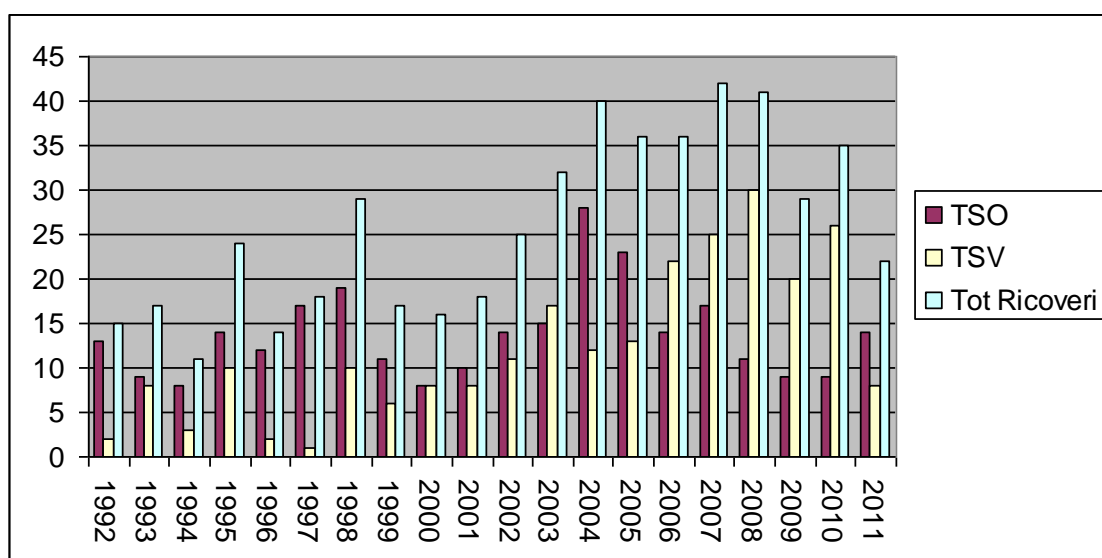


Grafico 11 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di Sanluri)

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

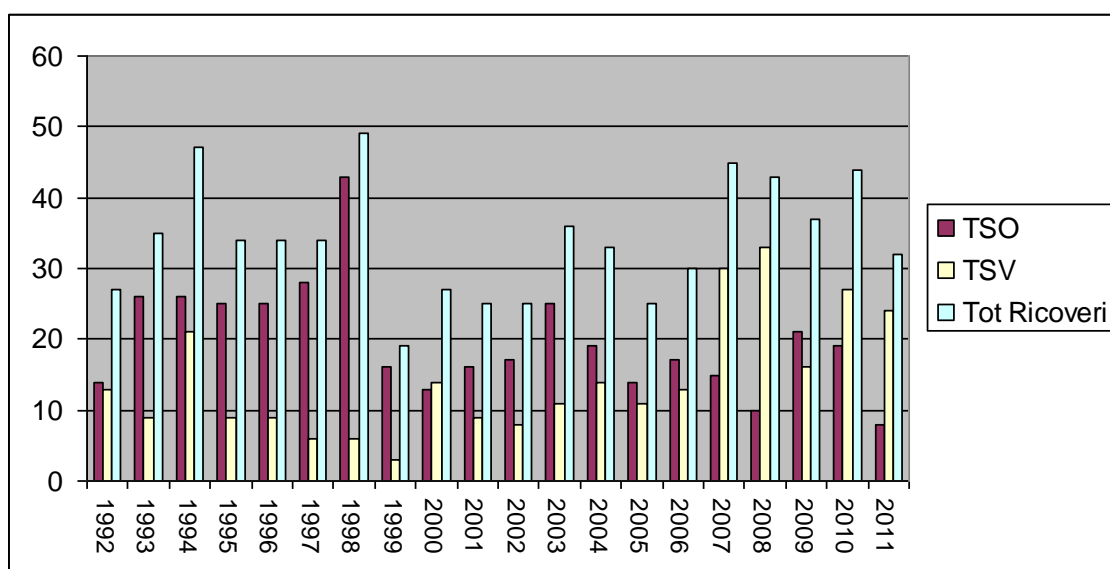


Grafico 12 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di San Gavino).

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

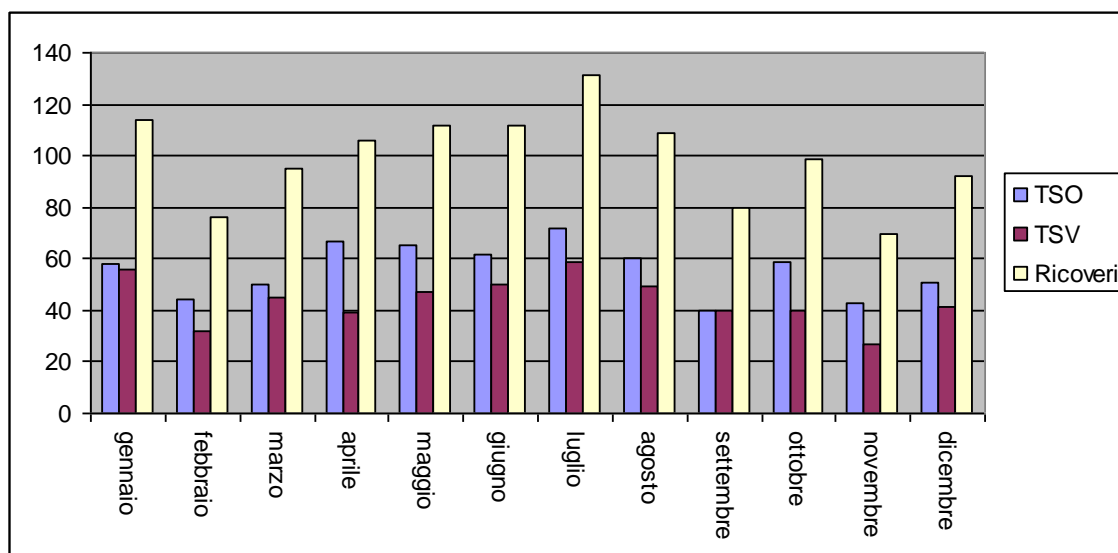


Grafico 13- Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011.

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

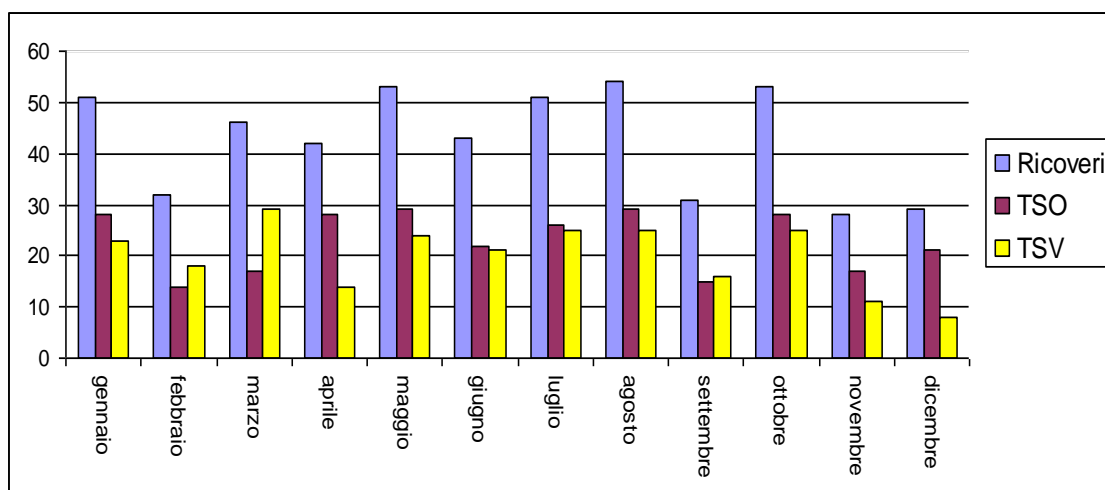


Grafico 14 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei

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

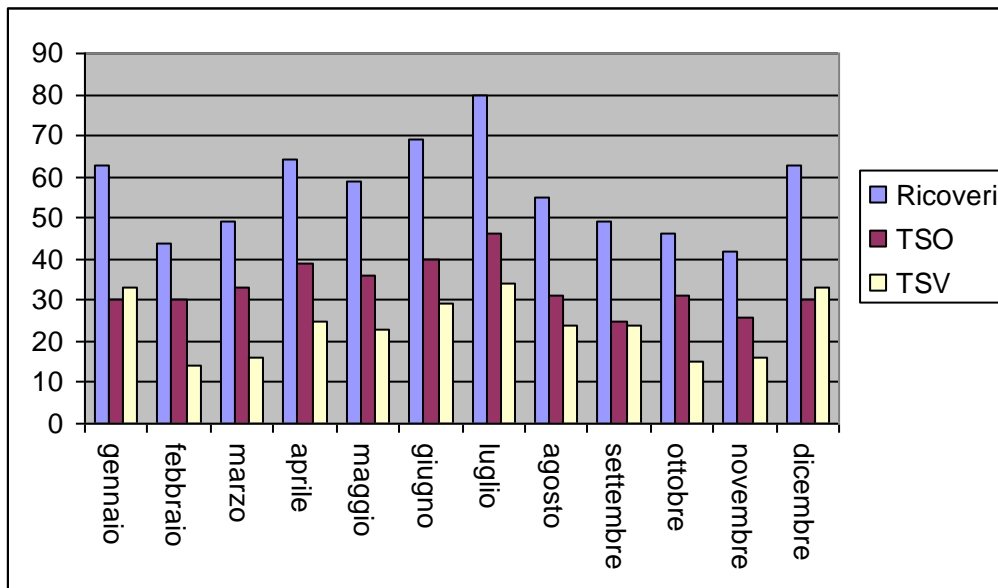


Grafico 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

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

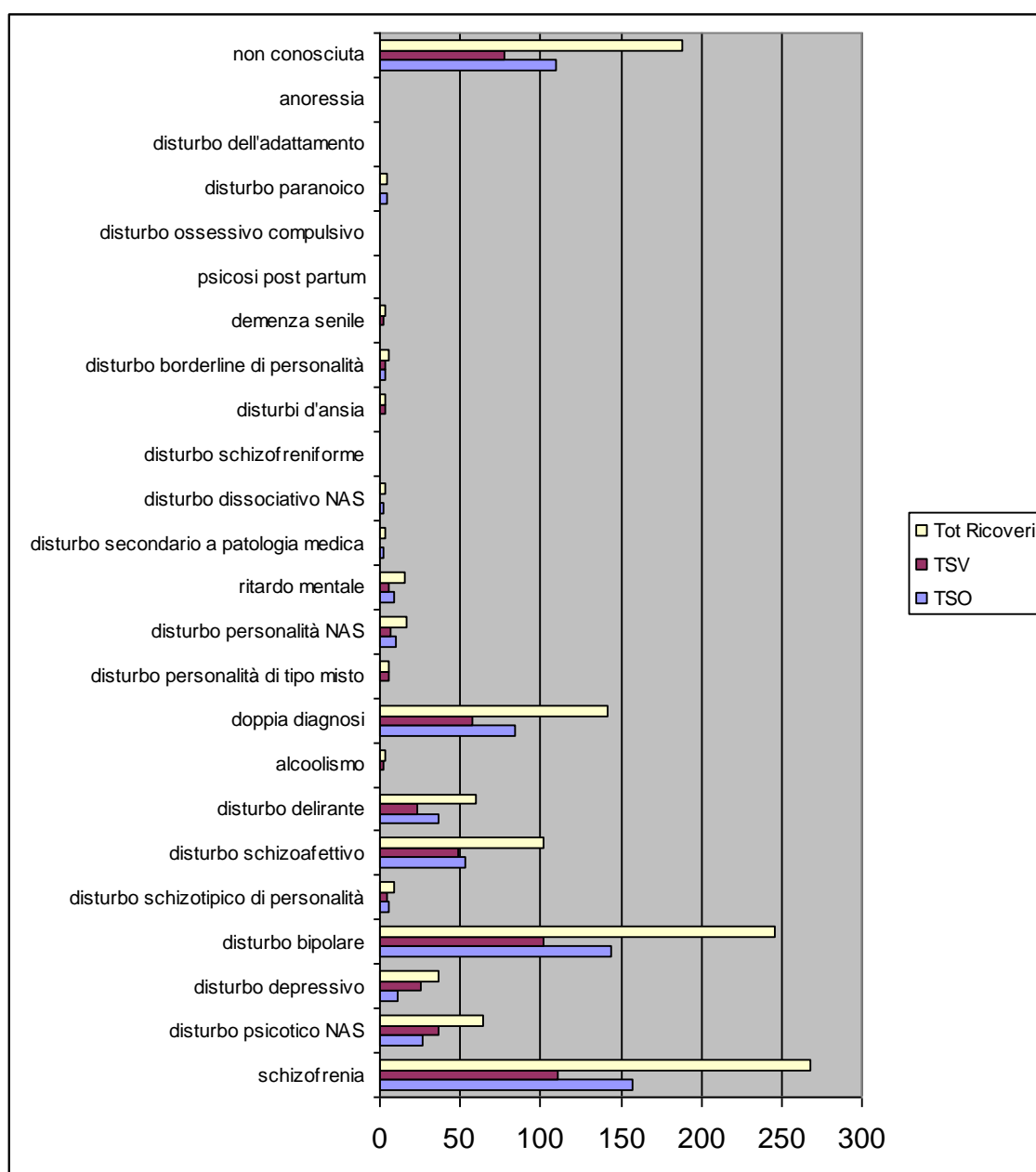


Grafico 16 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011

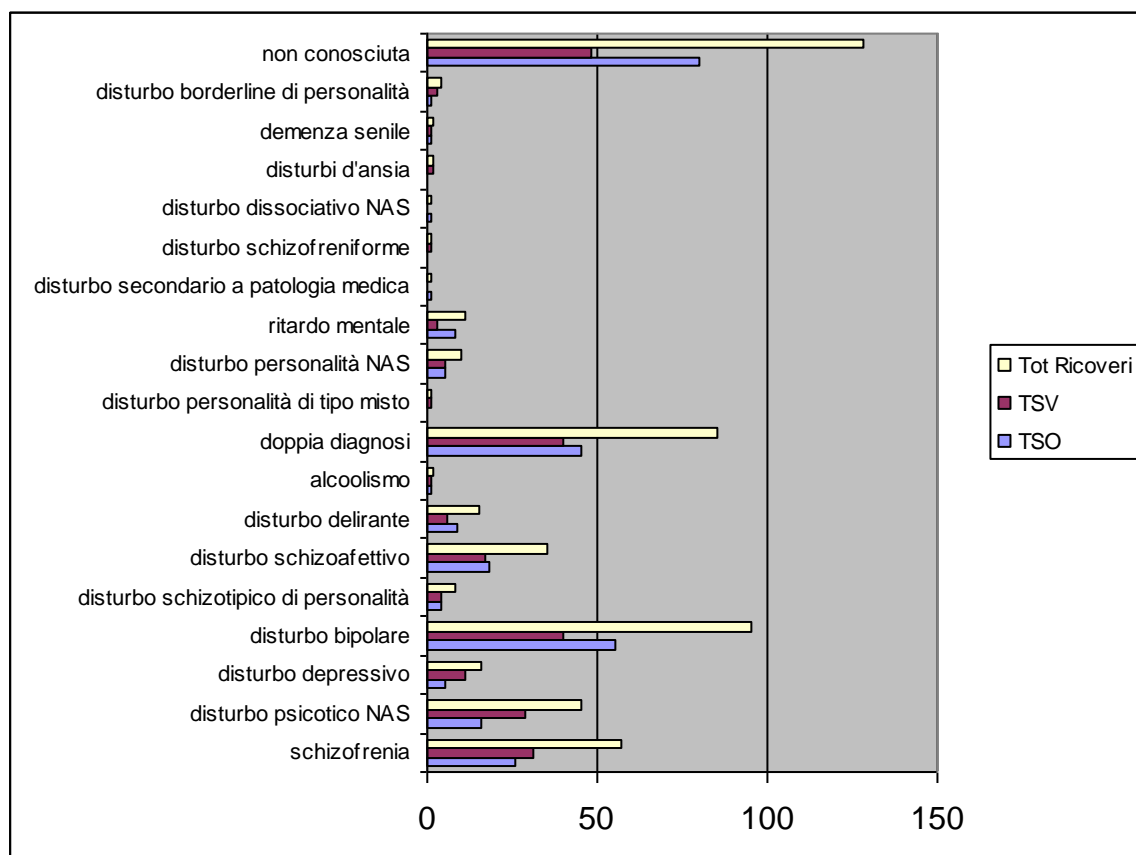
Come si evince dal grafico 16, la diagnosi di schizofrenia raggiunge un picco più alto in relazione ai trattamenti sanitari, con un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV. Registrano un alto numero di ricoveri anche i pazienti con diagnosi di disturbo bipolare e, a seguire, di doppia diagnosi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

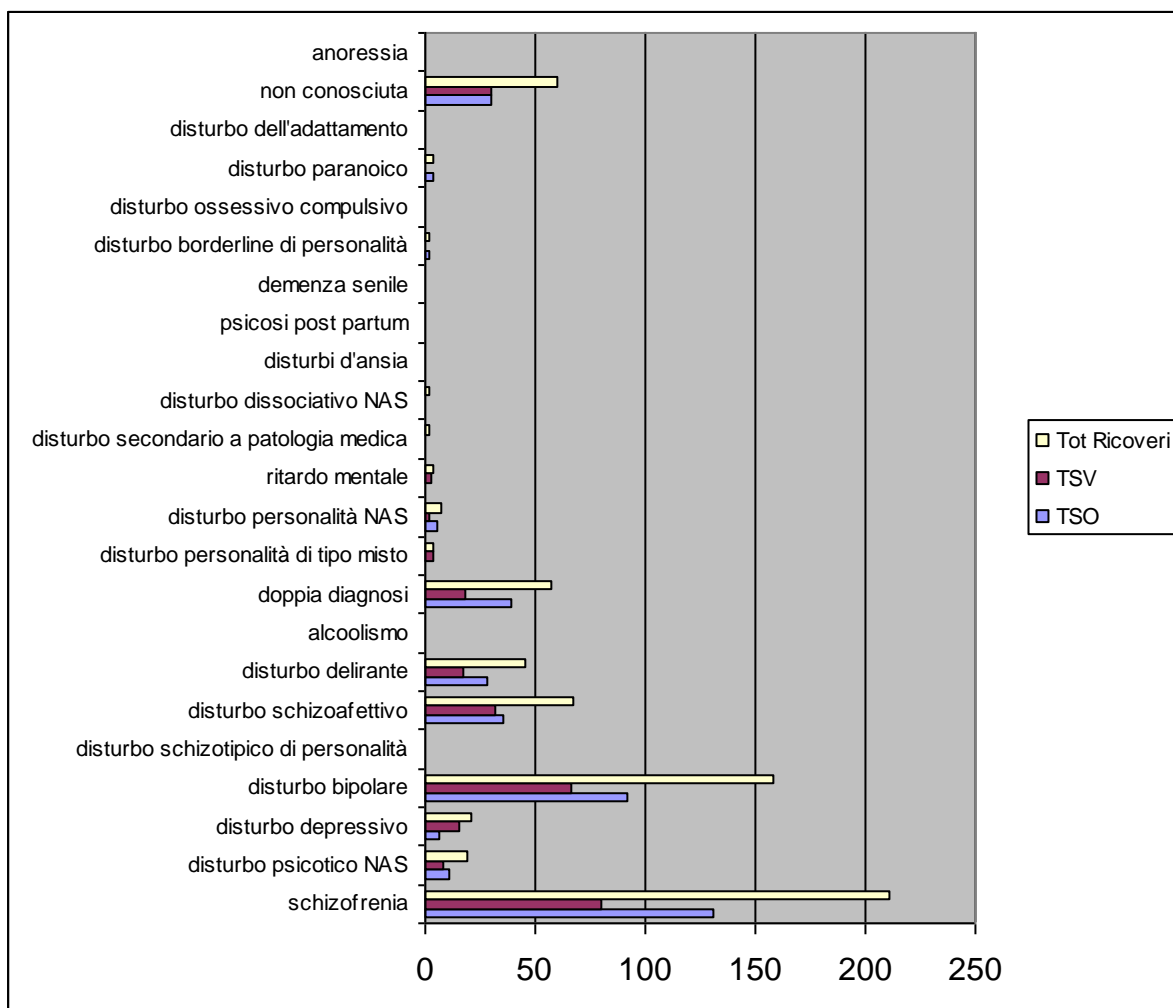


Grafico 18 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

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.

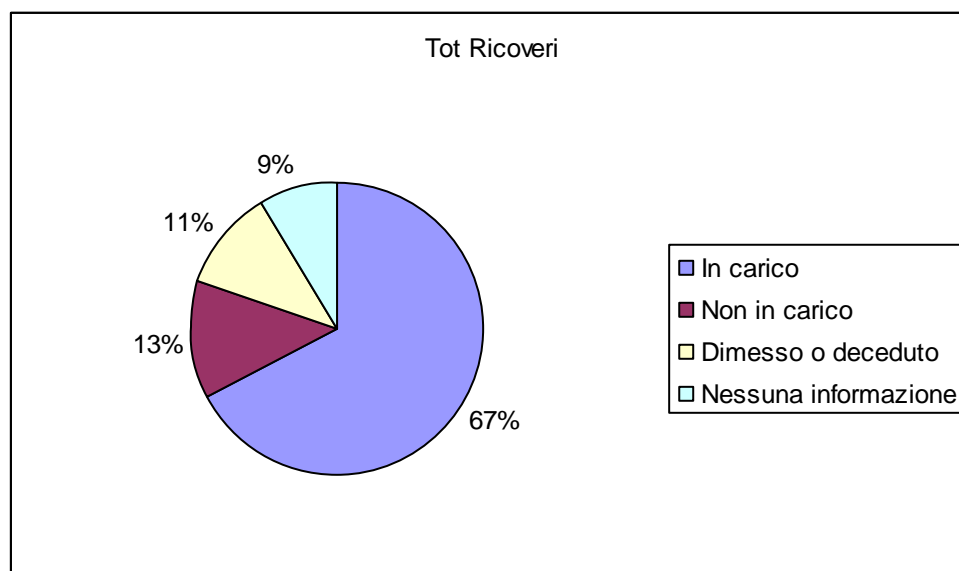
Tab. 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari in relazione alla diagnosi ed al genere nelle due sedi del CSM di Sanluri e San Gavino

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

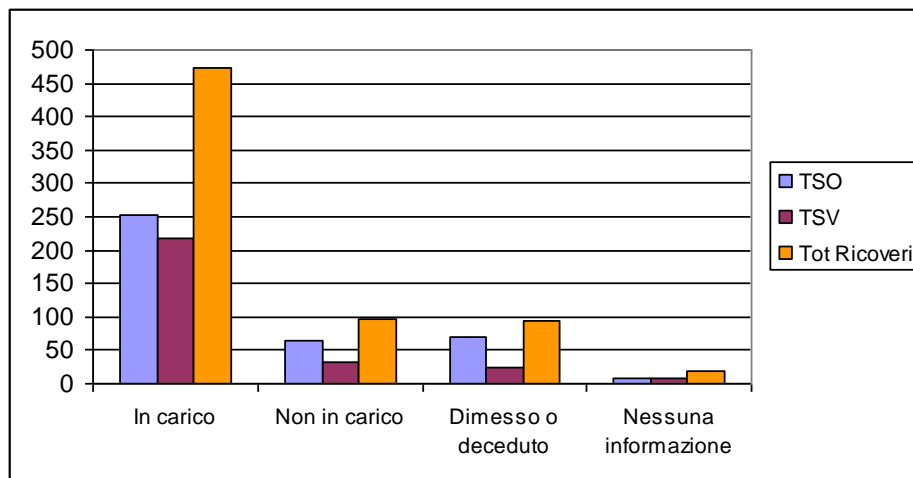


Grafico 20- Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di San Gavino

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

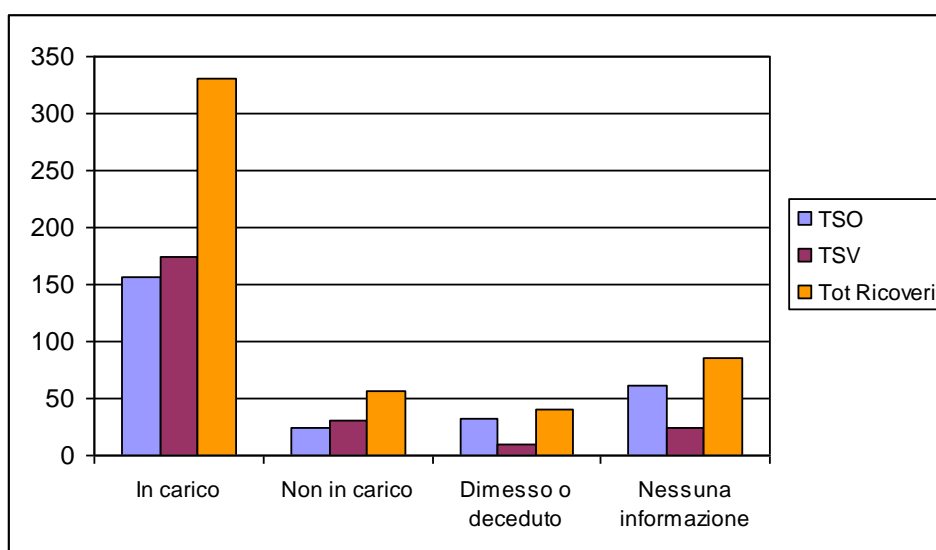


Grafico 21 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di Sanluri

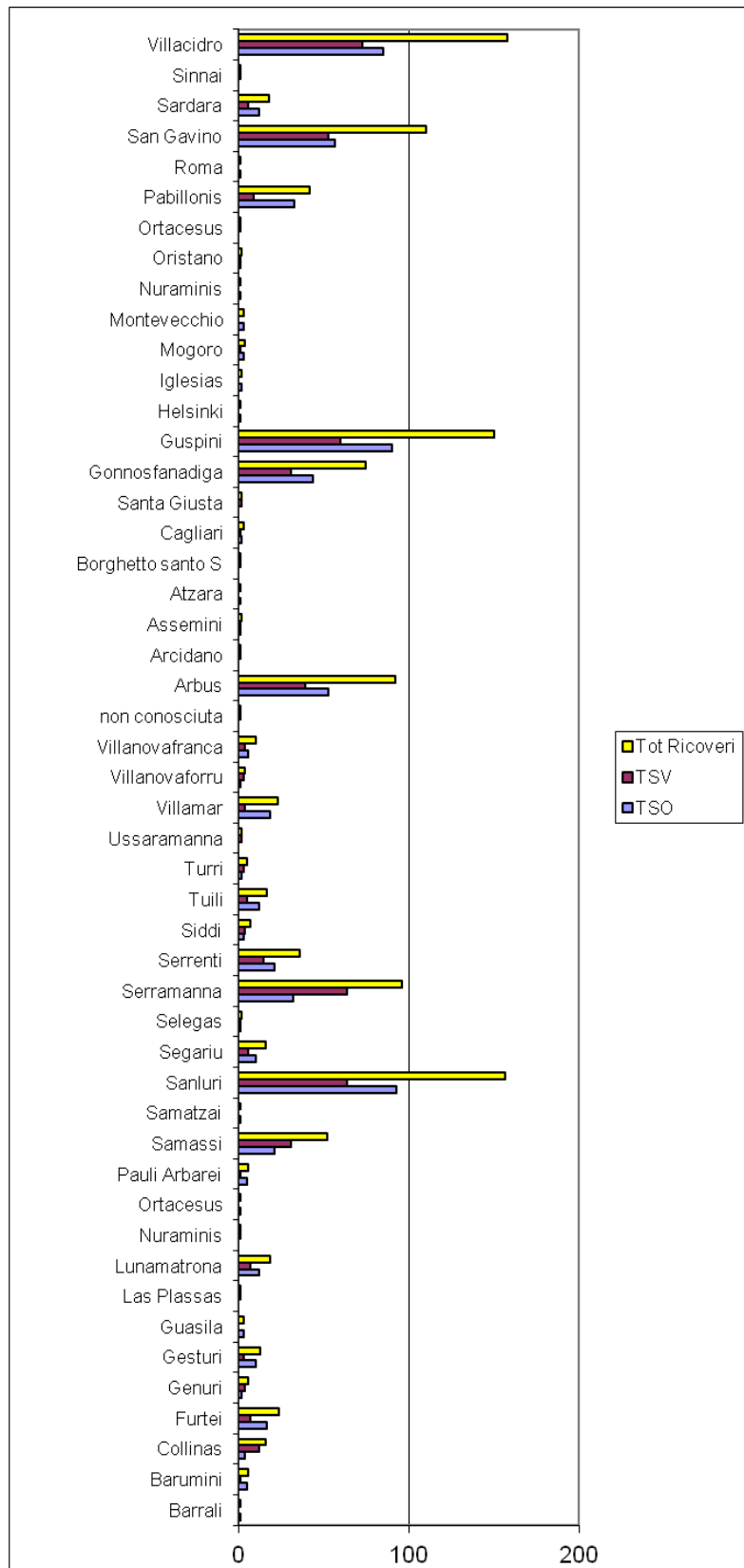


Grafico 22 - Distribuzione ricoveri in relazione ai paesi di residenza

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.

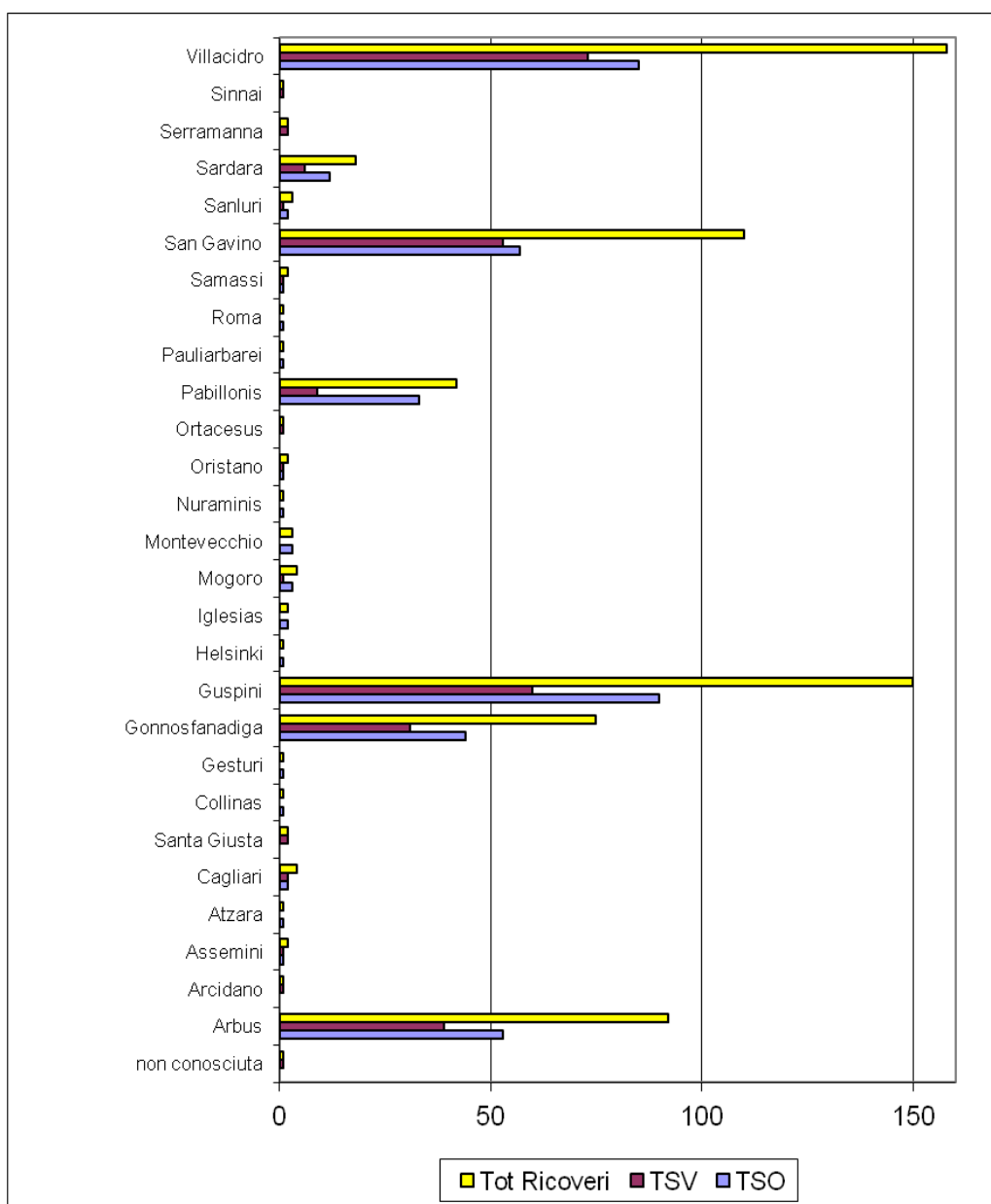


Grafico 23 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di San Gavino

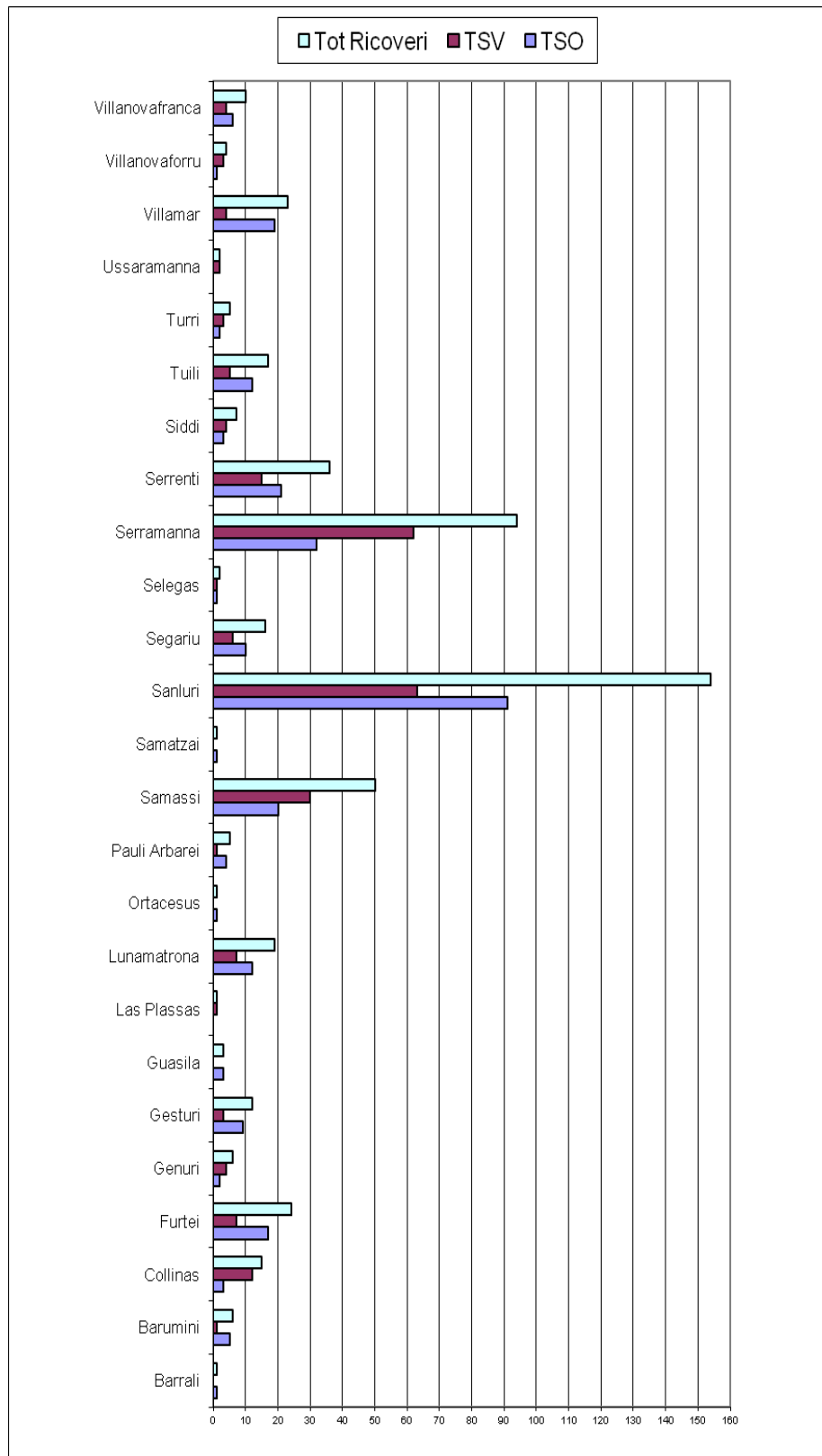


Grafico 24 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di Sanluri.

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.

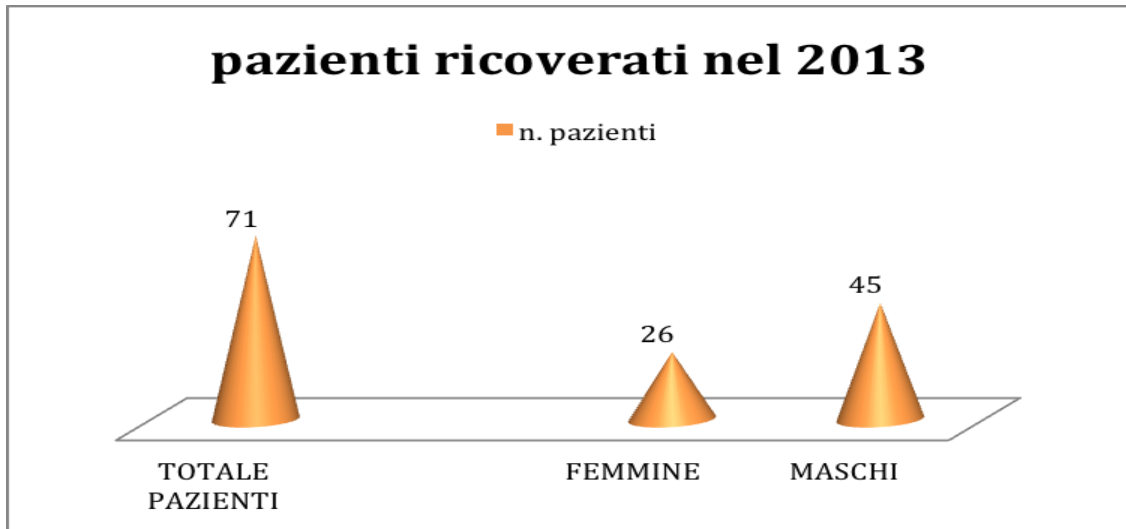


Grafico 1 -Totale pazienti del CSM di Sanluri che hanno subito un trattamento sanitario

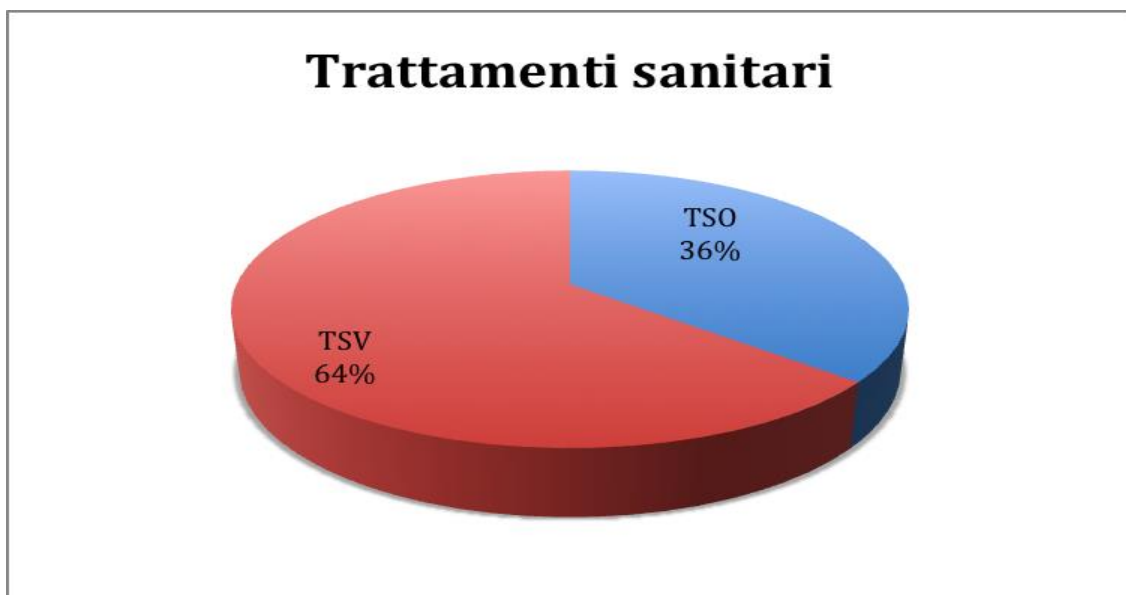


Grafico 2 - TSO e TSV

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.

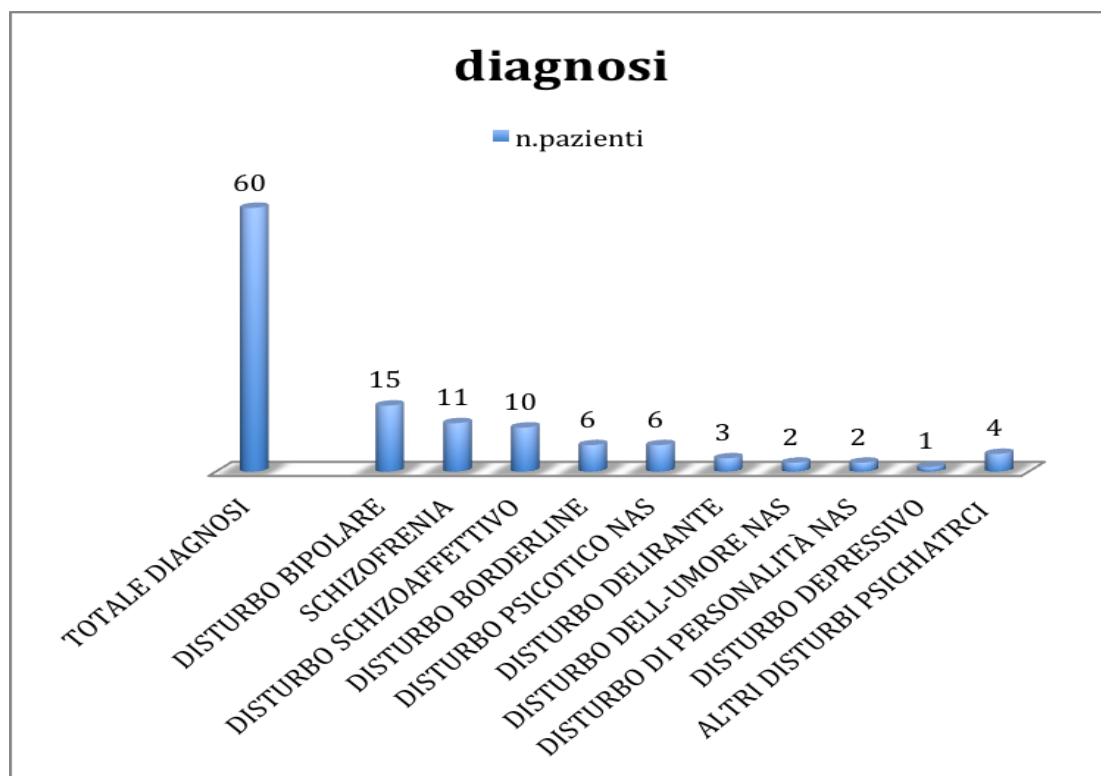


Grafico 3 - Le diverse diagnosi dei pazienti ricoverati nell'anno 2013

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

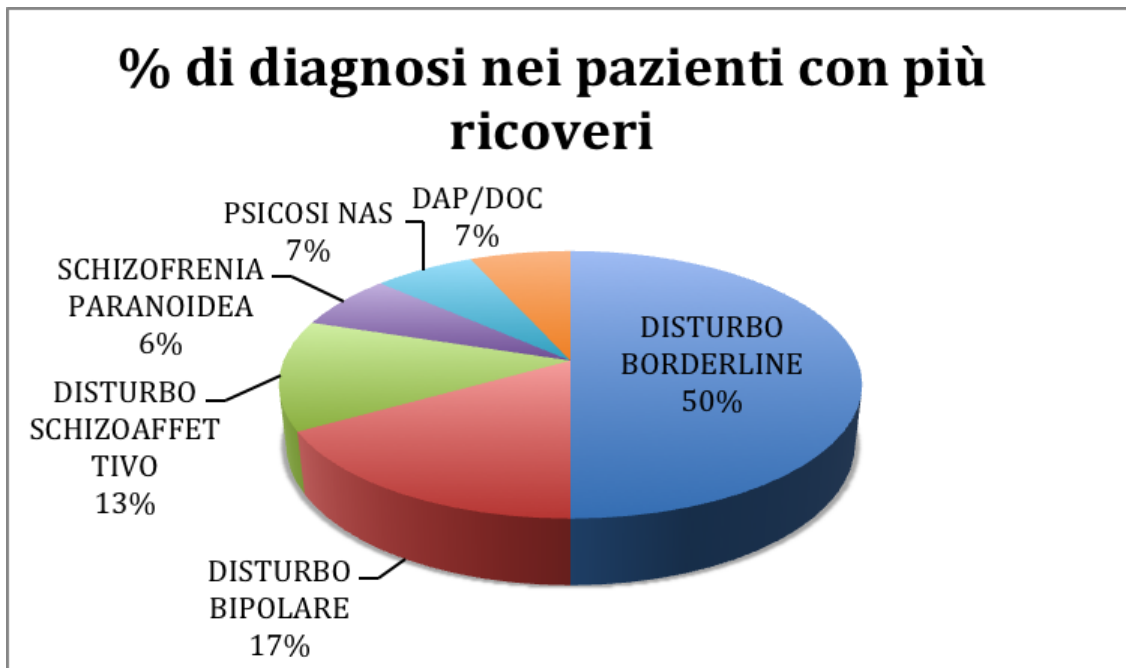


Grafico 4 - Diagnosi dei pazienti che hanno avuto più ricoveri nel 2013

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).

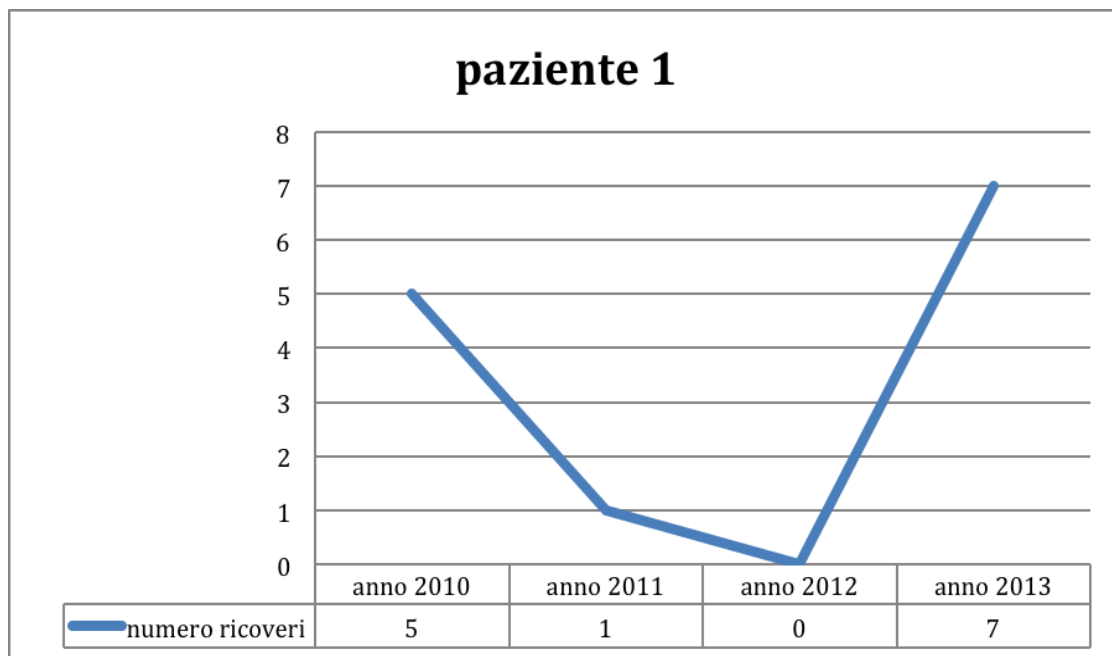


Grafico 5 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

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.

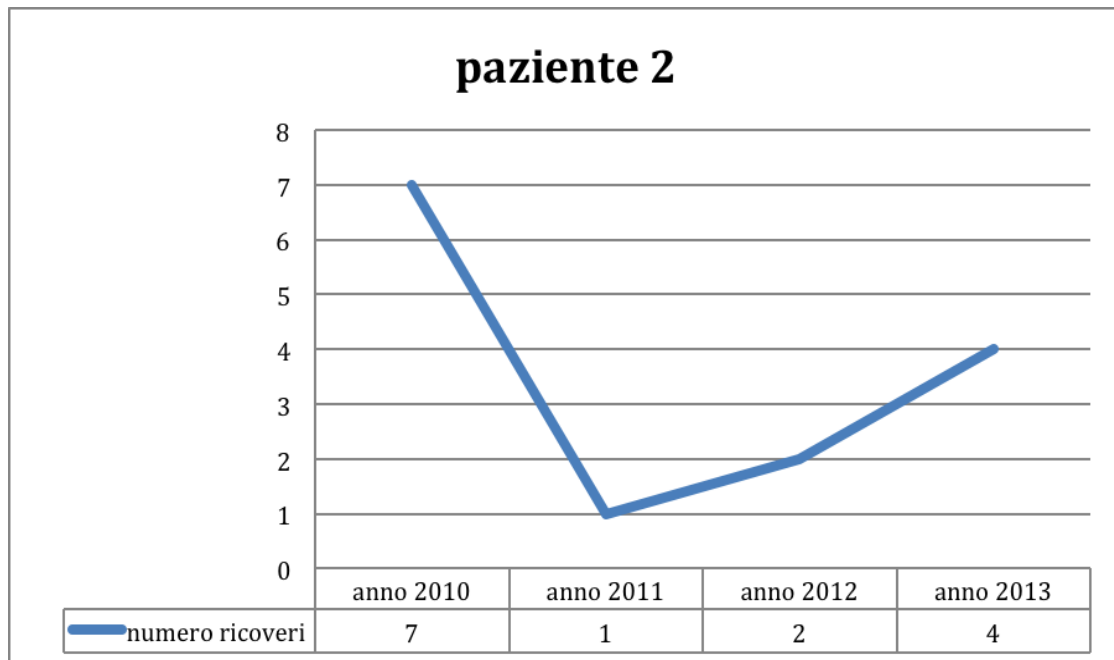


Grafico 6 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

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 Obbligatoriosi (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.

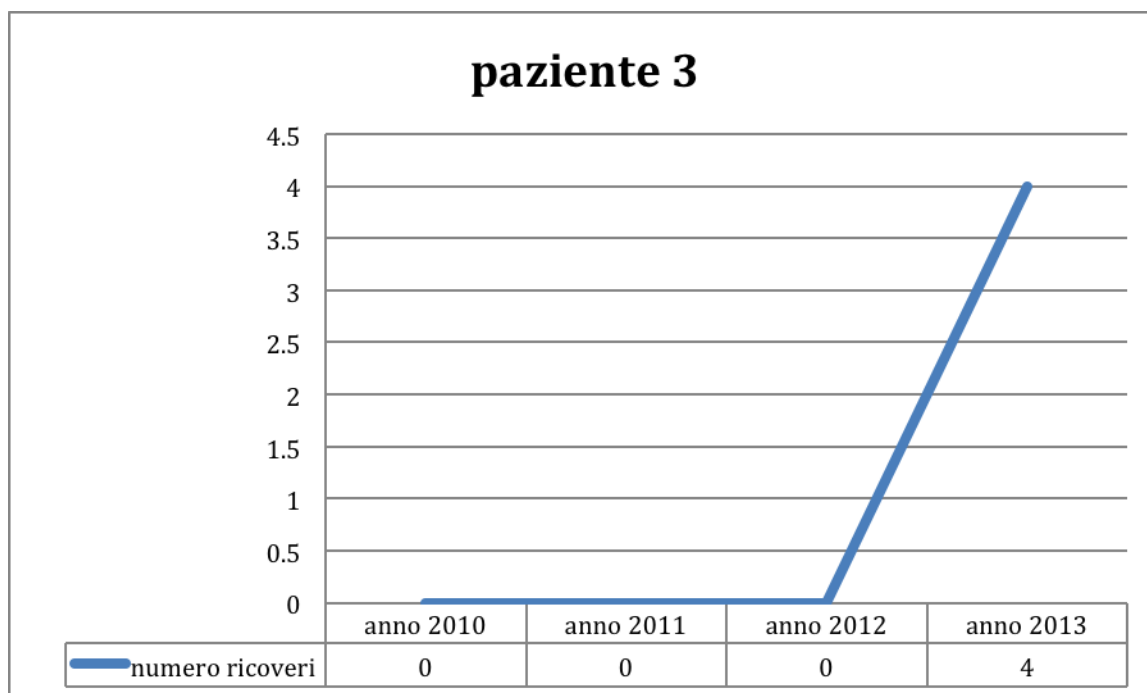


Grafico 7 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

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.

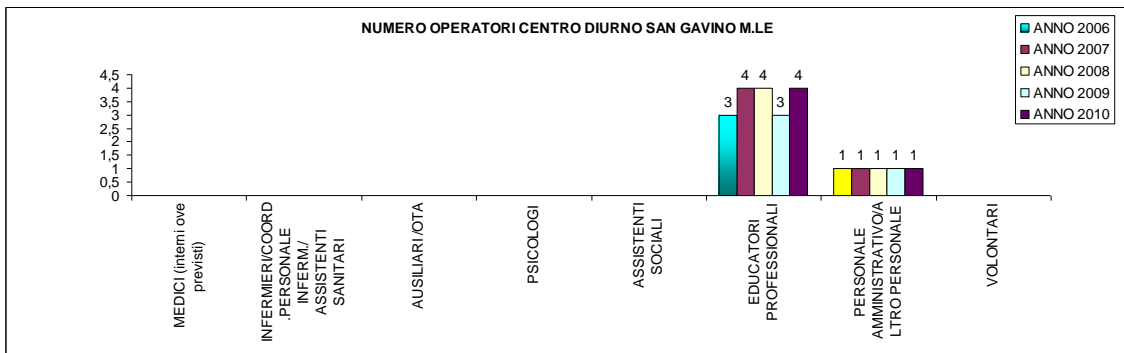


Grafico 1

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.

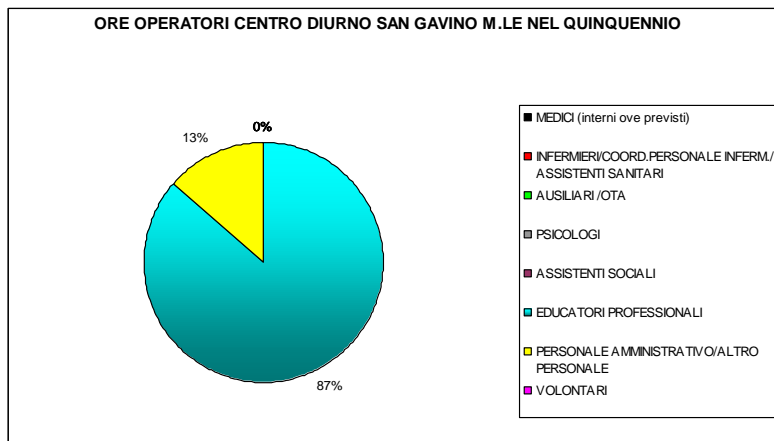


Grafico 2

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;

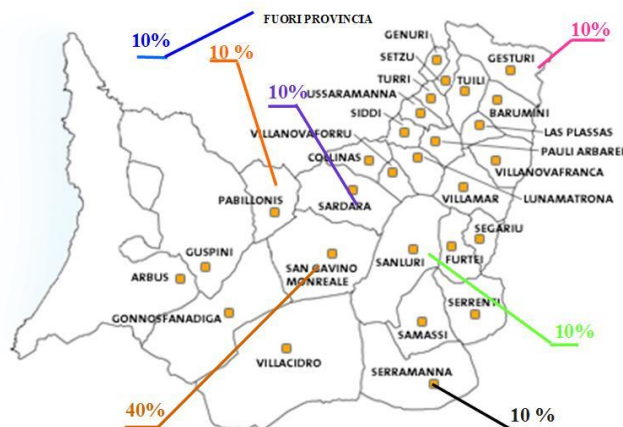
Inoltre, vengono prese in considerazione altre variabili:

- 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.

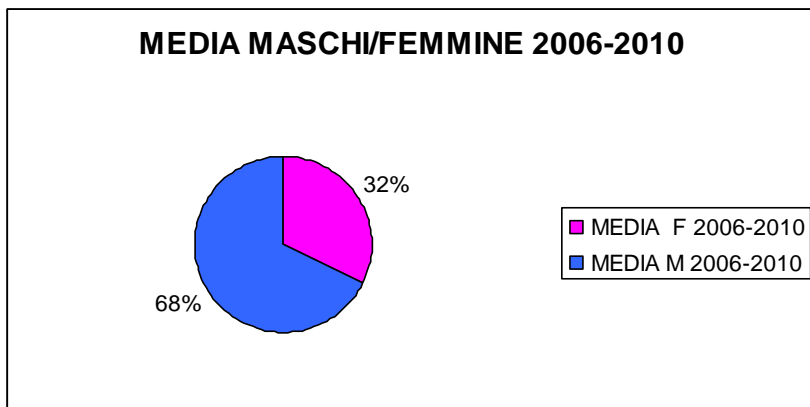


Grafico 3

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).

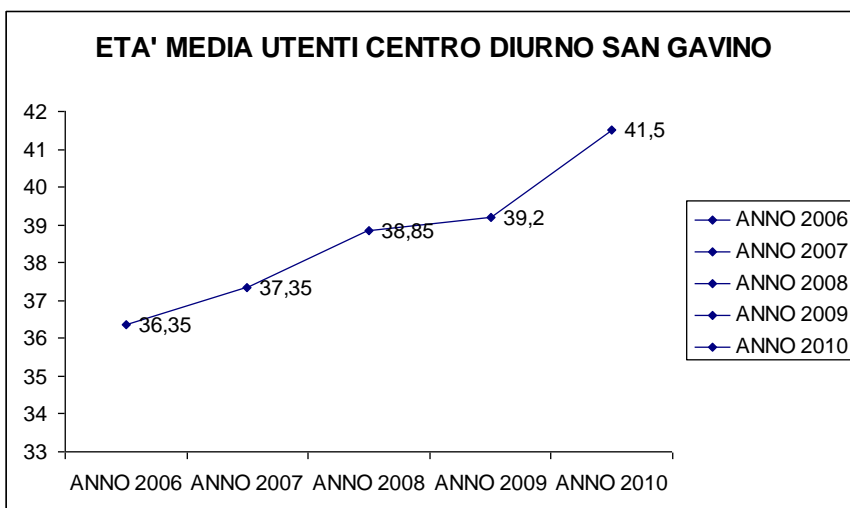


Grafico 4

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).

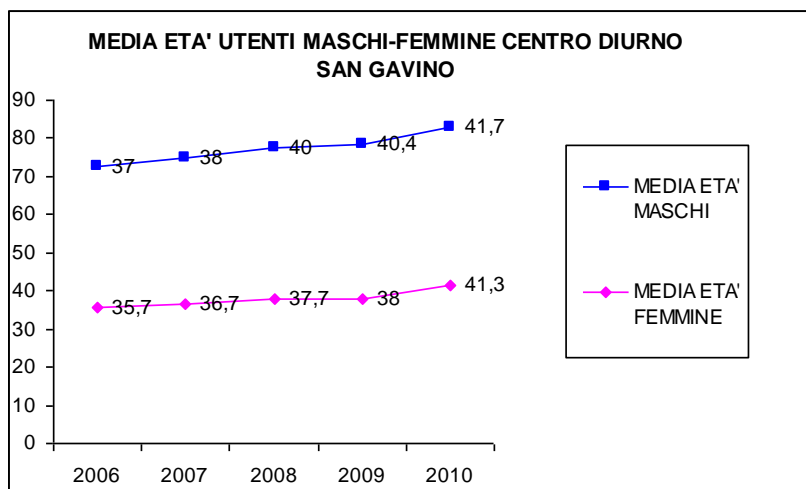


Grafico 5

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).

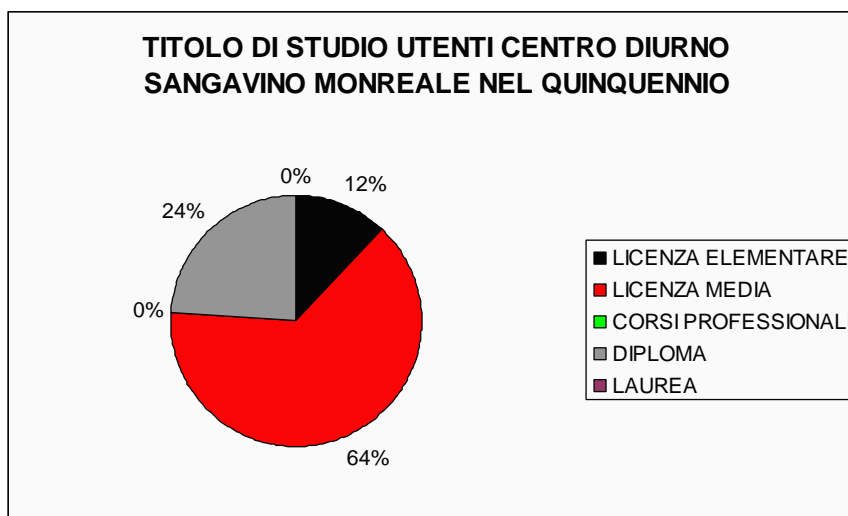


Grafico 6

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%).

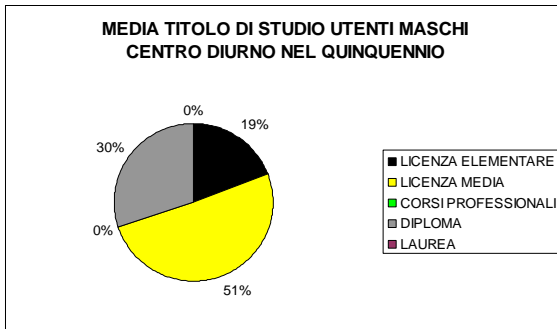


Grafico 7

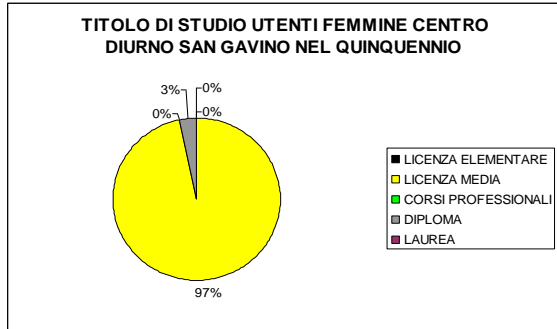


Grafico 8

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.

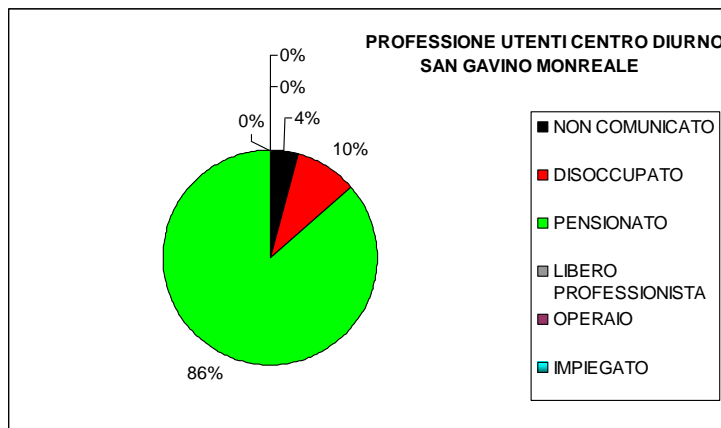


Grafico 9

Sotto vengono riportati i grafici differenziati per genere.

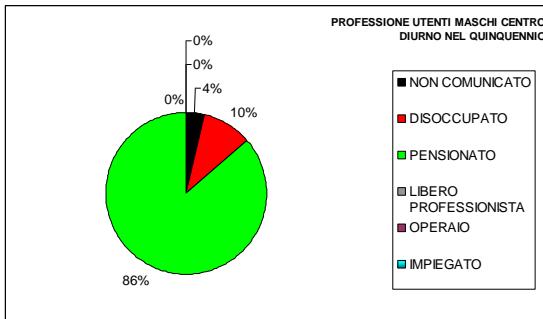


Grafico 10

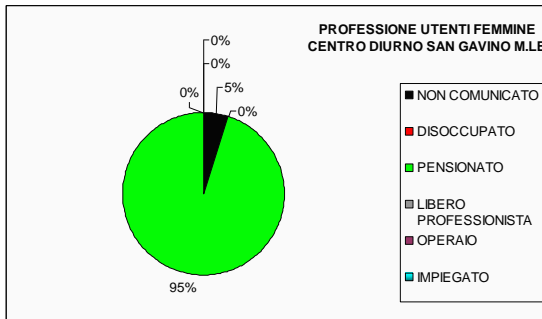


Grafico 11

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).

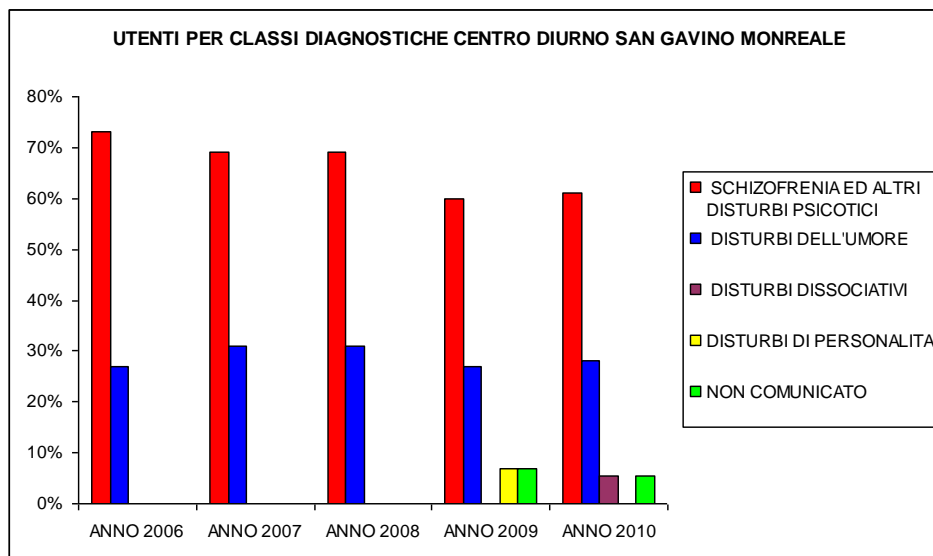


Grafico 12

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.

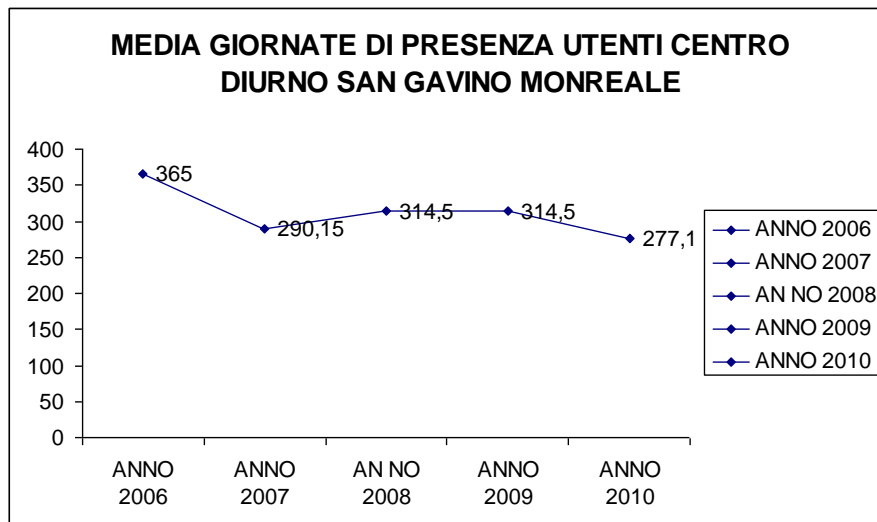


Grafico 13

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).

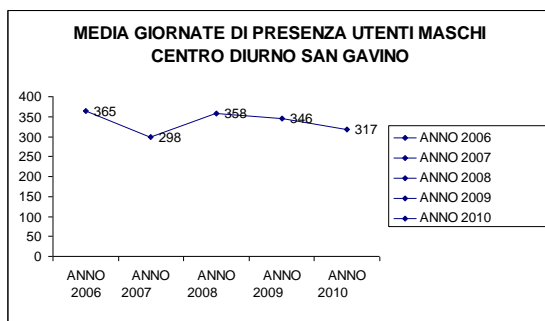


Grafico 14

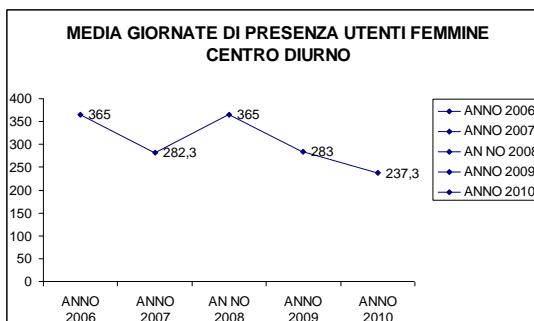


Grafico 15

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.

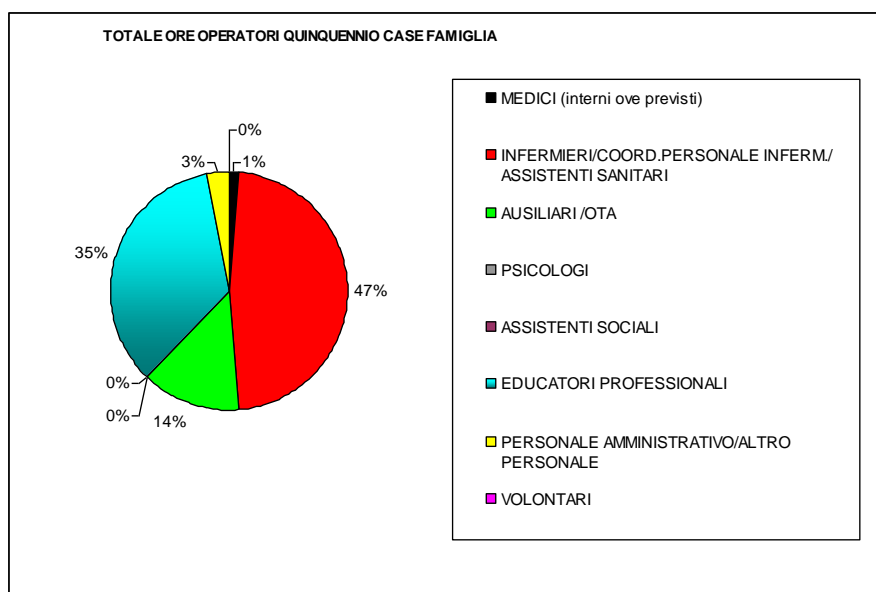


Grafico 16

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).

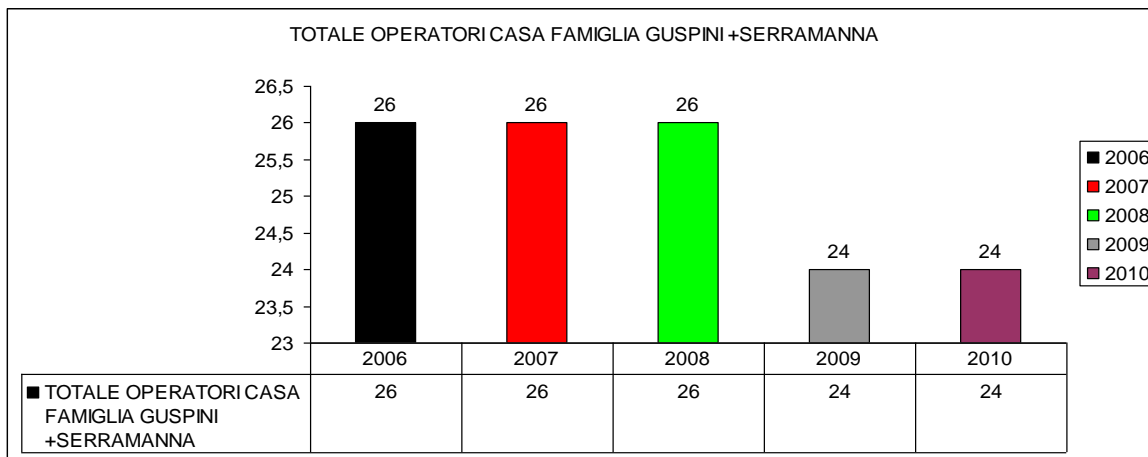


Grafico 17

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).

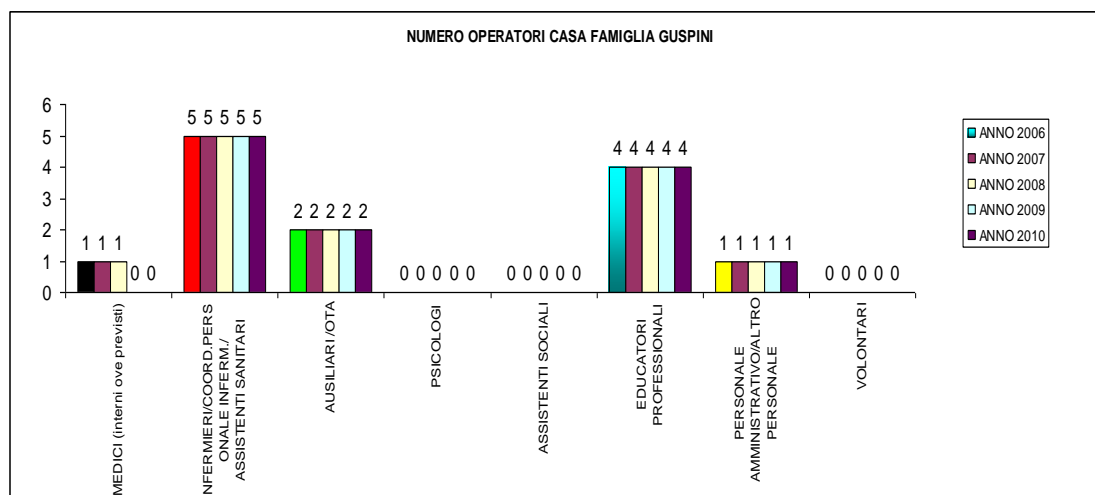


Grafico 18

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).

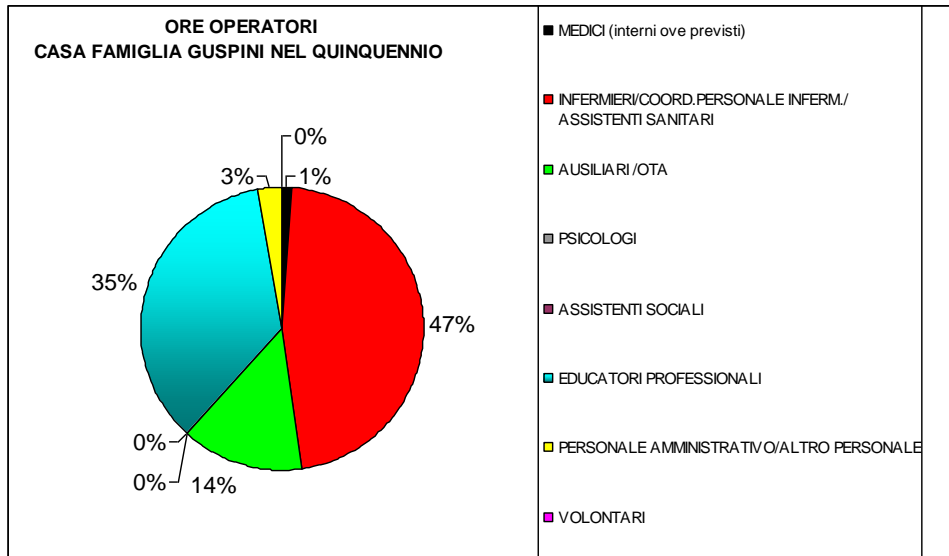


Grafico 19

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).

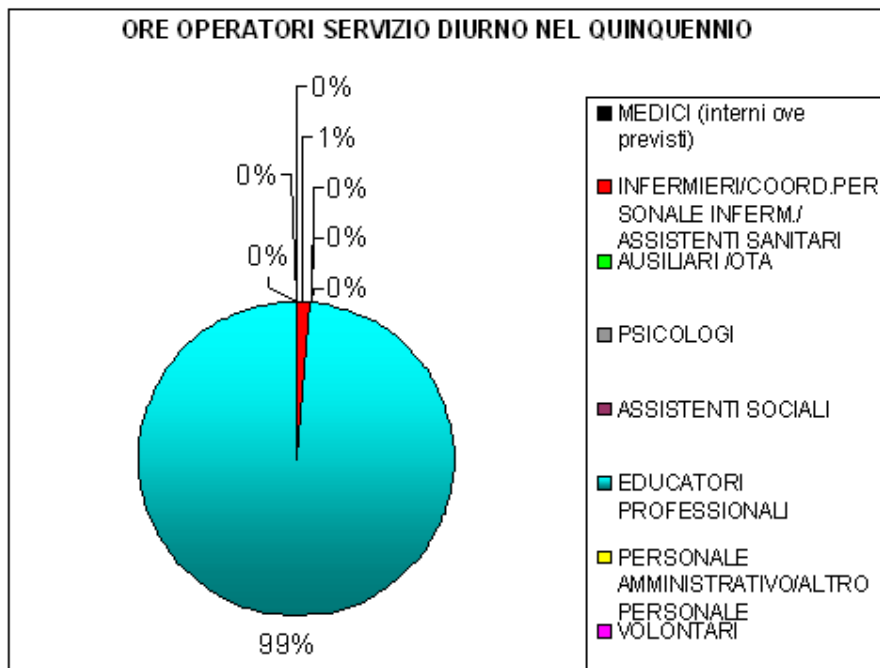


Grafico 20

Anche i grafici sottostanti riguardanti la Casa Famiglia di Serramanna (Grafico 21 e 22) confermano quanto già emerso nei precedenti grafici.

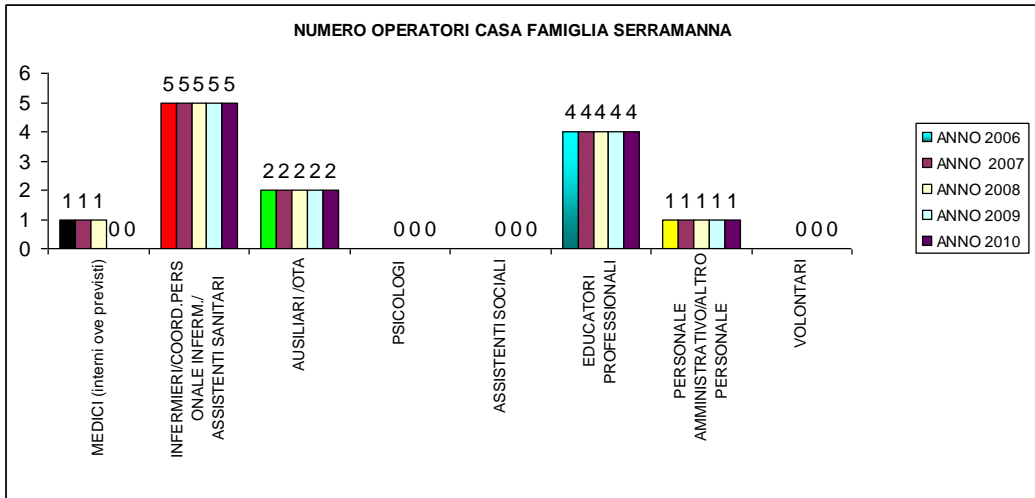


Grafico 21

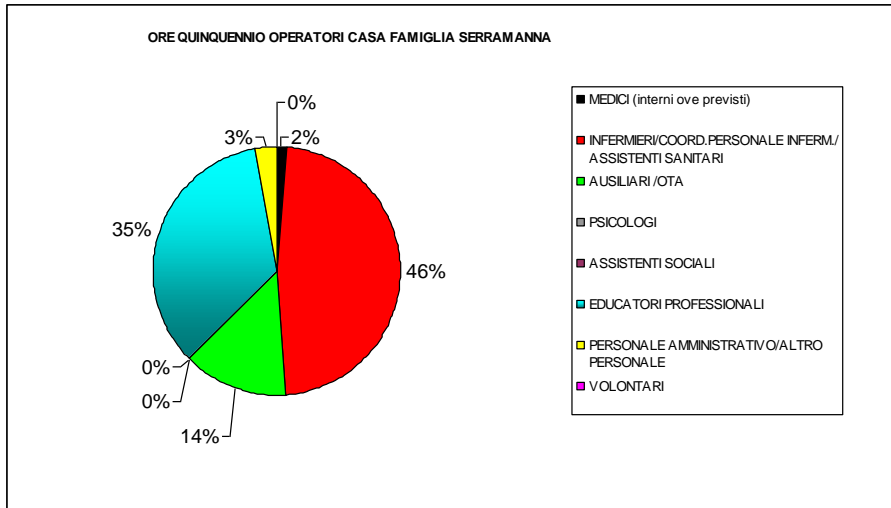


Grafico 22

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:

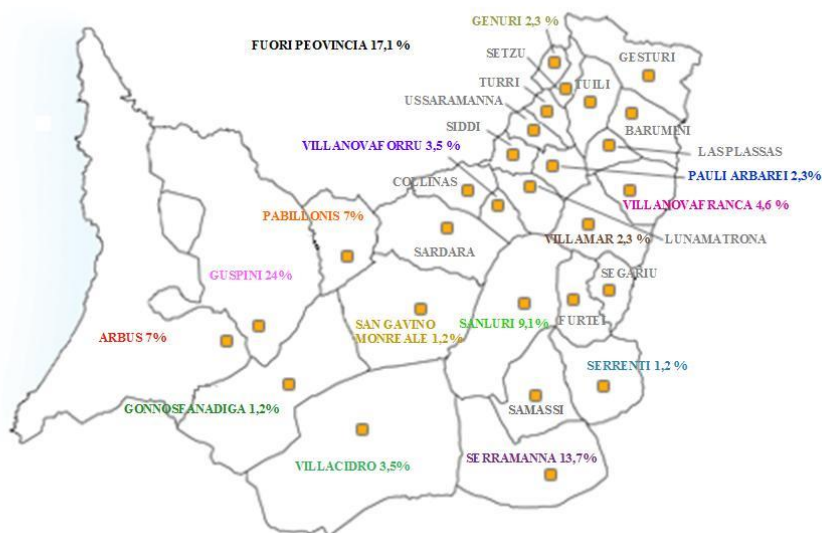
- media di giornate di presenza nel servizio.
- classi diagnostiche.

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.

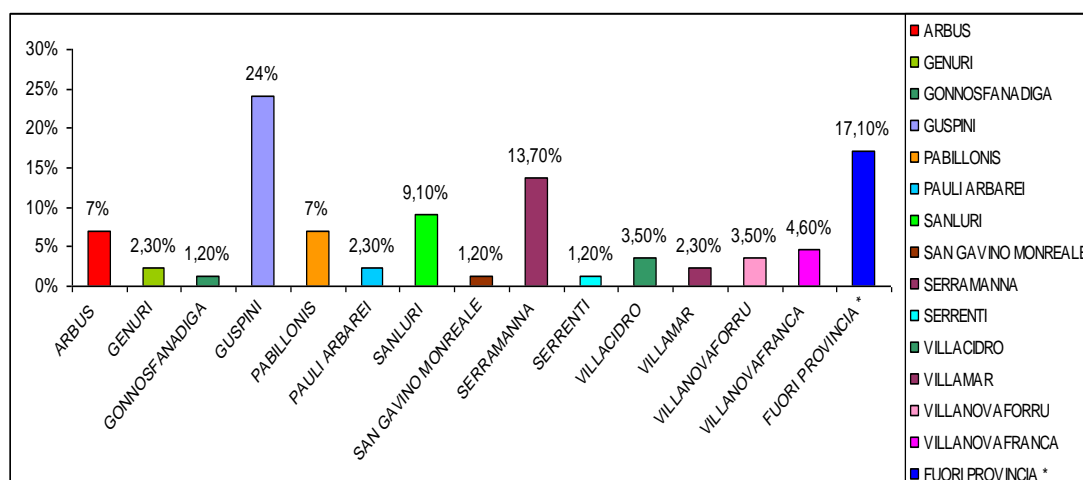


Grafico 23

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).

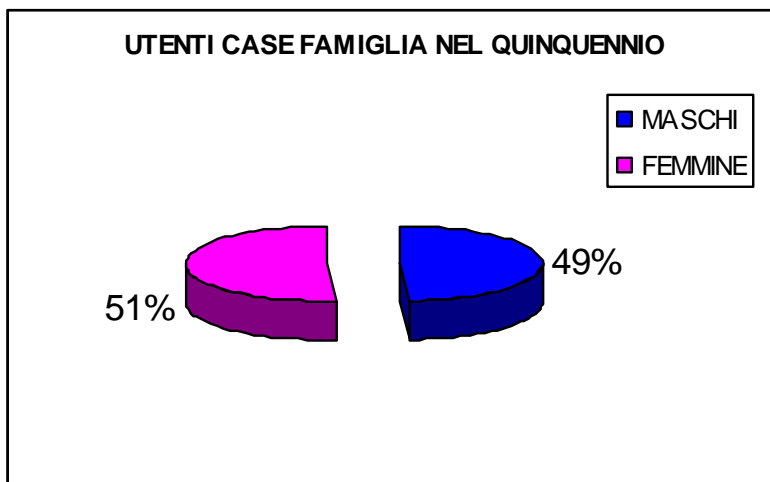


Grafico 24

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).

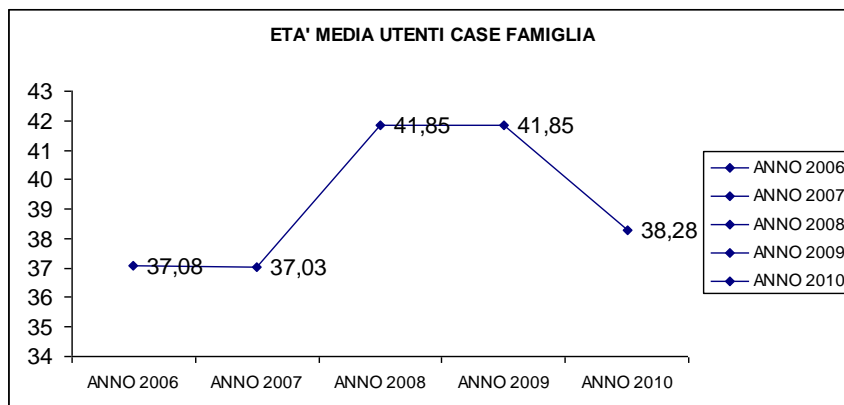


Grafico 25

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).

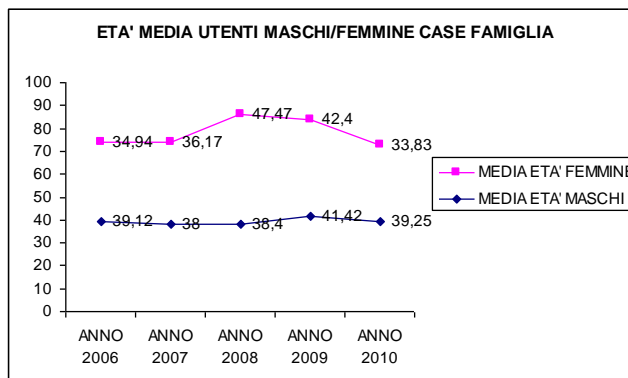


Grafico 26

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).

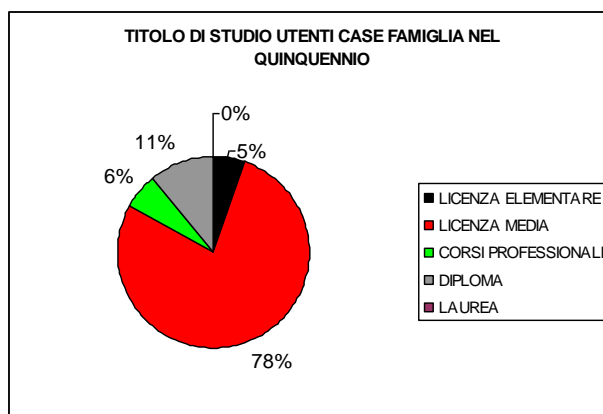


Grafico 27

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).

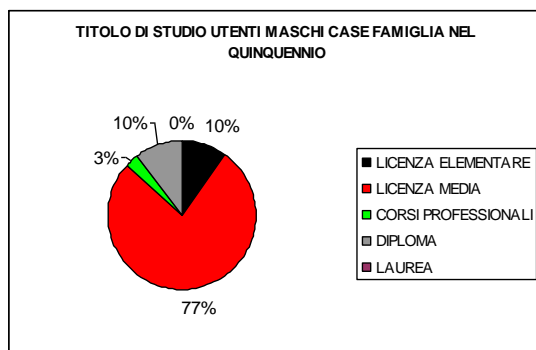


Grafico 28

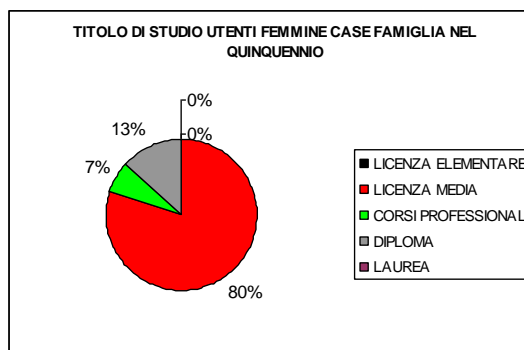


Grafico 29

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).

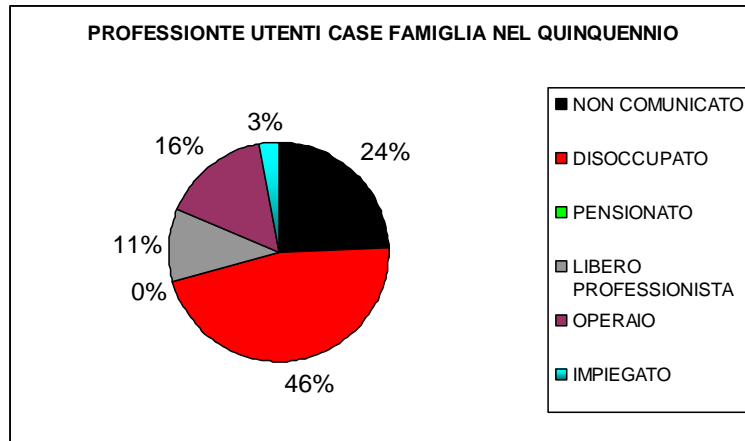


Grafico 30

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%).

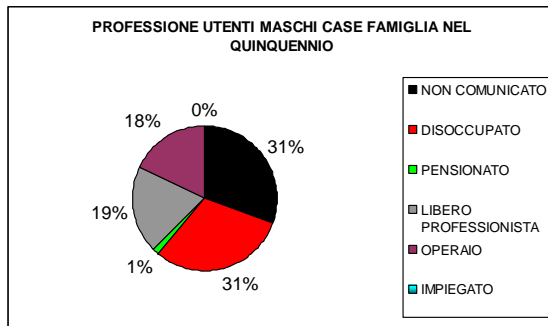


Grafico 31

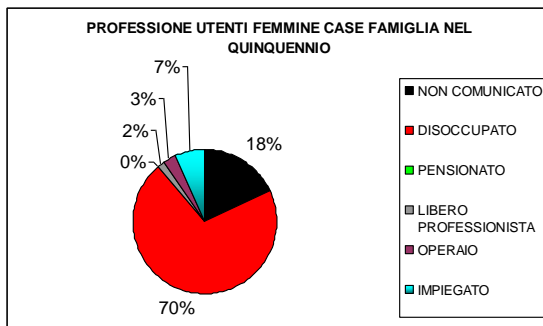


Grafico 32

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).

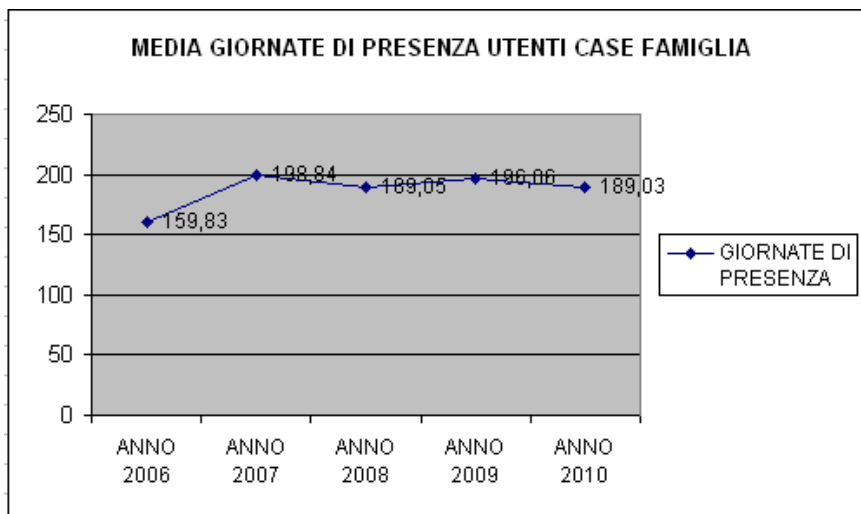


Grafico 33

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).

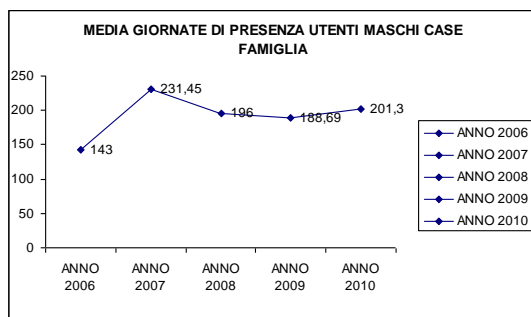


Grafico 34

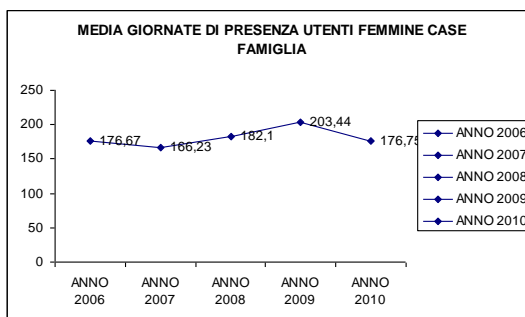


Grafico 35

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).

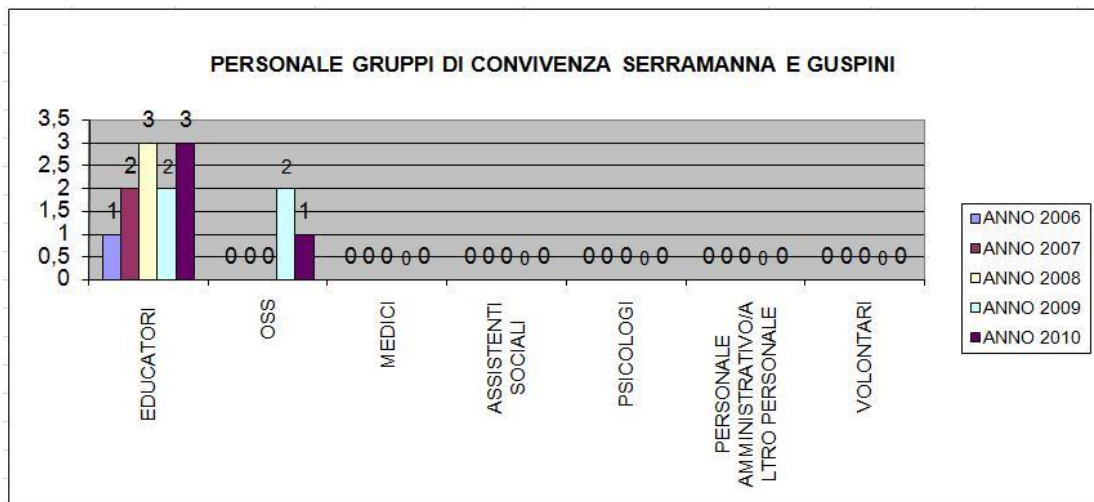


Grafico 36

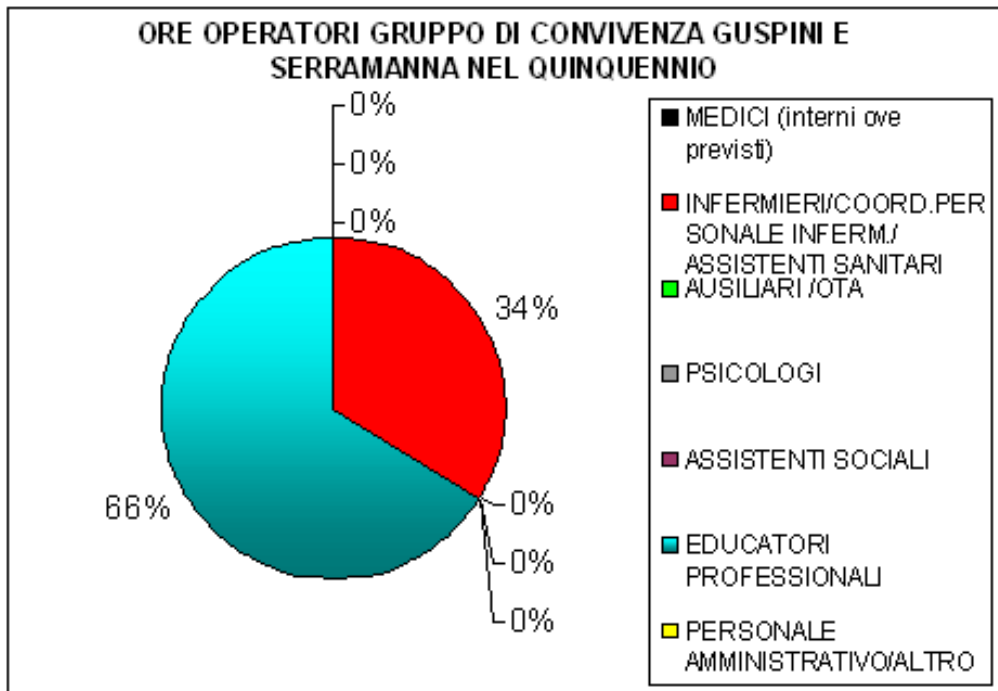


Grafico 37

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.

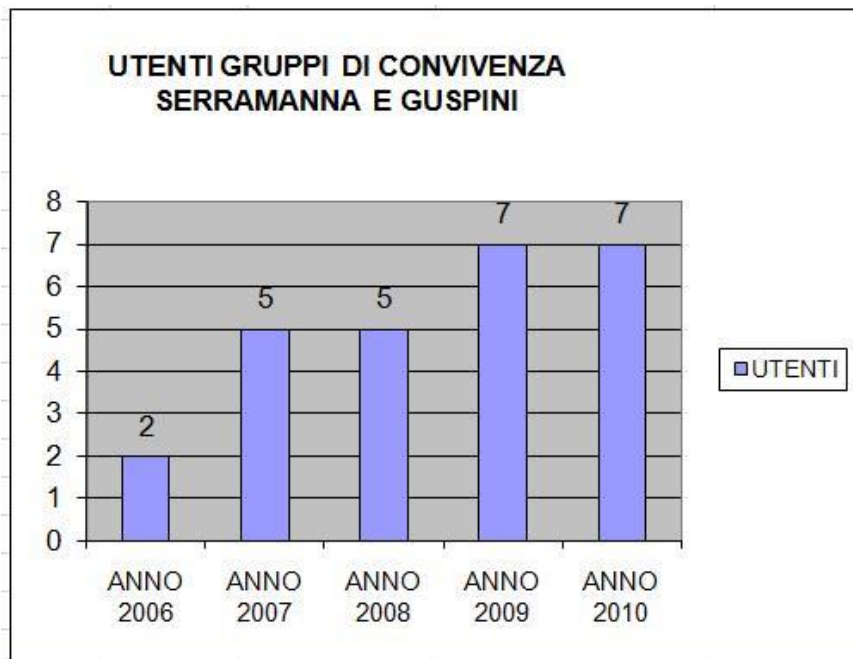


Grafico 38

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 psico-fisico, 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		
Sudan	2			Venezuela	1		
Tunisia	19			Totale	18	ITALIA	
Totale	98			% su totali controlli	12,9	% su totali controlli	15,1
% su totali controlli	70,5			% su totali America	81,8	% su totali Italia	55,3
% 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. Spesso 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 alcolodipendenti 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:			
	Maschi	Femmine	detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)	
			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° sier conversionsi 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 sier conversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione.

2) Scheda Alcolologia - 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			
	Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)		
classi di età	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'ingresso ⁴⁴ : 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.
<input type="text" value="di cui iscritti al SSN<sup>45</sup> (5)"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="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° sieroconversioni 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 sieroconversione (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.

FOCUS

Familias modernas en América Latina
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán

Introducción

Carolina MUÑOZ-GUZMÁN

Pontificia Universidad Católica de Chile

Este número especial sobre *Familias modernas en América Latina* recoge estudios de Trabajadoras Sociales investigadoras que han reflexionado sobre distintos ámbitos de la sociedad latinoamericana que tiñen la constitución de las familias modernas en América Latina, y que nos ayudan a explicar la distinción entre formas de familias, agrupadas por su capacidad de ser funcional al sistema, por una estructura de clases y de género, por su necesidad de intervención estatal, por su invisibilización cuando representa un fenómeno emergente como la migración, y por el tipo de protección estatal que reciben los hijos e hijas de estas familias.

El primer estudio que este número presenta se basa en la premisa de que en los servicios de salud primaria en Chile, predomina la utilización de enfoques conservadores de tipo estructural normativo de las familias, que difieren de la variedad de formas familiares contemporáneas y que no dan cuenta de las transformaciones que éstas han experimentado. Y explica cómo estas comprensiones afectan la relación que se establece con funcionarios públicos del sistema de salud, marcando familias elegibles y otras no elegibles en el marco de representar o no esa conceptualización conservadora (Carla Flores).

El segundo artículo argumenta la existencia en las sociedades latinoamericanas de una estructura social jerárquica heredada desde el periodo colonial, cuyas dimensiones superan lo político y económico, observándose fuertes limitantes socio-simbólicos que influyen en la creación y reproducción de identidades con una distribución desigual de capitales. La autora profundiza el concepto de luto a través del cual se produce una división desigual, que trae distintos grados de valoración por la vida/ muerte, situación que se materializa en las distintas esferas de la vida de los individuos y sus familias. Se revela además, un fuerte vínculo entre lo simbólico y lo material (Rayen Cornejo).

El tercer ensayo se refiere a la centralidad que tiene la familia en la vida de los individuos como transmisora del sistema sexo-género predominante de nuestra sociedad. La autora centra su estudio en el análisis del concepto sistema sexo-género, mostrando cómo la familia traspasa los mandatos de género para, finalmente, dar cuenta del desdibujamiento de la familia burguesa-patriarcal en la medida que avanza el siglo XX. Bajo este análisis se abre la posibilidad de instalar una transmisión del sistema sexo-género más equitativo, que favorezca la posición tradicionalmente doblegada de la mujer, superando la supeditación a un enfoque patriarcal (Liliana Guerra).

Posteriormente, se analiza la Visita Domiciliaria, como instrumento utilizado por las trabajadoras sociales desde los orígenes de la profesión, que facilitó la vigorización de la profesionalización del servicio social, en la senda de la cientificidad y fundamentación disciplinaria. Una de las dimensiones que la autora releva como fundamental de este instrumento propio del trabajo social es su rol como estrategia para conectar a la sociedad —a través de sus individuos y familias— con el nuevo orden institucional moderno, democrático. Por eso se trató de una herramienta polifacética: trataba de inculcar principios sanitarios, normalizar y ciudadanizar al mismo tiempo (Maricela González).

En el siguiente artículo se entrega un estado del arte sobre la migración de niños, niñas y adolescentes en Chile, estableciendo que los estudios sobre intervención con niñez migrante en el país están centrados únicamente en el proceso de inserción en la sociedad de acogida, no atendiendo a las otras etapas del proceso migratorio, entre ellas, el traslado, la ruptura con el país de origen y su estancia en el país de origen bajo la categoría de hijo o hija de migrantes, desde un enfoque transnacional. Establecen las autoras importantes desafíos para una política de inclusión de familias y sus hijos e hijas migrantes, que reflejan un fenómeno creciente y global (Iskra Pavez y Katherine Lewin).

Finalmente, se realiza un recorrido sobre el desarrollo de la política de infancia en Chile, focalizando en el tránsito de una perspectiva basada en la irregularidad social hacia una perspectiva basada en derechos, la primera calificaba de inadecuada a familias que no respondían al patrón conservador de familia tradicional, y etapa que dejó un legado en la transformación posterior de la política, cuando se trató de implementar bajo un enfoque de derechos. El peso de la historia de la política social impone el desafío de construir indicadores que den cuenta de avances reales en la construcción de programas e intervenciones sociales orientadas a niños, niñas y sus familias que estén sustentados en una perspectiva de derechos (Carolina Muñoz-Guzmán).

Todos estos estudios intentan contribuir a la mejor comprensión de la familia moderna latinoamericana, particularmente la comprensión de una audiencia internacional que busque adentrarse en la historia latinoamericana observada desde el trabajo social, que trata de explicar la exclusión e inequidad de aquellas familias que requieren de la intervención de terceros para asegurar el espacio que por derecho les corresponde.

Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región del Maule, Chile

Carla FLORES FIGUEROA
Universidad Santo Tomás, Chile

Abstract

This study starts with the premise that in the primary health services in Chile, there is a preponderance of the use of conservative approaches towards the normative structural family type, which is at variance with the range of contemporary family structures and which does not reflect the transformations that families have undergone. In order to respond to this premise, the theoretical approaches with regard to families set forth in the health policies which guide the actions of those who implement the said policy were explored, and the various ways in which the public officials who deliver the services under examination interpret them were described.

A case study was carried out at four primary health clinics in the region of Maule (Chile), during 2010. Eleven semi-structured interviews and six non-participating observations were carried out, which were then analysed using the constant-comparison method. Subsequently the theoretical model was developed and its implications were examined.

The results revealed that the public health policy is characterized by the promotion of traditional and standardized conceptual frameworks with regard to families, which do not reflect reality. Furthermore, it was found that the majority of the subjects studied had a conservative and traditional outlook with regard to the family, deriving from the weight of this political agenda and from the significant influence of the structural approaches in health science.

Keywords

Public health policy, Families, Intervention in primary healthcare

Resumen

Este estudio parte de la premisa de que en los servicios de salud primaria en Chile, predomina la utilización de enfoques conservadores de tipo estructural normativo de las familias, que difieren de la variedad de formas familiares contemporáneas y que no dan cuenta de las transformaciones que éstas han experimentado. Para responder este supuesto, se exploraron los enfoques teóricos sobre las familias declarados en la política de salud que guían el accionar de los implementadores, y se describieron y analizaron las diversas comprensiones sobre ellas, que tienen los funcionarios de los servicios estudiados.

Se realizó un estudio de caso en cuatro centros de salud primaria de la región del Maule, Chile, durante el año 2010. Se aplicaron 11 entrevistas semi-estructuradas y 6 observaciones no participantes, las que fueron analizadas a través del método de comparación constante. Posteriormente se desarrolló el modelo teórico y se analizaron sus implicancias.

Los resultados evidenciaron que la política de salud pública, se caracteriza por promover marcos conceptuales sobre las familias, tradicionales y homogenizantes que no se ajustan a su realidad. Además, se constató que la mayoría de los sujetos de estudio poseía una mirada conservadora y tradicional sobre la misma, producto del peso de esta agenda política y de la alta influencia de los enfoques estructurales en las ciencias de la salud.

Palabras Clave

Política de salud pública, Familias, Intervención en salud primaria

1. Presentación de la Investigación

Con el regreso a la democracia Chile comienza a desarrollar gradualmente políticas y programas de mejoramiento del sistema de salud público. En un primer momento el

Estado realizó importantes inversiones en infraestructura y recursos humanos¹, luego producto de los cambios epidemiológicos introdujo reformas en los procesos de gestión y atención.

Además, en 1990 la situación sanitaria del país había cambiado, las «enfermedades infecciosas que generaban muertes precoces y que requerían de un modelo de atención curativo»² centralizado en los hospitales habían sido superadas y desplazadas por otras patologías asociadas a los estilos de vida, como por ejemplo, la obesidad, la hipertensión, el estrés, el tabaquismo y la depresión. Es por esto que el año 2000, el Estado decide impulsar una reforma de salud que releva el rol del sistema de atención primaria, ya que es el nivel que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural que se requería para abordar estas transformaciones.

Es así como el 2004 se plantea un nuevo modelo de atención de salud con enfoque integral y familiar que orienta las prácticas al interior de los servicios del nivel primario a «los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral»³. De esta manera, la unidad de cuidado ya no es únicamente el paciente, sino que además se integra a la familia.

Sin embargo, se han presentado ciertas dificultades durante el proceso de implementación de esta reforma, no sólo porque los funcionarios de la salud han ofrecido resistencia a incluir a la familia como marco de referencia en sus intervenciones⁴ sino porque además, sus comprensiones y valores respecto a la misma, pueden no estar considerando las transformaciones sociales que ésta ha experimentado.

En este contexto, la investigación que se presenta en este artículo busca dar cuenta de la opinión de los funcionarios profesionales y técnicos de cuatro centros de salud primaria de la Región de Maule, con respecto a la identificación y abordaje de las familias con necesidades complejas. Se optó por utilizar este concepto, para describir a las familias que comparten una serie de características como pobreza, dificultades de salud física y mental, abuso de drogas y alcohol, presencia de violencia doméstica, embarazo adolescente y monoparentalidad.

2. Metodología

Este estudio plantea como supuesto principal que en los servicios de salud primaria predomina la utilización de enfoques conservadores de tipo estructural normativo de las familias, que difieren considerablemente de la variedad de formas familiares contemporáneas, sin dar cuenta de las transformaciones que han experimentado durante las últimas décadas.

Para responder a este supuesto se desarrolló un estudio de caso en la Región del Maule, específicamente en tres centros de salud primaria de las localidades de Rauco, Sarmiento y Curicó.

¹ Se construyeron trece hospitales, se modernizaron trece centros clínicos o consultorios de especialidades. Todo ello por un valor de 545 millones de dólares, además se dotó de sistemas computacionales a prácticamente todo los servicios de salud.

² JULISSA ELGUETA, LILIAN GROTHUSEN Y CLAUDIA JIMÉNEZ, *De consultorio a centro de salud: resistencia del equipo al cambio de modelo*, en *Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar* (1°; 2007: Santiago, Chile). *Trabajos*, Universidad Austral de Chile, Escuela de Medicina, Valdivia (Chile) 2007, p. 1.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Renovación de la Atención de Primaria de Salud en las Américas*, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Agosto 2005. p. 28.

⁴ *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La manera de hacer las cosas*, Editorial PNUD, Santiago de Chile 2009, p. 21.

La aproximación a la realidad, para el conocimiento del objeto de estudio, se realizó por medio del enfoque cualitativo/interpretativo. A partir de esta opción metodológica, se recopilaron las explicaciones, sentidos y significados que los funcionarios le atribuyen a la familia.

Se aplicaron seis observaciones no participantes. Tres de ellas se efectuaron cuando los funcionarios de los servicios de salud realizaban visitas domiciliarias integrales y las otras tres cuando participaban de reuniones de equipo destinadas a discutir los estudios de familia. Todo esto con el fin de observar el comportamiento de los sujetos de investigación durante el proceso de intervención familiar.

Además, se realizaron 11 entrevistas semi-estructuradas. En un primer momento se iban a aplicar aleatoriamente. No obstante, durante las primeras conversaciones con los equipos de salud⁵ informaron que los trabajadores sociales eran quienes más intervenían con las familias, es decir, eran actores claves para el objeto de esta investigación. Por este motivo, se optó por entrevistar a uno de ellos por cada caso de estudio.

Asimismo se entrevistó a 2 obstetras, 2 enfermeras y 1 nutricionista, quienes también fueron seleccionados por tener un mayor nivel de involucramiento en la implementación del nuevo modelo de salud familiar.

Los médicos y odontólogos no estuvieron dispuestos a participar del estudio por no disponer de tiempo y, porque dada su alta demanda de atención en morbilidad, argumentaron que prácticamente no participaban de los estudios de familia⁶.

Entre los funcionarios técnicos se entrevistaron sólo a 3 paramédicos, ya que, a diferencia de los administrativos, choferes y auxiliares de servicio, ellos sí realizan visitas domiciliarias integrales y participan activamente de los procesos de intervención familiar.

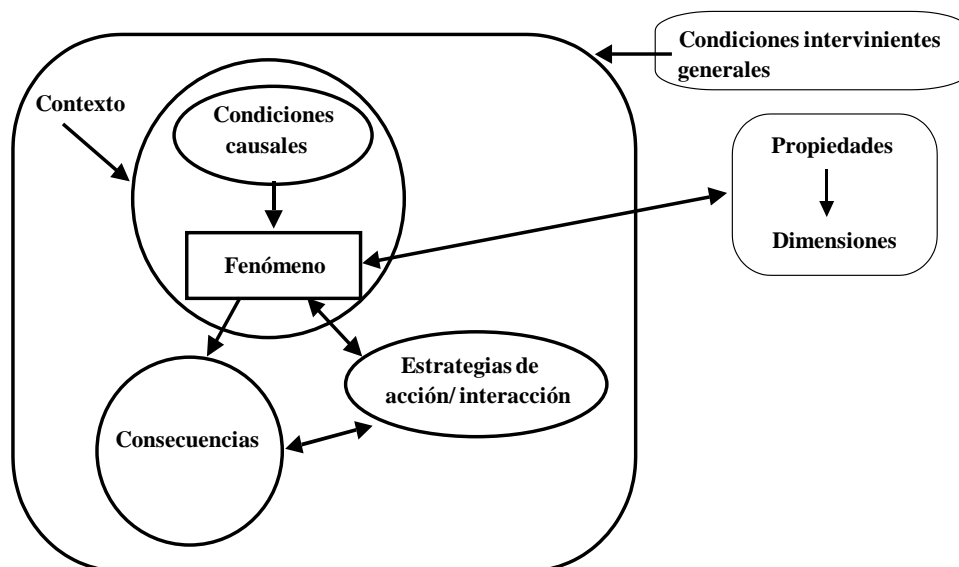
El estudio utilizó como principal técnica para el análisis de la información el método de comparación constante desarrollado por Glasser y Strauss. Sin embargo, no fue posible establecer distinciones relevantes entre un caso y otro, porque la mayor parte de los entrevistados poseía líneas argumentativas similares, por lo tanto, se provocó una rápida saturación de la información.

Finalmente, se construyó el modelo comprensivo de acuerdo al siguiente paradigma de codificación.

⁵ Un equipo de salud primario está constituido por profesionales del área biomédica (médico, odontólogo, obstetra, enfermera) y del área psicosocial (asistente social y psicólogo), técnicos profesionales (técnico profesional en enfermería, técnico dental) y funcionarios no profesionales (auxiliar de farmacia, auxiliar de enfermería, choferes y auxiliares del aseo), que en su conjunto no sólo deben atender a los individuos de un sector geográfico determinado, sino que a las familia y a la comunidad.

⁶ Estos datos fueron recogidos a través de la observación no participante de las reuniones de equipos en los centros de salud familiar.

Gráfico Paradigma de Codificación



Fuente: JOSÉ ANTONIO ROMÁN, *Grounded Theory*, en *Taller de Investigación Cualitativa* (1º; 2008: Santiago, Chile). *Material de Apoyo*, Universidad Alberto Hurtado, Escuela de Psicología, Santiago (Chile) 2008, p. 13.

Los elementos que constituyen este paradigma y que están presentes en este análisis, pueden ser definidos de la siguiente forma⁷:

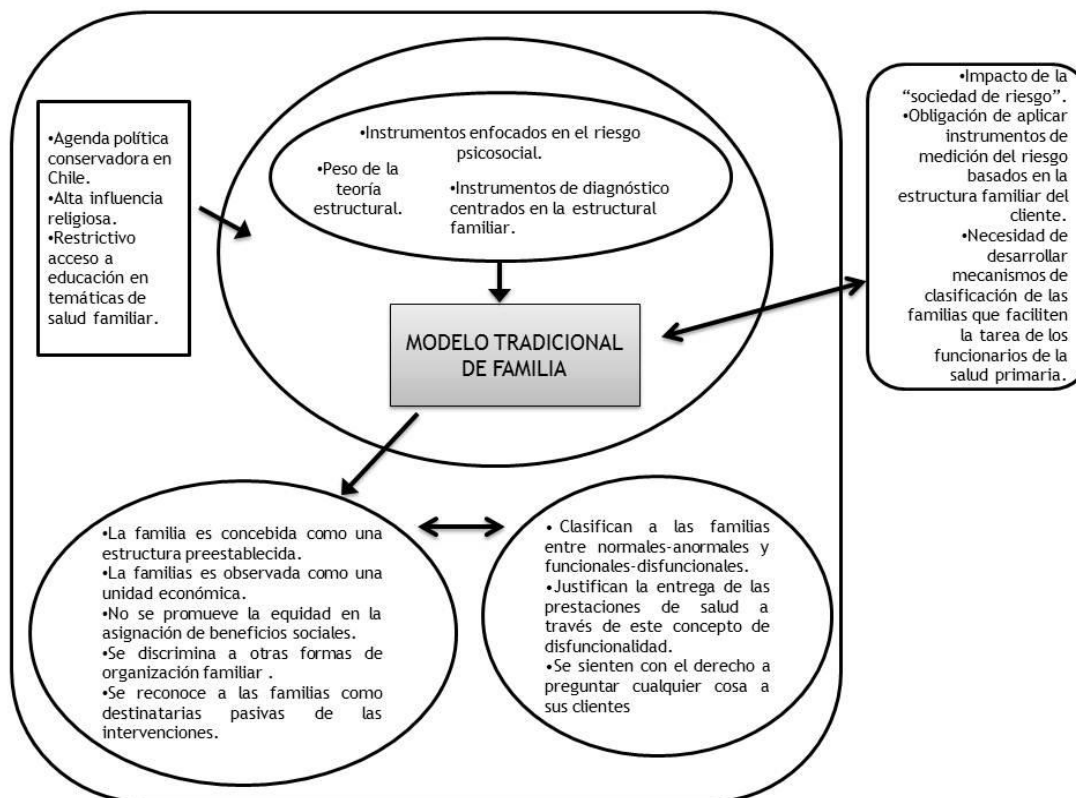
- Fenómeno: la idea central, evento, suceso, o incidente al cual se refieren las acciones o interacciones o con el cual se relacionan.
- Condiciones causales: eventos, incidentes, sucesos que llevan a la ocurrencia o al desarrollo de un fenómeno.
- Contexto: es el conjunto particular de condiciones bajo las cuales se da el fenómeno (o se llevan a cabo las estrategias de acción).
- Condiciones intervinientes: las condiciones estructurales que influyen sobre las estrategias de acción/interacción que pertenecen al fenómeno. Ellas facilitan o interfieren las estrategias implementadas dentro de un contexto específico.
- Acción/Interacción: estrategias para manejar, llevar a cabo o responder ante un determinado fenómeno (bajo un determinado conjunto de condiciones percibidas).
- Consecuencias: resultados de la acción/interacción.

Cabe precisar, que si bien los resultados presentan estas rotulaciones, esta estructura no tiene por fin mostrar las causas y efectos del fenómeno, ya que esto simplificaría el análisis. El objetivo, es «captar el flujo dinámico de los

⁷ JOSÉ ANTONIO ROMÁN, *Grounded Theory*, en *Taller de Investigación Cualitativa* (1º; 2008: Santiago, Chile). *Material de Apoyo*, Universidad Alberto Hurtado, Escuela de Psicología, Santiago (Chile) 2008, p. 13.

acontecimientos y la naturaleza compleja de las relaciones que finalmente hace que la explicación de los fenómenos sea interesante, verosímil y completa»⁸.

2.1 Resultados



La imagen de la familia que predomina en las entrevistas es más bien tradicional. Ésta es considerada saludable cuando posee un fundamento estructural completo e invariante, es decir, cuando es nuclear y relativamente estable como para poder sustentar a la familia en sus funciones. Por el contrario se habla de una familia en «riesgo» cuando es monoparental o presenta dificultades asociadas a la pobreza.

2.2 Contexto

La dimensión subjetiva de la familia no es sólo una construcción individual, sino que además se despliega en el contexto sociocultural en que los entrevistados viven. Es por esta razón que su marco de comprensión se encuentra asociado a la religión, particularmente a la católica.

Además, las políticas públicas en Chile definen a la familia como «la célula básica de la sociedad, cuya base es el matrimonio»⁹, que a su vez es «el resultado de una experiencia de alianza entre géneros»¹⁰. Esto es similar al discurso de la iglesia

⁸ ANSELM STRAUSS Y JULIET CORBIN, *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, CONTUS-Editorial, (2a. ed.), Universidad de Antioquía, Bogotá (Colombia) 2002, p. 140.

⁹ MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL, *En el Camino a Centro de Salud Familiar*, Santiago (Chile) 2005, p. 97.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD, *En el Camino a*, cit., p. 97.

católica que también funda las relaciones de pareja en el matrimonio entre un hombre y una mujer.

Es así como la interacción entre estos discursos proporciona un marco a los entrevistados de lo que debería ser una familia saludable y lo que no debería ser, es decir, permite detectar los comportamientos que se desvían de este ideal.

Evidencia de lo anteriormente expuesto es que a pesar de la creciente secularización de lo público, este relato aparece en gran parte de los funcionarios:

Una familia saludable, primero que todo tiene una vivienda adecuada, con buenos ingresos, generalmente son familias con dos hijos, en que los niños estén recibiendo la alimentación completa. Compuestas ojala por la mamá, el papá y los hijos, independiente si son reconstituidas o no, que estén las dos figuras, con una educación cristiana o religiosa, no importando la que sea. (Trabajadora Social N°1, Centro de Salud N° 1).

Los relatos de los funcionarios con menor nivel educacional se caracterizan por condicionar a la familia a un modelo tradicional. Por el contrario los profesionales más capacitados reconocen un panorama más pluriforme en relación a la misma. Esto se explica porque «a mayor educación mayor tolerancia y a menor educación mayor intolerancia»¹¹. Lamentablemente el territorio en que se desempeñan los entrevistados es rural y según sus propios relatos esto hace que el acceso a capacitación sea muy restrictivo.

Nosotros no hemos tenido capacitación, en el fondo hacemos lo que podemos porque igual somos hartos funcionarios. También hay que pensar que para capacitarnos no podemos salir todos los mismos días, yo no puedo cerrar el consultorio todo el día e ir a capacitar a los funcionarios, no porque hay mucha gente que necesita atención y además acá no hay dónde capacitarse. (ParamédicoN°1, Centro de Salud N° 2).

2.3 Condiciones Causales

Las bases conceptuales del modelo de salud familiar en Chile encuentran parte de su sustento en la teoría estructural, cuyos principales exponentes son Claude Levi Strauss y Salvador Minuchin que aportan con los conceptos de roles, funciones, límites y fronteras al campo de la intervención con familias. Evidencia de esto es que los manuales gubernamentales que establecen los modelos de intervención en salud explicitan que la capacidad o sensación de control de un individuo sobre sus problemas depende del equilibrio de su estructura familiar y que, las eventuales enfermedades que pudiera presentar, pueden ser provocadas por las características estructurales de la misma¹².

Los entrevistados señalan que el instrumento más utilizado para evaluar a la familia es el genograma, que es una presentación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, que proporciona una imagen de su estructura y permite sintetizar los antecedentes, el nivel sociocultural y laboral de los pacientes como factores condicionantes de los problemas de salud¹³.

¹¹ FUNDACIÓN IDEAS, *Tercera Encuesta de Tolerancia y No Discriminación*. [en línea]. Santiago 2003. [fecha de consulta: 03 de diciembre del 2010]. Disponible en: [http://www.participemos.cl/ attachments/102_Encuesta_Tolerancia_y_No_Discriminacion.pdf](http://www.participemos.cl/attachments/102_Encuesta_Tolerancia_y_No_Discriminacion.pdf), p. 201.

¹² MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE, DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL, *Manual de Orientación en Atención Integral con Enfoque Familiar*, Santiago (Chile) 2007, p. 1.

¹³ IGNACIO YURSS, *Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria*. *Instrumentos de Abordaje Familiar*, en «Revista Anales», II (24), 2001, (71-82), p. 78.

El conflicto principal es que las preguntas que realizan los funcionarios sólo se centran en la composición estructural de la familia y no en las relaciones afectivas que puedan existir entre sus miembros.

Además, tal como los entrevistados lo señalan tienden a enfocar su atención en las patologías y déficits individuales, porque los instrumentos con los que cuentan no les permiten visualizar las fortalezas.

No hay nada que permita separar los que están en riesgo de los que no están en riesgo, no hay nada, ningún instrumento. Uno tiene que ser criteriosa al aplicar el EPSA¹⁴, porque si lo aplicas tal como dice, capaz que te salgan todas las mamás en riesgo. Yo soy un poco más criteriosa con el EPSA no me salen tantas en riesgo, porque lo adapto. (Obstetra N° 1, Centro de Salud N° 3).

Por otra parte, se observa una gran influencia del modelo biomédico que «alimenta la tendencia a enfocar el análisis de los problemas como un diagnóstico esencialmente desde las deficiencias individuales»¹⁵. Evidencia de esto es la descripción que hace una de las entrevistadas sobre los usuarios que ella califica como dependientes del sistema.

Hay una victimización de su historia familiar, son siempre víctimas del entorno, son de la historia de la familia, del papá, del sistema, de las circunstancias, son siempre víctimas. Y siempre el control de sus vidas está generado por entes externos, no lo asumen como propios, están como eso me tocó, no hay un cuento de pararse frente a la vida y decir, esto es lo que yo elegí, lo puedo cambiar o lo puedo mejorar, son súper así victimizados. (Trabajadora Social, Centro de Salud N° 2).

En suma, las estrategias para identificar el riesgo psicosocial «están dirigidas a los que se cree, no pueden o no quieren administrar sus vidas o conducir sus riesgos, a los incapaces de ejercer su autonomía responsablemente»¹⁶.

2.4 Condiciones Intervinientes

Este fenómeno también se encuentra influenciado por condiciones estructurales, es decir, hay una directa relación entre el contexto sociopolítico en que los funcionarios se desempeñan y sus prácticas. Entonces, no es extraño que ellos focalicen sus intervenciones desde una perspectiva del déficit, ya que se desempeñan en servicios de salud que se caracterizan por organizarse en torno al concepto de riesgo psicosocial.

Ahora bien, la limitación de los recursos financieros ha obligado a nuestro país a levantar sistemas de alerta temprana, como por ejemplo, el programa Chile Crece Contigo¹⁷, que permite identificar a los grupos sociales más vulnerables y por tanto aprovechar al máximo los recursos destinados a combatir el riesgo social.

¹⁴ Evaluación Psicosocial Abreviada.

¹⁵ ROSEMARY KENNEDY CHAPIN, *Social Policy Development: The Strengths Perspective*, en «Journal of Social Work», Vol. 40 (4), Jul 1995, (506-514). Traducción Jeannette Monsalve, p. 3.

¹⁶ SHOSHANA POLLACK, *Labelling Clients 'Risky': Social Work and the Neo-liberal Welfare State*, en «The British Journal of Social Work» (Oxford University Press), Vol. 40 (4), June 2010 (1263-1278), p. 1264.

¹⁷ Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Una de las prestaciones sociales más emblemáticas de la política anteriormente mencionada es la visita domiciliaria integral, que consiste en que un equipo de salud visita a una gestante en su hogar con el fin de aplicar una serie de preguntas evaluativas que facilitan la detección de la presencia o ausencia del riesgo psicosocial¹⁸ en la familia. El instrumento otorga un puntaje según la red de apoyo que tiene la gestante. Si se trata de una madre soltera accede a todas las prestaciones del sistema de salud y, por el contrario, una mujer que cuenta con un esposo o conviviente es calificada como saludable en términos psicosociales, por consiguiente, no recibirá los beneficios sociales que el programa otorga.

El conflicto de este tipo de prestaciones sociales, es que aunque el estado quiera focalizar sus recursos en las familias más necesitadas, no tiene claridad respecto a cuáles son y cómo están constituidas en la actualidad. Dicho de otro modo, las familias han cambiado en los últimos años, precisamente por eso, la monoparentalidad no necesariamente hoy es un indicador del riesgo.

2.5 Estrategias de Intervención

Los entrevistados adoptan estrategias para responder a los requerimientos que la política social les impone e identifican, clasifican y etiquetan a las familias como normales-anormales o funcionales-disfuncionales, desde sus propias miradas.

[Se] me pegó el tema de las clasificaciones, nosotros las clasificamos por la estructura, si son nucleares, biparentales, en la etapa del ciclo vital en la que están, en la etapa del ciclo familiar que está el caso índice, o las personas que componen la familia, como que sin querer queriendo terminamos todos clasificando en esos términos. (Enfermera N° 2, Centro de Salud N° 1).

El problema, es que sus comentarios respecto a quienes son objeto de su intervención están cargados de subjetividad y revelan el poder de los discursos institucionales. Por ejemplo, una trabajadora social describe lo siguiente:

Yo de repente soy como súper confrontacional con las intervenciones, por ejemplo, una señora me dijo que le costaba hacerle cariño a su hija. Entonces, yo dije ¡alerta! o sea ¡le cuesta hacerle cariño! ¿qué es lo que pasa con su hija? Ahí le empiezo a hacer inmediatamente el diagnóstico, entonces, lo que pasó en esa entrevista, es que al final yo fui como súper así de frente y me acuerdo que le pregunté, ¿hay veces en que tú sientes envidia de tu hija?. (Trabajadora Social N° 3, Centro de Salud N° 3).

En la mayor parte de las intervenciones los entrevistados responsabilizan a los sujetos de sus problemas, vale decir, ponen especial énfasis en las actitudes emocionales y en los factores psicológicos, pero obvian los factores estructurales como por ejemplo la pobreza, la desigualdad en educación, etc.

¹⁸ Para esto evalúa la presencia de los siguientes 16 factores de riesgo en la red social de la gestante: ausencia del padre, enfermedad grave padre o madre, alcoholismo de otro miembro de la familia, alcoholismo padre y/o madre, enfermedad psiquiátrica de un miembro de la familia, enfermedad invalidante del padre y/o madre, sin redes de apoyo, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y/o abuso sexual, madre ausente, ruralidad extrema, enfermedad crónica de miembro de la familia, embarazo mal recibido por miembros, adolescentes sin figuras significativas y niños vistos como carga, es decir, descritos en términos negativos y a su vez sólo se evalúa la presencia de los siguientes 6 factores protectores en la red de apoyo social: existencia de figuras significativas con valores e inteligencia emocional presente, buen trato en la relación cotidiana, familia de origen cercana y apoyadora, funcionalidad familiar sana, redes de apoyo comunitario y participación en grupos religiosos.

2.6 Consecuencias

La familia es concebida por los funcionarios de la salud como una estructura preestablecida, y a su vez es observada como una unidad económica, en la que se marcan los roles de cada uno de los miembros. Esto se ejemplifica en la respuesta que da una nutricionista respecto a la pregunta sobre los aspectos que debieran ser satisfechos para decir que una familia es saludable, tanto física como mentalmente:

Una familia saludable es una familia donde están presentes las dos figuras paternas, mamá y papá, porque los niños necesitan la figura paterna. Debe satisfacer las necesidades de vestimenta, de alimentación, de educación, necesidades económicas en general, para poder abastecer todo lo demás y debe cubrir las necesidades de ingreso y educación. (Nutricionista, Centro de Salud N° 1).

Para la mayor parte de los entrevistados una familia es considerada saludable en la medida que responde «al modelo arquetipo de la sociedad contemporánea, a la llamada familia conyugal tradicional, es decir, a una estructura formada por la pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos no emancipados»¹⁹ y cualquier desviación de este prototipo es juzgada como un problema social.

Una vez que las personas son etiquetadas como en riesgo, son apreciadas según los propios entrevistados como destinatarias pasivas de las intervenciones, que deben conformarse con las prestaciones de salud a las cuales acceden, a pesar de que no resuelvan sus problemas. En particular a una de las funcionarias se le preguntó ¿qué le ofrece el sistema a esa familia que es clasificada en riesgo psicosocial? y ella respondió:

Les ofrece la cartera [de beneficios] que hay acá y eso. Si yo la detecto, la derivo al psicólogo, pero al final tú a la familia, la pasas por todo el equipo, nutricionista, psicólogo, médico y eso. Al final la pobre señora está toda una mañana en el consultorio y pasó por tres funcionarios, y pasan individualmente, nunca pasan en familia, al hombre no lo vemos nunca. (Obstetra N° 2, Centro de Salud N° 2).

Esto evidencia la existencia de estructuras organizativas sujetas a ciertas rutinas, que facilitan las tareas, pero que al mismo tiempo hacen que las posibilidades de lograr una intervención efectiva sean escasas.

Es por todo esto, que los sujetos de estudios terminan observando a la familia desde una lógica tradicional, que a todas luces todas luces se constituye en un referente de lo que es considerado como normal y saludable.

Hay familias que son muy funcionales, que marcan sus esquemas, como los esquemas que uno ha tenido desde chica, o sea, yo fui formada bajo el contexto de mamá-papá, como la normalidad. Pero también yo me he encontrado acá con familias que son disfuncionales. La otra vez vino un señor que tenía una pareja que no era mamá, o sea eran bisexuales, entonces hay de todo, incluso homosexuales. Entonces uno encuentra de todo. (Trabajadora Social N° 1, Centro de Salud N° 1).

Lamentablemente en Chile, aún no se puede hablar de la democratización de la familia, porque aunque las viejas estructuras estén deterioradas, «los principios de diálogo, del cambio eventual de roles, del escuchar, del hacerse responsable por el

¹⁹ CRISTINA GOMEZ Y RODOLFO TUIRÁN, *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, FLACSO, Mexico 2001, p. 25.

otro siguen incumplidos»²⁰ y a la vez la senda hacia una mirada más pluriforme sobre las familias, se ve obstaculizada por este fenómeno.

3. Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación confirmaron el supuesto de que las familias chilenas habían experimentado profundas transformaciones, y que estos cambios aún no habían sido abordados por el sistema de salud público.

Después de un acucioso análisis de las bases conceptuales del modelo de salud familiar, fue posible concluir que la política pública de salud en Chile, se caracteriza por poseer un discurso sobre la familia tradicional y homogenizante que no responden a su realidad.

La invisibilización de estos cambios tiene una serie de implicancias. En primer lugar impide que la política pública se haga cargo de la comprensión de la situación actual de las familias chilenas y de los impactos que estas transformaciones han provocado sobre ellas. Además, tiene efectos negativos en la identificación de los problemas que enfrentan las familias con necesidades complejas, como objeto de la intervención, porque los modelos teóricos promovidos por el Estado no se ajustan a sus realidades.

Por otra parte, las ciencias de la salud encuentran en gran medida parte de su sustento teórico en el estructuralismo, que como hemos visto en este documento, considera que una familia es saludable cuando es nuclear y relativamente fija como para poder sustentar a sus miembros en sus funciones. Esto sitúa nuestros modelos de intervención en salud en una arista conservadora y anacrónica en términos epistemológicos, porque los cuando los entrevistados utilizan este enfoque tienden a clasificar a las familias entre «saludables» o en «riesgo», lo que a su vez genera las siguientes problemáticas:

- Inequidad en la asignación de los beneficios, porque muchos individuos que provienen de una estructura familiar nuclear y presentan necesidades de alta complejidad, no pueden acceder a ciertas prestaciones, porque la política de salud no define su situación como en «riesgo». Al mismo tiempo, otras familias cuya estructura familiar es incompleta, pueden ser constantemente catalogadas como en «riesgo», sin estarlo realmente.
- Se excluyen a aquellas familias cuya organización no responde al modelo teórico instalado por la política, a través de su no reconocimiento. Ejemplo de esto es la invisibilización de las familias homoparentales.

En este escenario los sistemas de salud pública en Chile deberían actualizar los enfoques epistemológicos y teóricos que utilizan para abordar a la familia. En concreto, cuestionarse el peso de la teoría estructural en los instrumentos que utilizan para abordarla.

Para terminar, resulta también relevante señalar que quienes diseñan las políticas de salud deberían hacerse cargo de que los cambios que éstas generan dependen mucho más de los implementadores involucrados en el trabajo cotidiano, que de las instancias centrales que las determinan. Por consiguiente, no basta con que se les indique a los funcionarios de los servicios de salud que la familia debe ser abordada interdisciplinariamente, para que esto ocurra, sino que además se necesita realizar un trabajo profundo con los equipos que hacen éste trabajo.

²⁰ ULRICH BECK, *Hijos de la Libertad*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 1999, p. 209.

La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial

Rayen CORNEJO TORRES

Pontificia Universidad Católica de Chile

Abstract

This paper addresses the weight of the symbolic dimension in reproducing social structures inherited from colonial times. To do this, we start analyzing its genesis through a system based on colonial legislation, defining the right in the expression of grief and mourning as a way to maintain social order through the symbolic exercise associated with the hierarchy of death/life example. Subsequently, the linkages that sustain the continuity of the hierarchical logic and symbolic weight in Chile are built republishing, problematizing the role of the family in the reproduction of an unequal society.

Keywords

Death, Grief, Social Reproduction, Social Hierarchy, Family, Inequality

Resumen

Este ensayo aborda el peso de la dimensión simbólica en la reproducción de estructuras sociales heredadas desde la Colonia. Para ello, se comienza analizando su génesis por medio de un ejemplo basado en la normativa colonial, que delimita el derecho en la expresión del duelo y luto como forma de mantener el orden social por medio del ejercicio simbólico asociado a la jerarquización de la muerte/vida. Posteriormente, se construyen las vinculaciones que sostienen la continuidad de la lógica jerárquica y el peso simbólico en el Chile republicando, problematizando el rol de la familia en la reproducción de una sociedad desigual.

Palabras clave

Muerte, Duelo, Reproducción Social, Jerarquía Social, Familia, Desigualdad

1. Introducción

La sociedad chilena presenta continuidades en la lógica de relación entre sus distintos grupos sociales. Éstas se han materializado de forma diferente según periodicidades dadas a lo largo del tiempo. La familia, se observa como un núcleo presente en los distintos grupos sociales. Dependiendo del grupo que pertenezca una familia, las creencias, comportamientos y aspiraciones responderán al campo social en el que se desenvuelvan.

En la sociedad chilena, el origen de esta distinción es observado como una herencia que caracteriza a las formas de relación social que se instauraron en el periodo colonial. De esta forma, se recuerda que el régimen colonial estaba basado en una sociedad jerárquica, en donde las categorizaciones existentes en cuanto a la calidad de sus sujetos, tenía una valoración y un capital simbólico distinto. Ello influye en afán de prestigio y las dinámicas de una sociedad de apariencias, ya trabajadas por el historiador Valenzuela¹. Por medio de este escrito, se revisita una tensión existente entre la regulación normativa y las prácticas sociales a través de la vinculación entre la materialidad y el simbolismo, utilizando como ejemplo las valorizaciones de la muerte, el duelo y el luto. Las cuales corresponden a una

¹ JAIME VALENZUELA, *Afán de prestigio y movilidad social: los espejos de la apariencia*, en RAFAEL SAGREDO Y CRISTIÁN GAZMURI, (dir.), *Historia de la vida privada en Chile*, Tomo 1, *El Chile tradicional: De la Conquista a 1840*, Taurus, Santiago 2005, pp. 71-93.

dimensión más, en donde se puede explorar el peso simbólico en la reproducción de desigualdades sociales. Cuyas implicancias perduran en el periodo republicano.

Frente a la bajada anterior, se establece como supuesto, que en la regularización de las formas y derechos para expresar el duelo y el luto, no sólo subyacen elementos económicos, sino también la necesidad de un orden social cuyas limitaciones socio-simbólicas se ven amenazadas ante la dinámica de las apariencias. Y que éstas se prolongan trascendiendo el periodo colonial.

2. Jerarquización de la muerte y las expresiones de duelo en el Chile Colonial

El “Nuevo Mundo” construye jerarquías sociales propias, como producto de la mezcla entre la importación de los modelos europeos y sus adecuaciones locales². La Corona a través de la promulgación de Cédulas Reales y otros documentos, intentó regular los derechos dentro de una sociedad cuyos actores tenían distinta calidad³. Sin embargo, este modelo de ordenamiento normativo, al concretarse en las dinámicas sociales presentaba transgresiones en distintas esferas de la vida socio-simbólica de la época.

Una de las esferas que refleja la tensión entre el modelo normativo y las dinámicas sociales refiere a las distinciones sociales vinculadas a la muerte. «El resultado inevitable fue la oficialización de las diferencias estamentales en las ceremonias de la muerte. Así, los hombres de aquella época reiteraron post mortem la jerarquía del mundo de los vivos»⁴. En base a ello, Cruz⁵ indica que la muerte es un espectáculo social cuya forma de celebración a través de las ceremonias fúnebres refleja que no existe igualdad ante la muerte. Si bien todo sujeto muere, el conjunto de acciones que se ejecutan presenta distintos componentes en la forma de despedir al difunto. Esto es lo que Cruz denomina como “jerarquización de los funerales”, o bien que los ritos post mortem estaban presentes en todos los estratos sociales -urbanos- pero éstos varían según posición social.

En 1691 se promulga una Pragmática contra el abuso de trajes y otros gastos superfluos. En ella, se establecen normas respecto a los excesos en gastos de lutos. Como es inherente a la cultura, el duelo implica un cambio en la cotidianidad de la vida, algunas formas en su reglamentación refieren a sus tipos de prácticas, prohibiciones y duración⁶. A modo de ejemplo, ante la muerte del soberano, la Pragmática establece un tiempo que bordea los 6 meses y el tipo de ropa específico que deben usar los grupos sociales para expresar el luto. Normativa, que con la Real Cédula de la “Pragmática sobre la Reformatión de los Lutos y Pompas Funerales”, promulgada el 9 de Agosto de 1694 por la Real Audiencia, avanza en especificaciones respecto a los roles de los señores, las mujeres, criados y otros.

De esta forma se establece una jerarquización del derecho al luto en donde se señala que:

El luto por los monarcas era un símbolo del poder real. A través de los negros trajes y de las fúnebres enseñas, el vasallo demostraba a su rey el acatamiento que le debía no sólo en vida,

² VALENZUELA, *Afán de prestigio y movilidad social*, cit., p. 1.

³ Entendiéndose como una distinción construida entre los distintos grupos sociales basada inicialmente en el componente racial, realizándose una distinción jerárquica entre las distintas mezclas. Otros autores, se plantean generando distinciones desde otras esferas y formas de comprender la sociedad colonial, según esta distinción, se hablará de castas, estamentos, entre otros.

⁴ ISABEL CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte, Tranfiguración de la vida*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile 1998, p. 131.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*, p. 147.

sino también en el momento postrero y apoteósico de su muerte. Prescripciones y proscipciones por parte del poder real, establecían los deberes y derechos con respecto a la apariencia de sus súbditos frente a la muerte⁷.

Otro aspecto relevante de la normativa, guarda relación con que en el caso de los vasallos, sólo los parientes carnales o directos podían ejercer el derecho a luto, prohibiendo además que los señores que llevaban luto se lo impusieran a sus criados, salvo que el difunto lo establezca en su testamento. Asimismo, se estableció un tiempo máximo de llevar el luto puesto, el cual corresponde a 6 meses⁸.

[...] y que sólo puedan traer luto las personas parientes del difunto en los grados próximos de consanguinidad y afinidad expresados en la misma ley, que son por padre o madre, hermano o hermana, abuelo o abuela u otro ascendiente o suegro o suegra, marido o mujer o el heredero, aunque no sea pariente del difunto, sin que se puedan dar a los criados de la familia del difunto, ni a los de sus hijos y yernos, hermanos ni herederos, de suerte que no se puedan poner lutos ningunas personas de la familia del difunto, sin que se puedan dar a los criados de la familia, aunque sean de escalera arriba⁹;

En base a lo planteado por la fuente, se observa la idea de establecer un límite claro entre quienes pertenecen a una colectividad familiar -incluyendo parientes y criados- según grado de proximidad. Es por ello que se concuerda con los planteamientos de Isabel Cruz respecto a que en el periodo colonial los actores sociales «...habían logrado establecer un bien organizado aparato de reglamentación fúnebre, escalonado de acuerdo a la pirámide social, en el que la ostentación desempeña un importante papel»¹⁰.

3. Motivos de la normalización de los lutos: Factores económicos, simbólicos y sociales

A partir de la revisión de documentos, se pueden determinar diferentes motivos que habrían influido en la promulgación normativa del luto. A continuación se procede a desarrollar algunos de estos motivos.

En primer lugar, se aprecian motivos económicos, aludiendo al importante gasto que se efectuaba en llevar los lutos. Así la Cláusula 22 de la Pragmática contra el abuso de trajes y otros gastos superfluos se señala «...qué personas y en qué forma se pueden traer los lutos, y teniendo presente el gran número de personas a quien por la dicha ley se permite traerlos (y) los considerables gastos que ocasionan...»¹¹. Eso se explica, porque existía una práctica instaurada de ostentación funeraria que inclusive amenazaba con llevar a la ruina a los deudos del difunto y sus herederos. La cual se observa como una práctica asociada a la necesidad de mejorar las apariencias y verse más «honorable» en la época. De esta forma, la normalización de las formas del luto, implican también aranceles diferenciados en las prácticas post mortem aliviando la presión por funerales ostentosos en los niveles socio- raciales de menos recursos¹².

Complementando lo anterior, cabe destacar que en la Real Orden del 19 de Junio de 1903, en la cual se norma qué miembros del ejército deben usar el luto en qué

⁷ *Íbid.*, p. 155.

⁸ *Íbid.*

⁹ RICHARD KONETZKE, *Colección de documentos para la historia de la formación social de Hispanoamérica: 1493-1810*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid 1962, p. 133.

¹⁰ CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 131.

¹¹ KONETZKE, *Colección de documentos*, cit., p. 132.

¹² CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 135.

circunstancias. Nuevamente se hace explícito que la jerarquización de las formas de llevar el luto en el ejército son por «Razones de economía»¹³.

Por otro lado, es posible establecer razones simbólico-sociales que llevaron a promulgar leyes de jerarquización del luto. Para comprender estos motivos, cabe recordar la importancia de las apariencias en este periodo histórico.

Así, se observa que la apariencia era la forma de expresión más rápida de jerarquización social, a través de ella se podía detectar las funciones y la posición que desempeñaban los sujetos y su pertenencia a los grupos sociales. A través de la moda se podía acceder a las diferencias socio-raciales y la integración de elementos del vestuario pertenecientes a otro grupo social, lo que en la práctica se tradujo en el deseo y la ilusión del ascenso social¹⁴. «De este modo el traje fue en Chile en esa época no sólo un elemento de distinción social sino también un elemento de movilidad y de contacto entre clases»¹⁵. Asimismo, no debe sorprender que el tipo de vestuario asociado a la muerte, estuviera dentro del universo de dinámicas del deseo de ascenso social y las apariencias.

[...] y el luto que vestían sus parientes por largo tiempo para exteriorizar su pena. Mortajas y lutos, fueron dos modalidades de traje usado en las ceremonias funerarias por aquella sociedad que diversificó su vestuario hasta el punto de hacer de él un verdadero repertorio de apariencias, expresivas de momento, circunstancias, jerarquías y funciones específicas¹⁶.

Frente al planteamiento anterior, Valenzuela ilumina la discusión agregando que existe una relación constante entre los anhelos de la vida privada de las personas y sus formas de expresión a través de las prácticas en el espacio público. Dentro de esta vinculación, alude a un modelo de vida comprendido desde la lógica de las apariencias en base a la representación de honor de un grupo¹⁷.

En este sentido, el afán de ostentación en los rituales post mortem -incluyendo la vestimenta del luto-, refleja no sólo la expresión de emociones dolorosas frente a la pérdida, sino que a través del alarde en la exteriorización del dolor se expresa una manifestación de lealtad frente a un grupo. Y con ello la reafirmación de pertenencia a un determinado grupo, en el cual, por medio de la vestimenta permitida a su calidad, se refuerza el estatus social.

Cabe señalar que la idea anterior, trasciende al mero ámbito familiar acentuando el carácter simbólico de la práctica, si se considera el permiso de que personas de elite y alta calidad lleven luto ante la muerte del monarca, sin haberlo visto jamás¹⁸. De esta forma, se afirma que llevar el luto dentro del universo de las representaciones mentales es símbolo de estatus y honor. Representación a la cual, muchos grupos sociales aspiran.

Así, la aspiración a través del uso de las apariencias por grupos sociales que no tenían la calidad suficiente, era vista por los estratos altos como una amenaza a la pureza de su honor y lugar en la estructura social. Frente a ello, se postula que surge la necesidad de delimitar ese prestigio para mantener el orden social colonial. Para comprender este postulado, se trabajará desde la noción de identidad.

¹³ ISABEL CRUZ, *El traje. Transformaciones de una segunda piel*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago 1996, p. 160.

¹⁴ *Ibid.*, p. 71.

¹⁵ *Ibid.*, p. 144.

¹⁶ *Ibid.*, p. 79.

¹⁷ VALENZUELA, *Afán de prestigio y movilidad social*, cit., p. 11.

¹⁸ CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 154.

4. La identidad como estrategia de reproducción social

Desde los planteamientos de Pierre Bourdieu¹⁹, existe un efecto simbólico en la categorización colectiva que delimita normativas, prácticas, creencias, y obligaciones en espacios arbitrariamente producidos. Por ello, las elites definieron un espacio social de naturaleza sui generis que transcendía el estatuto jurídico. Basado en «... una serie de elementos materiales y simbólicos que la llevaban a ser percibida y reconocida como grupo dominante por excelencia»²⁰. Este conjunto de elementos trae consigo una necesidad de distinción social entre el «nosotros» y los «otros», al generar esa delimitación se produce cohesión social. Esta distinción, es aplicable a la relación entre los grupos de distinta calidad, como entre cada familia²¹.

De esta forma, la construcción de identidad contiene componentes simbólicos que se expresan y son reforzados por medio de elementos materiales. Por ello, la vestimenta es parte de una estrategia para denotar las distinciones sociales. «El vestido era, sin duda, una referencia esencial, que permitía adscribir a un individuo a un determinado grupo y atribuirle una identidad a partir de unos códigos supuestamente compartidos»²².

En base a lo anterior, al considerar al luto como una práctica en donde se modifica el vestuario de las personas, quienes tienen la obligación -jurídica o moral- de cambiar su apariencia, ejercen una estrategia de demostración -sincera o ficticia- de un dolor ante la pérdida de un individuo perteneciente a su colectividad²³. Así, sólo quienes son considerados como parte de esa colectividad cuentan con la facultad de expresar su demostración de pérdida.

Desde Durkheim la ritualidad mencionada cobra sentido porque la finalidad del duelo corresponde a expresar la pérdida de uno de los miembros de un grupo humano. Cuya explicación refiere a un mecanismo psico-sociológico, aludiendo a que el grupo se siente disminuido ante la pérdida de uno de sus individuos, y ante ello reacciona uniéndose. Una forma de manifestar esta unión, es llevar un luto colectivo. Ello explica, por qué algunos individuos, aunque no sufran una pérdida directa, se sienten en la obligación moral de adherir al duelo. Puesto que de no hacerlo, significaría romper los lazos que lo atan a su colectividad²⁴.

En base a lo anterior, el duelo es un deber impuesto para afianzar lazos sociales, por ello, ante la pérdida del Monarca, el estamento social vinculado a él, requiere fortalecer lazos para no generar fallas en la estructura social imperante. En esta misma lógica, la noción de integrar con las mismas expresiones materiales al ritual del luto a grupos que no presentes la misma calidad, implicaría también desordenar la estructura social que se quiere preservar.

5. El peso de la dimensión simbólica en la reproducción de la estructura social, una lógica heredada con innovaciones en la forma

En los apartados anteriores, se instituye que efectivamente la normalización del luto refiere a la necesidad de reproducir un orden social. Observando las leyes

¹⁹ PIERRE BOURDIEU, *El sentido práctico*, Editorial Siglo XXI, Madrid 2007.

²⁰ VALENZUELA, *Afán de prestigio y movilidad social*, cit., p. 3.

²¹ Por ello, también se observa la importancia de dada al matrimonio como institución social que regulaba la reproducción de las jerarquías sociales entre los distintos grupos y estamentos sociales.

²² BERTA ARES QUEIJA, *Mestizos en hábito de indios: ¿estrategias transgresoras o identidades difusas?*, en R.M. LOUREIRO, Y SERGE GRUZINSKI (eds.), *Passar as fronteiras. Il colloquio internazionale sobre mediadores culturais, séculos XV a XVIII*, Centro de Estudios Gil Eanes, Lagos 1999, p. 145.

²³ CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 154.

²⁴ Durkheim, en CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 147.

promulgadas como una expresión más de dominación social y preservación de asimetrías de poder. Lo cual a través de los planteamientos de Bourdieu, da cuenta que la dominación no sólo se asocia a la tenencia de armas y el dinero, sino también contiene una dimensión simbólica que implica obediencia y reconocimiento de las estructuras imperantes²⁵. En la cual, como ya se argumentó, las apariencias y la vestimenta juegan un rol fundamental. Por ello que, en el periodo colonial «...uno de los requisitos para acabar con la confusión y establecer (o mejor dicho, restablecer) un buen orden social sea precisamente que cada quien vista a tenor de su posición y condición social»²⁶.

Ello implica, que el orden social se ve transgredido si es que determinados actores sociales utilizan elementos materiales cargados de simbolismo -como es la vestimenta en el luto-, y por tanto, se hace necesario establecer una penalización para mantener la posición que le corresponde a cada tipo de súbdito.

En efecto, sólo ciertas personas y en cierto grado de parentesco con el difunto, podían llevarlo; como muestra la documentación restrictiva respecto del exceso de lutos entre vasallos, y la documentación conminatoria que amenaza con penas a los súbditos que no llevasen lutos por la muerte de un soberano²⁷.

En base a lo anterior, si se retoma la noción de Cruz²⁸ respecto a que la valoración y categorización simbólica de la muerte funciona como un espejo respecto a las apreciaciones de la «vida». Esto se sustenta en que también, dentro de las formas de expresión de los ritos post mortem es posible observar la tensión entre la dinámica de las apariencias y la necesidad de reproducir una estructura social desde la elite. De esta forma, se observa que la estética de la muerte está correlacionada con las jerarquías sociales.

Ahora bien, al analizar la estructura social post periodo colonial, se sigue observando una jerarquización en la vida/ muerte. La cual, a pesar de que existan distintos tratados internacionales, políticas sociales e iniciativas discursivas, en la práctica las condiciones en el desarrollo de la vida, remiten al nivel de cercanía de la muerte. Frente a ello, la falta de una ocupación efectiva por la mejora de condiciones en la población más vulnerable refleja una menor valoración social asociada a la “perdida efectiva” por una muerte, si el difunto ocupa un lugar más bajo en la jerarquía social construida, es decir, dependiendo del lugar donde esa vida esté en la estructura social habrá una variación en la forma de valoración de la misma.

Así, cuando Sobrino²⁹ problematiza los datos relacionados a la violencia, el hambre, los desplazamientos forzados, la destrucción de medio ambiente, la reducción de tierra, exclusión, y la indiferencia sobre las condiciones sanitarias a las que se ven enfrentadas familias vulnerables latinoamericanas, entre otras. Sumado a la invisibilización y las estrategias de segregación social que perduran en la realidad chilena y latinoamericana. Se observa la presencia de un conjunto de causas que estimulan la vida desde el uso de tácticas de sobrevivencia y con ello, una cercanía a la muerte como producto de construcciones históricas arrastradas³⁰.

²⁵ PIERRE BOURDIEU, *Meditaciones Pascalianas*, Editorial Anagrama, Barcelona 1997.

²⁶ ARES QUEIJA, *Mestizos en hábito de indios*, cit., p. 134.

²⁷ CRUZ DE AMENÁBAR, *La muerte*, cit., p. 154.

²⁸ *Ibid.*, p. 10.

²⁹ JON SOBRINO, *Fuera de los podres no hay salvación*, UCA editores, San Salvador (El Salvador) 2009, p. 74.

³⁰ *Ibid.*

Si bien, con el advenimiento de la cuestión social en los inicios del siglo XX, y el giro desde los Estados Oligarcas hacia una nueva percepción basada en la política de masas. Los desplazados se ganan el derecho a aparecer a través de la reivindicación de condiciones de vida básicas. Se recalca que este proceso no estuvo exento de sangre y muerte. A modo de ejemplo, se recuerdan las matanzas obreras en el norte de Chile, cuyas víctimas fueron hombres, mujeres y niños, familias enteras. Por lo que se observa nuevamente una estructura simbólica desigual respecto a la jerarquización de la vida/ muerte al momento de reprimir a la población que sitúa en las bases de la estructura social.

Dicha lógica se repite, si se analizan los modos de represión practicados por los regímenes dictatoriales latinoamericanos en la segunda mitad del siglo XX. «Es el escándalo que no tiene compostura, y sigue ocurriendo. Niños, ya también hombres, mujeres, ancianos, son asesinados inicualemente por regímenes de seguridad nacional, o mueren por “daños colaterales” o por causa del hambre perfectamente superable»³¹. De esta forma, cabe cuestionarse si las adecuaciones de los sistemas económico-políticos han reordenado o mantenido la jerarquización simbólica de la población. Y en qué medida esta jerarquización continúa operando.

Volviendo al caso chileno, según un estudio de Alberto Mayol³², este país se mueve dentro de los veintes primeros lugares del mundo en los rankings de mediciones de desigualdad económica. Sosteniendo que, los resultados de estas posiciones se han naturalizado pasando desde reacciones de denuncia hacia una sensación de asumir la desigualdad como una normalidad en la sociedad chilena, es decir, se amplían los marcos de tolerancia efectivos en lo que a desigualdad y jerarquización refiere.

De acuerdo a lo anterior, no basta con que los grupos sociales de la elite política, económica e intelectual se propongan disminuir la desigualdad, si las estrategias para abordarla continúan en un plano discursivo abstracto. Puesto que ello, sólo permite la continuidad de estrategias de reproducción de la estructura social con algunos niveles mínimos de redistribución. Sin embargo, mientras esta «redistribución» no incluya aspectos simbólicos y éticos respecto a la calidad de vida óptima de las familias vulnerables, se seguirán reproduciendo los mismos niveles de jerarquización desde tiempos obsoletos³³.

Complementando lo dicho, a pesar de que se sostenga una continuidad y reproducción en la lógica de jerarquización social. El argumento no desconoce que la familia como sistema social, ha presentado importantes transformaciones en el desarrollo del acontecer temporal. Algunos de los cambios reconocidos y que guardan relevancia en la reconfiguración de la familia como agente de reproducción social, remiten a: 1) Transformaciones asociadas tanto al tipo como a la duración de la estabilidad en las uniones de pareja entre adultos. 2) Cambios respecto a las pautas reproductivas, específicamente respecto al calendario y la cantidad de descendencia³⁴. 3) Transformaciones asociadas a la división sexual del trabajo. 4) Cambios en la convergencia dada entre el ciclo vital individual y el ciclo familiar³⁵.

³¹ *Íbid.*, p. 162.

³² ALBERTO MAYOL, *El derrumbe del modelo: La crisis de la economía de mercado en el Chile contemporáneo*, LOM ediciones, (colección “ciencias humanas”), Santiago de Chile 2012, p. 73.

³³ Si bien es cierto, se reconoce que la materialización en la forma de jerarquización social ha presentado transformaciones a lo largo del tiempo. El argumento planteado defiende que la estructura subyacente perdura con cambios superficiales.

³⁴ Esto opera en las representaciones sociales de las mujeres y en sus parejas.

³⁵ FERNANDO FILGUEIRA, *El desarrollo maniatado en América Latina: Estados superficiales y desigualdades profundas*, CLACSO, Primera edición, Buenos Aires (Argentina) 2009, p. 112.

Sin embargo, aun considerando estas transformaciones, y las consecuencias que vienen acarreadas en el entendimiento y rediseño del rol estatal en el territorio³⁶. Como por ejemplo, el desplazamiento de funciones correspondientes al desarrollo vital del individuo, las cuales hoy en día son incorporadas como parte de la oferta del mercado y el Estado³⁷. Se puede observar que la distribución respecto a la generación de riesgos³⁸, varía según el nivel de vulnerabilidad dado a través de las distinciones en la composición de la estructura social. De esta forma, el cambio en los modelos familiares no ha permitido quebrar la jerarquización subyacente a nivel económico, social y simbólico en la sociedad chilena republicana.

Es por ello que se concuerda con las conclusiones de Ignacio Martín-Baró, quien hace hincapié respecto a que cuando se presenta a la familia latinoamericana como la base de la sociedad, se remite al rol que juega la familia como sostén del ordenamiento social. De esta forma, la familia se observa como en agente catalizador de las exigencias sociales, es decir, en un contexto de sociedad jerárquica la familia funciona como base y techo social, económico y simbólico³⁹. En palabras del autor, «la familia no solo es “la base”, sino también “el techo”, es decir, la estructura que mejor encubre las necesidades del orden establecido, volviéndolas propias, y así posibilita tanto su satisfacción como la reproducción del orden social de dónde surgen»⁴⁰.

Sinterizando, se observa la existencia de una estructura social jerárquica heredada desde el periodo colonial, cuyas dimensiones superan lo político y económico, observándose fuertes limitantes socio-simbólicos que influyen en la creación y reproducción de identidades con una distribución desigual de capitales. Esta división desigual, implica distintos grados de valoración por la vida/ muerte. Lo cual tiene una materialización en distintas esferas de la vida de los individuos y sus familias. Revelando además, el fuerte vínculo entre lo simbólico y lo material.

De esta forma, en el marco temporal chileno se presentan cambios respecto a que en el periodo colonial el uso de vestimentas y accesorios fue normado como forma de mantener el orden social. Actualmente, en el periodo republicano, se observa un desplazamiento del peso de la normativa jurídica a la normativa económica. En donde, si bien a los individuos pertenecientes a las bases de la estructura social no se les limita por medio de la ley al uso de ciertos productos materiales, sí se observa la misma lógica a través del juego del mercado. En dónde el uso de productos y servicios que son simbólicamente más valorados, como por ejemplo artículos de lujo, son accesibles sólo a los grupos ubicados en la cúspide social. Para los grupos sociales pertenecientes a las bases de la estructura, la variable «precio» marca la distinción y con ello las dificultades de acceso a este tipo de productos materiales. Asimismo, cabe resaltar que estos grupos continúan en la lógica de la dinámica de las apariencias caracterizada en el periodo colonial, hoy en día denominada por los sociólogos como «arribismo»⁴¹. Dejando ver que las lógicas que operan dentro de la estructura social se han mantenido.

³⁶ *Íbid.*

³⁷ Funciones como protección, instrucción, aseguramiento, entre otros.

³⁸ FILGUEIRA, *El desarrollo maniatado*, cit., p. 112.

³⁹ IGNACIO MARTÍN-BARÓ, *Sistema, grupo y poder: Psicología social desde Centroamérica (II)*, UCA ediciones, San Salvador (El Salvador) 2008, p. 238.

⁴⁰ *Íbid.*

⁴¹ Para más información sobre el arribismo en Chile, recomiendo revisar el trabajo de ÓSCAR CONTARDO, *Siútico, arribismo, abajismo y vida social en Chile*, Vergara, Santiago 2008.

A modo de cierre, se evidencia que a pesar de las transformaciones en la forma de las jerarquizaciones y desigualdades socio-simbólicas, la lógica interactiva entre los distintos grupos sociales ha continuado reproduciéndose desde el periodo colonial a los días republicanos. Quedando abierto el desafío para encontrar los puntos de quiebre y detener las estrategias de reproducción social más allá de los niveles económicos y políticos, sino que reconociendo el importante peso de la dimensión simbólica en la continuidad de esta estructura.

La familia como transmisora del sistema sexo-género

Liliana GUERRA ABURTO¹

Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile

Abstract

This paper focuses on the importance of the family in individuals' lives in transmitting the socially predominant sex-gender system to them. In this aim, the paper conceptualizes the sex-gender system and through a psychoanalytic perspective shows how the family conveys gender mandates. Ultimately, such an understanding is used to explain the deconfiguration of the patriarchal-bourgeois family throughout the 20th century, a setting that could introduce new possibilities for the transmission of a more equitable sex-gender system, in which women do not continue to be subject to the mandates of patriarchal society and male power.

Keywords

Family, transmission, mandates, gender

Resumen

Este trabajo se focaliza en la importancia que tiene la familia en la vida de los individuos como transmisora del sistema sexo-género predominante de nuestra sociedad. Para ello se desarrolla el concepto sistema sexo-género, y desde una perspectiva psicoanalítica- se muestra cómo la familia traspasa los mandatos de género para, finalmente, dar cuenta del desdibujamiento de la familia burguesa-patriarcal en la medida que avanza el siglo XX, situación que podría abrir una posibilidad en torno a una transmisión del sistema sexo-género de carácter más equitativo, en donde la mujer no continúe estando supeditada a los mandatos de una sociedad patriarcal y de poderío masculino.

Palabras clave

Familia, transmisión, mandatos, género

1. Presentación

Desde la década de los 60, ha aparecido una importante cantidad de investigaciones y publicaciones científicas sobre familia², abordando aspectos tanto de su dinámica interna, como de la relación familia - sociedad.

De acuerdo a Ramos³, en estas investigaciones aparecen dos visiones -que responden a distintas concepciones de familia- en donde una de ellas plantea a la familia como una «sociedad natural» que permite una experiencia única de sociabilidad humana, vinculada directa e inseparablemente a la persona. Así, la familia constituiría el lugar privilegiado del reconocimiento integral de cada uno de los individuos en cuanto persona.

Por otra parte, nos encontramos con la postura que muestra a la familia como lugar de dominación y lucha, antes que el espacio de afecto y cuidado. La familia sería aquí, una estructura desigual y jerárquica (patriarcal) con intereses contrapuestos, en la que se establecen relaciones económicas, de trabajo, de producción y distribución, bajo un marco de dominación y explotación.

¹ Artículo basado en investigación Fondecyt Número 1131128 JUICIO PROFESIONAL Y TOMA DE DECISIONES SOBRE FAMILIAS CON NECESIDADES COMPLEJAS

² CLAUDIO RAMOS, *La realidad múltiple de la familia: interpretaciones sociológicas*, SERNAM, Santiago 1995.

³ *Ibid.*

No obstante lo anterior, es posible la complementación de ambas visiones, que permitan una aproximación que dé cuenta de la complejidad, muchas veces paradójica, de la familia.

En lo que existe acuerdo, es en mostrar la relevancia que tiene la familia en la constitución de la estructura psíquica de los individuos, que da forma a la identidad que construye a éstos como sujetos. También aparece como el lugar que la mayoría de las personas acepta como espacio prioritario donde se reproduce, experiencial y comunicativamente, el mundo de la vida, anclando corporal y emocionalmente significados básicos del ser social⁴.

En el caso de nuestra sociedad occidental, si bien la relación entre hombres y mujeres ha pasado por diversos momentos a través de la historia, se ha desarrollado un sistema patriarcal con la consecuente dominación masculina a partir del siglo XII, que nace al interior de un sistema sexo-género dominado por los valores de la masculinidad, lo que genera desigualdad de valoración entre lo que se considera superior -lo masculino-, e inferior -lo femenino-. Así, la cualidad reproductora de las mujeres es asimilada como un valor cercano a la naturaleza y por lo tanto inferior a los valores de la cultura que quedan en manos de los hombres⁵. De este modo, encontramos a lo largo de la historia occidental una opresión de las mujeres, en donde han estado subordinadas a un papel reproductivo en el ámbito de lo privado, sin participación en los procesos de producción⁶ y donde han aprendido a hacer de la frustración una virtud en función de un mandato de género que las obliga a pensar primero en aquellos que están a su cuidado, ya que históricamente ellas han sido las depositarias del cuidado de otros, desarrollando así una valoración interna acerca de la renuncia y de la disponibilidad, por miedo a perder los vínculos y el amor de los demás⁷.

De esta forma, el papel de la familia pareciera tomar relevancia cuando nos referimos a los mandatos de género y a la subordinación vivida por la mujer, ya que es en este espacio privado, donde por primera vez los seres humanos nos enfrentamos a las diferencias sexuales, que nos acompañarán por toda nuestra vida. Si bien es difícil hablar de “la” familia moderna occidental, dado que existe una importante variedad y diferencia entre ellas, hay ciertos aspectos que comienzan a distinguirla cuando nos situamos en la configuración originaria de la familia burguesa de los siglos XVIII y XIX. Allí ocurren importantes transformaciones económicas, socioculturales y psicológicas, en donde confluyen diversos procesos socioculturales que vienen desde antes. La modalidad familiar que se va gestando constituye una configuración en la que se pueden distinguir algunos elementos fundamentales como: el amor romántico, el sentido de maternidad, un nuevo sentido de la «domesticidad» de la vida hogareña-familiar (como refugio frente al mundo externo). La pareja y las relaciones con los hijos se asientan en ciertas concepciones sobre la sexualidad, las transformaciones en los sentidos y divisiones de género, con el despliegue de novedosas retóricas sobre «femineidad» que estabilizan las estructuras psicológicas que logran una peculiar adaptación a las demandas del mercado capitalista de

⁴ PNUD, *Desarrollo humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos, un desafío cultural*, Santiago 2002.

⁵ PILAR ERRÁZURIZ, *La subjetividad femenina*, en OYARZÚN ET AL., *Labores de Género, Modelo para rearmar el trabajo*, Ediciones Generam, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, 2006.

⁶ SILVIA TUBERT, *Sigmund Freud. Fundamentos del psicoanálisis*, EDAF, Buenos Aires-Madrid 2000.

⁷ NORA LEVINTON, *El superyó femenino. La moral en las mujeres*, Editorial Biblioteca Nueva S.L., Madrid 2000.

trabajo y por último, como contrapartida necesaria al enriquecimiento psicosocial del ámbito privado, se complejiza crecientemente el proceso de individuación⁸.

Dentro de los aspectos mencionados, nos centraremos en lo relacionado a las distinciones de género, ya que la construcción social de la familia moderna burguesa está estrechamente ligada a la de género, en un proceso que -evidentemente- no sólo ocurre ni se expresa en la familia, sino en las distintas esferas de la sociedad. Las definiciones de género se constituyen y operan en las relaciones laborales, en las relaciones de los esposos, en la escuela, en las relaciones entre padres e hijos, en las instancias del poder político así como en el poder y autoridad familiar. Las relaciones entre los individuos de diferentes sexos, sus dependencias, sus diferenciaciones, se crean, mantienen y modifican a través de procesos que cruzan la sociedad entera. En este sentido, no es sólo la familia el lugar de la constitución del género, puesto que familia y género son moldeados a través de procesos sociales.

Es así como la mirada de este artículo se sitúa en la importancia que tiene la familia en la vida de los individuos, específicamente como transmisora del sistema sexo-género predominante de nuestra sociedad.

Con el fin de dar cuenta de esta función transmisora (consciente o inconscientemente) de la familia, se asumen tres objetivos específicos. El primero consiste en conceptualizar lo que estamos entendiendo por sistema sexo-género, el segundo muestra -desde una perspectiva psicoanalítica- cómo la familia transmite los mandatos de género y en el tercero se da cuenta de cómo la familia burguesa-patriarcal comienza a desdibujarse en la medida que avanza el siglo XX.

Lo anterior, nos lleva a preguntarnos -a modo de reflexión final- si estas modificaciones que está viviendo la familia, en donde surge una diversidad familiar, con modos más democráticos de funcionar en su interior, podrían favorecer o abrir una posibilidad a una transmisión del sistema sexo-género de carácter más equitativo, en donde la mujer no necesariamente siga supeditada a los mandatos de una sociedad patriarcal y de poderío masculino.

Como se ha señalado antes, aquí se abordan algunos de los procesos que ocurren al interior de la familia, que tienen que ver con la transmisión del género ocurridas en su interior. Tratar los procesos sociales externos a la familia que moldean los géneros, escapa a los objetivos de este artículo.

2. Del sistema sexo-género

De acuerdo a lo esbozado anteriormente, podríamos señalar que un sistema sexo-género es un conjunto de normas, valores y representaciones que una sociedad construye a partir de la diferencia sexual, anatómica y fisiológica. Da sentido y valor al deseo, a la procreación, a las relaciones sociales, laborales, eróticas y afectivas entre las personas. Es decir, organiza las diferencias sexuales, las que -a su vez- moldean las relaciones sociales, laborales, eróticas y afectivas de modo profundo. Es un asunto recíproco porque a su vez, las relaciones sociales imprimen su sello a las relaciones laborales, sexuales, deseantes y afectivas. Por lo tanto, existen tantos sistemas sexo-género como sociedades humanas podamos encontrar, siendo posible que al interior de ellos haya variaciones, matices, subculturas o *ethos*, visiones encontradas y/o sincretismos. Los sistemas de sexo-género son plurales en su propio

⁸ RAMOS, *La realidad múltiple de la familia*, cit.

interior, lo que hace que sean dinámicos y cambiantes. Se modifican porque en su interior surgen diferencias irreconciliables que pulsán por su transformación⁹.

La existencia del género como un sistema construido socialmente se ha ocultado de muchos modos, entre los que se incluye definir a las mujeres como un «interrogante» o el «sexo» o el «otro» y a los hombres como el universal o al menos «el ser de la especie» sin género. En una amplia variedad de culturas y discursos, los hombres tienden a ser considerados libres de género o no determinados por él, lo que ha terminado siendo una relación de dominio del hombre por sobre la mujer¹⁰.

Si bien el género es una relación independiente y autónoma de otras, como raza y posición económica, al mismo tiempo la moldean. Es una forma de poder y afecta nuestras teorías y prácticas de justicia. El género limita o hace parcial -de modo abierto o sutil- el pensamiento. Es también un elemento constituyente central en el sentido del yo de cada persona y en la idea de una cultura de lo que significa ser persona. Las diferencias no sólo reflejan la influencia en los «papeles sexuales» definidos externamente, sino que evocan y dependen de sentimientos que forman parte de la misma fibra del yo¹¹.

El discurso sobre naturaleza y cultura suele representar a la naturaleza como femenina, que necesita someterse a una cultura que invariablemente se representa como masculina, activa y abstracta¹². De esta forma, se parte de pautas preestablecidas que ponen a la mujer en el ámbito de la naturaleza, de lo doméstico, como el paradigma femenino por excelencia, y que la centran en el ámbito de lo afectivo, donde su labilidad emocional es predominante, ya que se espera que ésta sea frágil, vulnerable, pasiva, dependiente, incapaz de tolerar situaciones conflictivas, con baja autoestima, con escasa asertividad y con dificultades de individuación. Estas características no sólo han sido impuestas por el paradigma de la hegemonía masculina, sino también por algo propio de la subjetividad femenina que ha contribuido a consolidarlo¹³.

Así, el ámbito doméstico redobla el sentimiento de incompetencia y de opresión. Las condiciones de la vida familiar de la inmensa mayoría de las mujeres entrañan desigualdad frente a los hombres. Esta desigualdad implica un orden jerárquico que deriva en subordinación y como consecuencia, en malestar y tensión, ya que la madre puede ser capaz de ejercer funciones de control de crianza de sus hijos pero no necesariamente tiene el control de su propia vida¹⁴.

En este sentido, el desarrollo de los sentimientos de la maternidad se produjo, sobre todo, en el siglo XIX y XX cuando se plantea una visión de las mujeres-madres como asexuadas, en donde el componente pasional del amor tendía a ser canalizado por los hombres a través de vías extramatrimoniales. Se imponía así un doble estándar en materia de posibilidades de gratificación erótica, apareciendo una división soslayada que define y divide lo puro y lo impuro y que adquiere un carácter y fuerza institucional que revierte la estructura psíquica de los sujetos¹⁵. De esta forma se supone que no es necesario indagar por ningún deseo maternal en sí mismo, que éste

⁹ KEMY OYARZÚN, *Entre lo crudo y lo cocido: sistema sexo-género*, en OYARZÚN ET AL., *Labores de Género, Modelo para rearmar el trabajo*, cit.

¹⁰ JANE FLAX, *Gender Studies*, coauthors N. HENLEY, R. COSER, N. QUINN, K. SKLAR, in *Leading Edges in Social and Behavioral Science*, ed. R. Luce, Russel Sage, New York 1989.

¹¹ *Ibid.*

¹² JUDITH BUTLER, *El género en disputa*, Paidós Mexicana, México 2001.

¹³ LEVINTON, *El superyó femenino*, cit.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ RAMOS, *La realidad múltiple de la familia*, cit.

«debería ser» intrínseco a la propia condición de mujer. Existe la posibilidad de no poder tener hijos, pero no resulta fácil para las mujeres plantearse el deseo en sí mismo de ser madres o de elegir no serlo. De este modo, en la temprana relación con la madre se provee el fundamento para que ser madre sea una expectativa arraigada entre las mujeres, apareciendo la maternidad como inherente a alguna esencia apropiadamente femenina que caracteriza a la mujer por su rol de madre¹⁶.

3. Algunas consideraciones desde la teoría psicoanalítica freudiana

De acuerdo a la teoría que construye Freud, la relación con la madre y con el padre, tendría un rol fundamental en la reproducción de la identidad de género, ya que en su teoría sexual infantil queda planteada la diferencia de los sexos, que se circunscribe a la posesión de un pene por parte del varón, la falta de éste en la niña y los efectos que esta diferencia produce. En este sentido, nos encontramos con que el niño lo que hace es preservar su pene y así garantiza el acceso al universo simbólico que le ofrece la identificación con su padre. Por otro lado, en la niña se generaría una envidia al pene una vez que se da cuenta que no lo posee. Al mismo tiempo, al descubrir que está castrada, le reprocharía a la madre por haberla traído al mundo insuficientemente dotada. Sólo podrá neutralizar la carencia del pene, instaurando posteriormente la equivalencia simbólica que le permita sustituir el deseo de pene por el de un hijo¹⁷.

De acuerdo a Tubert¹⁸ existe una asimetría básica entre ambos sexos referido a la relación Edipo - castración: en el hombre el complejo de castración aniquila al complejo de Edipo, en cambio en la mujer lo precede y lo prepara. Esta misma autora señala que Freud refiriéndose a las construcciones de femineidad y masculinidad, sostiene que todos los seres humanos, en virtud de su disposición bisexual y de las identificaciones cruzadas, combinan en sí características femeninas y masculinas, de modo que la masculinidad y la femineidad puras son sólo construcciones teóricas difíciles de definir, que pueden ser llamadas categorías abiertas pues están sujetas a revisión.

Así, masculinidad y femineidad no son puntos de partida sino de llegada, nunca suficientemente asegurados, que se estructuran a través del pasaje de la fase fálica u organización genital infantil, en la que culmina el complejo de Edipo, articulado con el de castración. De este modo, ambos sexos quedan marcados por la introducción de una falta (que es la vertiente subjetiva de la prohibición cultural del incesto). El sujeto sexuado es el sujeto que ha pasado por la castración, que carece de unidad y de plenitud, que sólo puede constituirse como deseante en tanto que escindido¹⁹.

Independientemente de la razón del repudio del niño por la madre, este repudio se vuelve el momento fundador de lo que Freud llama la «consolidación» del género. Al perder a la madre como objeto de deseo, el niño interioriza la pérdida mediante la identificación con ella, o bien desplaza su vínculo heterosexual, en cuyo caso fortalece su vínculo con el padre y así «consolida» su masculinidad²⁰. De este modo, vemos que Freud introduce el complejo de Edipo para explicar por qué el niño debe repudiar a la madre y adoptar una actitud ambivalente hacia el padre²¹.

¹⁶ LEVINTON, *El superyó femenino*, cit.

¹⁷ TUBERT, *Sigmund Freud. Fundamentos del psicoanálisis*, cit.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ BUTLER, *El género en disputa*, cit.

²¹ *Ibid.*

Por otra parte, la niña, para conformar su posición edípica, necesita sustituir el objeto materno primordial por el paterno y, al mismo tiempo, renunciar a la zona dominante en la fase fálica, el clítoris, en favor de una nueva zona, la vagina. «Freud señala la importancia de la fase de vinculación exclusiva con la madre en la mujer, hasta el punto de afirmar que no es posible comprender a la mujer si no se la tiene en cuenta. Exceptuando el cambio de objeto, la fase edípica apenas agrega un nuevo rasgo a la vida amorosa»²².

Así, el motivo más específico del resentimiento de la niña resultaría del complejo de castración, ya que hace responsable a la madre de no haberle dado un genital completo y no le perdona tal desventaja. De modo que la transición de una fase a la otra se desencadena por la intervención del complejo de castración, que abre tres posibilidades: 1) puesto que la envidia del pene le echa a perder el goce de la sexualidad fálica, la niña renuncia a la misma y con ello a su sexualidad en general (represión); 2) la niña mantiene su actividad clitoridiana y se refugia en una identificación con la madre fálica (figura previa al descubrimiento de la diferencia sexual) o con el padre, conservando durante mucho tiempo la esperanza de tener un pene (complejo de masculinidad, que puede desembocar en una elección manifiesta de objeto homosexual); y 3) la niña toma como objeto al padre y alcanza así la forma femenina del complejo de Edipo (actitud femenina normal, entendiendo por tal la norma estadística o el ideal social)²³.

Para la niña, el complejo de Edipo puede ser «positivo» (identificación con el mismo sexo) o «negativo» (identificación con el sexo opuesto): la pérdida del padre, iniciada por el tabú del incesto, puede dar como resultado una identificación con el objeto perdido (consolidación de la masculinidad) o una desviación del objetivo respecto del objeto; en este caso, la heterosexualidad triunfa sobre la homosexualidad y se encuentra un objeto sustituto²⁴.

Está claro que la teoría psicoanalítica siempre ha reconocido la función productiva del tabú del incesto; es la que crea el deseo heterosexual y la identidad de género diferenciada. El psicoanálisis también ha sido claro en que ese tabú no siempre funciona para producir el género o el deseo de las maneras que se pretendía²⁵.

Asimismo, los atributos femeninos, son valorados tanto por el niño como por la niña como una condición ideal, ya que es la madre el patrón de la primera identidad femenina. Sin embargo, en el caso de la niña, es a partir de esa identificación primaria y/o especular que ella se conocerá, definirá y nombrará a sí misma empleando el mismo discurso cultural. Es esa identidad femenina primaria, sumada a la condición biológica donde se inscribe el universo simbólico que organiza los significados de «ser mujer». Al comienzo será una identificación con las características de la imagen idealizada de la madre, un ideal temprano de género. Sin embargo, señala Dio Bleichmar²⁶, que lo que la teoría clásica formula como reconocimiento de la castración en la madre, es el inicio de un registro de las otras diferencias (no exclusivamente anatómicas) en términos de las desigualdades que esto comporta. Es este proceso el que pone en tela de juicio el papel narcisizante de la madre, por eso concluye que la secuencia psíquica más importante de la

²² SIGMUND FREUD, *Obras completas*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1981; TUBERT, *Sigmund Freud. Fundamentos del psicoanálisis*, cit., p. 121.

²³ *Ibid.*

²⁴ FLAX, *Gender Studies*, cit.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ ELMILCE DIO BLEICHMAR, *La sexualidad femenina -de la niña a la mujer-*, Paidós, Barcelona 1998.

aceptación de la diferencia de los sexos en la niña, es la pérdida del ideal femenino primario, el acceso a la imagen devaluada del propio género.

Es así como en el caso de la niña, vemos que tiene una dificultad extra dada por la igualdad de género con la madre, quien es su primer objeto amoroso, lo que la confirma en su sentido de sí misma, es decir, en el soporte de su identidad. De esta forma, una vez producida la pérdida del ideal femenino se espera la valoración del padre, ya que lo que se pone de relieve no es la falta de un pene sino que paulatina y sistemáticamente se va configurando la condición de desvalorización de la femineidad, de la cual la madre no es más que otra representante²⁷. Al mismo tiempo, la relación temprana madre-hija facilita la reproducción de la teoría infantil de la castración como inferioridad femenina por falta de pene, al ser tan difícil la construcción de otra formulación que resignifique la vulva y la vagina para algo diferente que la pasividad²⁸.

Hay así, una ley de género sancionada desde su mundo interno que despierta sentimientos de autopersecución (sensación de estar en falta) y culpabilidad. Las mujeres se autorreprochan por lo que viven como una hiperresponsabilización frente a la diversidad de las demandas que surgen en su vida cotidiana²⁹.

Como podemos ver, «la teoría psicoanalítica clásica determina la estructuración de la subjetividad femenina a partir de la psicosexualidad, en la que el componente psíquico está prioritariamente determinado por un predominio de la sexualidad»³⁰. Esto nos lleva a comprender que tanto la femineidad como la masculinidad se construyen en la intersubjetividad, mediante la interacción. «Tanto la femineidad como la masculinidad son representaciones de la mente de los adultos, significados conscientes y preconscientes como los de la madre y la abuela de ese niño, y contenidos inconscientes -fantasmas de femineidad/masculinidad- reclusos en estratos más inaccesibles. Pero los fantasmas inconscientes también se transmiten de generación en generación a través del discurso o de la acción»³¹.

La sexualidad estaría así, «condicionada por factores que se incorporan desde un pre-existente: tanto por los deseos y expectativas fantasmáticas inconscientes de los padres frente a ese bebé portador de una representación particular de lo que ser niña o niño signifique para ellos, como aquello que el conjunto social en que se inscriba, promueve como formato de femineidad o masculinidad vigente»³².

De esta forma, el género se vuelve restrictivo en el sentido de valorizar e idealizar ciertos atributos, condiciones y actitudes y censurar rígidamente cualquier alejamiento del código reconocido como lo adecuado para una niña (femineidad) o para un varón (masculinidad). Por lo tanto, quedarán incluidos en la dinámica de esta articulación (entre el género y el ideal del yo) los contenidos que se irán desplegando en la interacción del niño con el adulto, que se construirán como efecto de la intersubjetividad, así como los fantasmas inconscientes transmitidos a través de las generaciones tanto por el discurso como por la acción³³.

Por otra parte, Money (1955) habló del rol de género para referirse al conjunto de conductas que se atribuyen a mujeres y hombres, a lo que se espera de la femineidad o masculinidad inherentes al ser social, en tanto significados que cada cultura otorga

²⁷ LEVINTON, *El superyó femenino*, cit.

²⁸ *Íbid.*

²⁹ *Íbid.*

³⁰ *Íbid.*, p. 117.

³¹ DIO BLEICHMAR, citado en LEVINTON, *El superyó femenino*, cit., p. 97.

³² *Íbid.*, p. 118.

³³ DIO BLEICHMAR, citado en LEVINTON, *El superyó femenino*, cit.

a la diferencia anatómica. Money llamará «complementación» a la implantación que hacen los adultos durante la crianza de las respuestas y conductas complementarias a su propio género, en el niño de género opuesto³⁴.

En este mismo sentido Stoller (1968)³⁵ estudia la importancia del sexo asignado, es decir de la atribución inicial del sexo que se hace en el momento del nacimiento, en donde la sociedad, la familia, los padres posan sobre el recién nacido las expectativas de género hacia él/ella.

Es así como podemos ir entendiendo que la familia se constituye como transmisora de un formato y de un mandato de género desde el mismo nacimiento de hijos e hijas.

4. De las familias contemporáneas y las nuevas modalidades del vínculo familiar

Aparejado a los cambios que la sociedad ha experimentado en el proceso de modernización de la sociedad occidental, podemos ver que la familia no ha estado ajena a estas transformaciones, ya que la familia burguesa de fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, ha ido modificándose, comenzando a desdibujarse como modelo a partir de la segunda mitad de la década del sesenta del siglo XX, época en que comienzan a emerger una multiplicidad de formas de familia, estilos de convivencia y modos de ejercer los roles parentales³⁶.

De esta forma, el modelo de familia tradicional (aquella en que están presentes los dos padres viviendo con sus hijos, donde la madre es dueña de casa a tiempo completo y el padre es el proveedor) o *male breadwinner model*, que ha sido predominante desde el período de la post-guerra hasta comienzos del siglo XXI, comienza a sufrir una profunda transformación en las últimas décadas producto de la importante incorporación de la mujer al mercado laboral, con lo cual se comienza a transitar de un modelo de “hombre proveedor” a otro en el que están presentes las “familias de doble ingreso”³⁷.

Así, se va haciendo difícil hablar de “la” familia, ya que muchos de los conceptos habituales utilizados para hablar de ella no concuerdan con la realidad. Es el caso de los “solteros”, concepto que hoy sólo implica no tener un vínculo legal con otro/a, pero en ningún caso significa vivir solo o no tener pareja estable³⁸. También vemos que en la sociedad contemporánea existe un descenso en el número de matrimonios y rematrimonios, pero un aumento de la cohabitación; un aumento de los divorcios y de las separaciones, un incremento de las familias monoparentales, un aumento de familias compuestas o recompuestas, un aumento de hogares unipersonales y la existencia de familias sin núcleo conyugal³⁹. Ésta es una situación relativamente nueva, a la que Théry⁴⁰ ha llamado «demariage», aludiendo a la idea de desafección por el matrimonio, en donde hasta mediados del siglo pasado, éste se planteaba en nuestra sociedad como posibilidad única de conformar familia. Asimismo, el

³⁴ Citado en *Íbid.*

³⁵ Citado en *Íbid.*

³⁶ ANTHONY GIDDENS, *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Cátedra, Madrid 1995; IRMA ARRIAGADA, *Familias latinoamericanas. Diagnóstico y Políticas Públicas en los inicios del nuevo siglo*, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago 2001.

³⁷ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.; SUNKEL, GUILLERMO, *El papel de la familia en la protección social en América Latina. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile. Abril 2006.*

³⁸ ELISABETH BECK-GERNSHEIM, *La reinención de la familia: en busca de las nuevas formas de convivencia*, Paidós, Barcelona 2003.

³⁹ ARRIAGADA, *Familias latinoamericanas*, cit.

⁴⁰ IRENE THERY, *Le Demariage. Justice et vie privée*, Odile Jacob, Paris 1996.

«demariage», disocia los conceptos de pareja, familia y filiación, ya que aunque se deshaga el matrimonio, la familia no se termina, sino que se transforma.

Lo anterior confirma que la familia bi-parental tradicional va dejando espacio a nuevas configuraciones familiares, que dan cuenta de cambios culturales, sociales y económicos frente a los cuales las familias van adaptándose.

La familia ya no es “la” familia, porque comienza a dibujarse de otro tipo, de otros tipos: la familia pactada, la familia cambiante, la familia múltiple, surgida del fenómeno de la separación, de nuevos matrimonios, de hijos de pasados o presentes familiares tuyos, míos, nuestros. Una familia desgajada de la tradición, de crecimiento reducido, de la unión de individuos aislados⁴¹, no necesariamente conformadas por parejas o padres heterosexuales.

De esta forma, los cambios suscitados son coincidentes con el aumento de los hogares con jefatura femenina y el aumento en la participación de las mujeres en el mercado laboral. Asimismo, encontramos modificaciones relacionadas con el ámbito simbólico, que se manifiestan en nuevos modelos de familia y estilos de relación familiar⁴².

Es por esto que hablar de “la familia”, parece cada vez más difícil, ya que muchos conceptos asociados a ella no necesariamente concuerdan con lo existente.

En palabras de Giddens⁴³, diremos que estamos en presencia de una «transformación de la intimidad», en donde no sólo la familia sino también la pareja establece un tipo de «relación pura» que consiste en que las relaciones valen principalmente por sí mismas, por lo que se puede derivar para cada uno y que son mantenidas y continuadas sólo en la medida en que las partes piensen que les resulte satisfactorio hacerlo. Se asume así, la posibilidad de ir definiendo entre los involucrados, las normas propias que enmarcarán la relación⁴⁴. Indudablemente estas normas, en buena medida, representan selecciones y adaptaciones de orientaciones normativas institucionales y culturales provenientes «desde fuera», pero que son sancionadas normativamente en su interior⁴⁵.

En estas nuevas relaciones de pareja, la sexualidad se hace tema explícito y relevante. Se abandonan los mitos de la asexualidad o pasividad femenina. El erotismo y el cultivo de habilidades sexuales son aceptados y valorados. Sin embargo, el fundamento de la relación no está en el placer, sino más bien en la comprensión comunicativa, en la búsqueda de una acción concertada basada en la comprensión del otro. Así, la relación de convivencia se construye y sostiene sobre la base de compromisos negociados y ratificados argumentativamente, en contraposición a compromisos inamovibles, obligatorios y sancionados socialmente. En esta acción comunicativa, los sentimientos son materia fundamental⁴⁶.

Este tipo de relación basada en los acuerdos y en la comprensión mutua genera relaciones revocables, que pueden durar mucho o poco tiempo⁴⁷ y que van abriendo posibilidades a nuevas alternativas frente «al matrimonio para toda la vida», o la maternidad como mandato irrenunciable para la mujer.

⁴¹ BECK-GERNSHEIM, *La reinención de la familia*, cit.

⁴² ARRIAGADA, *Familias latinoamericanas*, cit.

⁴³ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ RAMOS, *La realidad múltiple de la familia*, cit.

⁴⁶ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.; XIMENA VALDÉS, ET AL., *Puertas adentro. Femenino y masculino en la familia contemporánea*, LOM ediciones/CEDEM, Santiago de Chile 2006.

⁴⁷ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.

5. Reflexiones Finales

Hemos visto cómo el modelo cultural del “matrimonio amor romántico” que caracterizó los siglos XVIII, XIX y parte del XX, pareciera hoy comenzar a ser sustituido -aunque de manera incipiente todavía- por una versión más flexible, más adaptativa y también más exigente psicológicamente, representada por nuevas relaciones de comprensión y convivencia⁴⁸.

De la constitución diferencial de los géneros que hemos abordado, se derivan importantes tensiones para desarrollar las relaciones de convivencia y entendimiento del modo deseado. En especial, la estructura emocional del hombre va muy de contramano con los requisitos para una relación de comprensión comunicativa con la mujer, en una situación definida como igualdad, ya que el hombre pareciera no poder superar aún sus impericias afectivas y de comunicación⁴⁹.

Por otra parte, en la concepción de los hijos y la relación con ellos, el cambio parece estar siendo más gradual. Sin embargo, uno de los aspectos más importantes parece ser la mayor autonomía que se les da y el abandono de una relación autoritaria. Con respecto a ellos, ha progresado mucho la noción de una relación de comunicación y comprensión⁵⁰.

Son estas nuevas formas de relación de convivencia y entendimiento, las que permiten pensar que estamos frente a expresiones de democratización de la vida privada⁵¹.

Uno de los aspectos más importantes de la historia de la familia es el paso de su carácter totalizante al diseño cada vez más nítido de los intereses del individuo por sobre los intereses y las tutelas familiares⁵². Este cambio se ha producido en un largo período en el que se ha ido erosionando gradualmente el poder del padre. Es así, como éste y otros factores han ido allanando el camino para tender las bases de una cultura familiar de rasgos igualitarios y democráticos o a lo menos, a la emergencia de discursos portadores de estos nuevos contenidos⁵³.

De acuerdo a un estudio de Valdés *et al.*⁵⁴, estaríamos frente a representaciones correspondientes a una cultura familiar más bien igualitaria y relativamente democrática que es transversal a todos los grupos socioeconómicos. Sin embargo, la reinención de la familia o el «desorden» de ésta hoy día⁵⁵, sigue estando tensionada por las resistencias al interior de la propia familia, así como por las presiones que se ejercen desde el mundo del trabajo y las limitaciones del sistema escolar y cuidado infantil, en donde aún perviven mandatos de género que señalan a la mujer como la cuidadora y protectora de los hijos por excelencia.

Sin embargo, la sociedad está cambiando, y hoy se privilegian los proyectos individuales⁵⁶ por sobre los proyectos colectivos. Al mismo tiempo, hemos visto que existen atisbos de una democratización familiar⁵⁷, cuyos roles responden cada vez más a negociaciones y acuerdos en su interior que a predeterminaciones sociales⁵⁸.

⁴⁸ RAMOS, *La realidad múltiple de la familia*, cit.

⁴⁹ *Ibid.*; VALDÉS, *ET AL.*, *Puertas adentro*, cit.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.

⁵² ELISABETH ROUDINESCO, *La familia en desorden*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 2003.

⁵³ VALDÉS, *ET AL.*, *Puertas adentro*, cit., p. 14.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ ROUDINESCO, *La familia en desorden*, cit.

⁵⁶ GUY BAJOIT, *Todo cambia: análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas*, LOM Ediciones, Santiago 2003.

⁵⁷ GIDDENS, *La transformación de la intimidad*, cit.

⁵⁸ VICTOR DE MUNCK (ed.), *Romantic love and sexual behavior*, Praeger Publishers, Westport (CT) 1998.

Comenzamos a ver cada vez más a la maternidad como una opción y no como obligación y claramente hoy pueden emprenderse distintos proyectos de familia a lo largo de la vida, que tampoco implican, necesariamente, ser parte de una pareja heterosexual.

Sabemos que lo más probable es que la familia continúe traspasando mandatos de género, porque hemos visto que es ahí donde se encuentra la génesis del ideal del yo, donde se esconde la primera identificación con los progenitores⁵⁹. Sin embargo, el hecho que los sistemas de sexo-género sean plurales en su interior, dinámicos y cambiantes y que se modifiquen en la medida que surjan diferencias irreconciliables que pulsan por su transformación dentro de si mismos⁶⁰, nos hace preguntarnos (después de este somero recorrido a la historia reciente de la familia), si las modificaciones experimentadas por ella posibilitarán que su papel transmisor del sistema sexo-género, pueda modificar sus mandatos o -al menos- facilitará el que éstos tiendan a la igualdad. Es esperable que la familia sea portadora de mandatos de género más igualitarios, que aparezcan como una alternativa a la cultura falocéntrica que nos ha marcado históricamente.

⁵⁹ DIO BLEICHMAR, *La sexualidad femenina -de la niña a la mujer-*, cit.

⁶⁰ OYARZÚN, *Entre lo crudo y lo cocido*, cit.

Inside Home. La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925- 1940¹

Maricela GONZÁLEZ MOYA

Escuela de Trabajo Social, Universidad Santo Tomás, Chile

Abstract

The article analyzes the 'home visit' done by social workers in the early twentieth century, when professional schools of Social Work had been recently created in Chile. The article seeks to understand such visits as a way to give scientific status to a new profession, by handing a set of tools for collecting information about households and offering social skills to approach individuals and especially mothers. But at the same time, it was a sociocultural strategy to link families with the state and legitimate social policies as support tools, standardization and social protection in a kind of society that had left behind the traditional ties and promoted its replacement by a functional modern type of bond.

Keywords

Home visit, social workers, social policies, families, professional schools of Social Work, Chile

Resumen

El artículo analiza la visita al domicilio realizada por trabajadoras sociales en las primeras décadas del siglo XX cuando recientemente se habían creado las escuelas profesionales de Servicio Social en Chile. Se busca entender dichas visitas como una manera de darle estatus científico a una profesión nueva, acompañándola de una serie de instrumentos de recolección de información en los hogares y de habilidades sociales para acercarse a los individuos y especialmente a las madres. Pero al mismo tiempo, se trató de una estrategia sociocultural para vincular a las familias con el Estado y legitimar las políticas sociales como herramientas de asistencia, normalización y protección social en un tipo de sociedad que había dejado atrás los lazos tradicionales e impulsaba su remplazo por una vinculación de tipo funcional-moderna.

Palabras clave

Visita domiciliaria, trabajadores sociales, orden institucional, familia, escuelas profesionales de Servicio Social, Chile

1. La visita domiciliaria y las Escuelas de Servicio Social en Chile

El proceso de visitación, como herramienta instrumental de la asistencia social, tuvo sus orígenes en la organización temprana de la caridad en el siglo XIX que, a su vez, derivaba de los preceptos de San Vicente de Paul, las Hermanas de la Caridad y los Lazaristas.

El año 1833, F. Ozanam había fundado la Obra de las Conferencias de San Vicente de Paul y en ella «visitadores de pobres ayudaban y guiaban a las familias, cada uno ayudando a los otros “a llevar su fardo” para adquirir méritos personales y para perfeccionarse moralmente»².

El año 1852, Von Der Heydt había creado el “Sistema de Elberfeld” de los «visitadores» o «cuidadores de pobres», personas voluntarias que tomaban a su cargo a cuatro familias indigentes. De ellos nació la Charity Organization Society (COS),

¹ El presente artículo es producto parcial de la investigación “Los juegos de la implementación. Indagación histórica sobre procesos de intervención social de asistentes sociales en el Servicio Nacional de Salud, 1952-1980”, financiada con fondos del Concurso Interno de Investigación de la Universidad Santo Tomás

² LEO CORDEMAN, *De la caridad al Servicio Social*, en «Servicio Social», I, N° 1-2, 1927, p. 5.

cuyos principios, estructura y funciones fueron precedentes de las posteriores escuelas de servicio social:

- Existencia de un sistema de registro o fichero central que contenía los datos de todos los asistidos;
- Un repertorio exhaustivo de todas las instituciones de caridad o asistencia;
- Un sistema de seguimiento, que aseguraba la ayuda «continua y apropiada»;
- Y una organización de las visitas sobre la base de una encuesta con una ficha detallada de información³.

El Servicio Social «científico» –como se le denominó– surgió a fines del siglo XIX, conmovido por las nefastas consecuencias sociales y económicas que se estaban produciendo a raíz de la acelerada industrialización, la masiva llegada de personas movilizadas desde el campo a la ciudad y, en general, la pauperización del asalariado occidental desprotegido y enfermo, en un contexto de liberalismo ortodoxo⁴. Mientras la sociología intentaba, a través de Durkheim y Weber, otorgar una explicación y comprender el modo de desenvolverse de la sociedad moderna, el trabajo social surgía para apurar una solución a la problemática social.

La primer Escuela de Servicio Social se fundó en Amsterdam, en 1899, mientras que en Estados Unidos la COS, bajo el impulso de Jane Adams y Mary Richmond, fue gestando un movimiento amplio y diverso de organizaciones filantrópicas que atendían diferentes necesidades y problemas y que finalmente culminó en la fundación, en 1919, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Columbia, en Nueva York.

La primera escuela de Servicio Social en Latinoamérica, la Escuela de la Junta de Beneficencia de Santiago, abrió sus puertas el año 1925, por iniciativa de los doctores Alejandro del Río e Ismael Valdés. El primero había viajado el año anterior a Bélgica, inspirado por las palabras del doctor René Sand que había contado de las bondades que en su país y en otros de Europa proporcionaba «el carácter científico y sistemático» del Trabajo Social dedicado a la «investigación de las causas» de la miseria⁵.

El primer curso tuvo 42 alumnas, las que debían someterse a un proceso de selección en el que se las evaluaba por sus antecedentes familiares y condiciones personales para desempeñar la profesión y donde se les pedía a las candidatas poseer un nivel de instrucción equivalente al tercer año de humanidades, conocer los fines de la Escuela, acreditar el pago de la fianza correspondiente y demostrar una *Vita e Mores* (vida y moral) acorde con los valores profesionales.

El programa de enseñanza consistía en dos años de estudio. El primero de ellos contemplaba materias como Instrucción Cívica, Psicología, Higiene y Deontología, Atención de Enfermos, Estadística y Técnicas de Oficina, y el segundo Legislación, Higiene y Beneficencia, Puericultura, Organización de la Beneficencia Pública, Contabilidad, entre otros⁶. Al final de cada año lectivo las alumnas desarrollaban los «semestres de verano» (de octubre a diciembre) que implicaban prácticas de Servicio Social en instituciones de beneficencia pública y privada y al final de la carrera se entregaba una memoria y se rendía un examen de título.

³ RENÉ SAND, *Las Escuelas de Servicio Social*, en «Servicio Social», I, N° 1-2, 1927, pp. 42-43.

⁴ MIGUEL MIRANDA, *Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*, Tesis para optar al Grado de Doctor en Antropología Social y Cultural de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona 2003, pp. 32-43.

⁵ SAND, *Las Escuelas de Servicio Social*, cit., p. 43.

⁶ El segundo año suponía también una especialización en las áreas de Infancia, Servicio Escolar, Industria, Asistencia y Hospitales.

Como señala María Angélica Illanes, los fines de la Escuela eran múltiples:

En el *plano educativo*, su objetivo era formar visitadoras sociales en conformidad con un determinado 'plan de estudios' teórico y, al mismo tiempo, proporcionarles 'el conocimiento práctico del Servicio Social' a través del Departamento de Asistencia Social de la misma escuela y por medio de su práctica en obras sociales relacionadas; así como estimular el perfeccionamiento de sus alumnas egresadas a través de conferencias, cursos de post-grado y becas al extranjero. En materia de *difusión*, uno de sus objetivos centrales era la edición de la revista *Servicio Social* (que tuvo gran importancia y alcance), así como la organización de Congresos periódicos de Servicio Social que diesen a conocer las experiencias adquiridas por las agentes visitadoras en su vida profesional (lo que dio origen a una importante producción de 'saber concreto' y de interesantes 'apreciaciones subjetivas' acerca de la realidad social del país). Otro de sus objetivos importantes era servir de conexión entre las visitadoras tituladas y las instituciones que requiriesen sus servicios profesionales, con lo cual la Escuela pretendía servir también de centro de 'colocación laboral' de sus egresadas. Buscaba, asimismo 'fomentar la colaboración entre las Instituciones de Asistencia Social y colaborar con las autoridades que solicitasen su ayuda', facilitando información de su Fichero Central y de servicios profesionales propiamente tales, con lo cual la Escuela intentaba relacionarse con el sistema institucional y político del país en el ámbito de su especialidad. Por último, la Escuela de Servicio Social de la Beneficencia 'cooperaría con las actividades del Comité Nacional, órgano de la correspondiente Asociación Internacional'. En suma, la Escuela tenía una multiplicidad de objetivos que iban más allá de la formación y perfeccionamiento profesional, abarcando tareas de difusión, de colocación laboral, de información social, de colaboración inter-institucional y política y de asociación nacional e internacional⁷.

Cuatro años más tarde se creó una segunda Escuela, llamada Elvira Matte de Cruchaga, anexa a la Universidad Católica. La idea fue fundar una institución paralela a la anterior, que constituyera una alternativa a la «neutralidad laica» de la Escuela de la Beneficencia y que «tendría por fin preparar y titular Visitadoras Sociales, que podrían servir en las instituciones públicas y privadas. Su formación sería sobre la base de la Doctrina Católica y de las ciencias necesarias para la formación técnica»⁸.

El carácter católico de la Escuela [...] ha de ser en adelante la característica sobresaliente y distintiva del Establecimiento [...] Se rechaza la idea de un humanitarismo laico. No nos interesa un amor abstracto a ese ser colectivo que llaman Humanidad. Nos interesa mucho más el amor al prójimo, que recae sobre cada individuo y desde allí se extiende al cuerpo social que forma el conjunto. Cada hombre, cada ser, es nuestro hermano y la sociedad es sólo la reunión organizada de todos ellos⁹.

Las hermanas Izquierdo Phillips fueron comisionadas el año 1927 para que estudiaran en Bélgica la existencia y peculiaridad de las escuelas católicas y tomaron contacto con la alemana Luise Jörinssen, que viajó a Chile a desempeñarse como primera directora.

⁷ MARÍA ANGÉLICA ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales en Chile, 1887-1940*, LOM, Santiago de Chile 2007, pp. 277-278.

⁸ REBECA IZQUIERDO, *Fundación y desarrollo de la Escuela de Servicio Social 'Elvira Matte de Cruchaga'*, memoria para optar al título de Visitadora Social de la Escuela Elvira Matte de Cruchaga, Santiago 1932, p. 2.

⁹ MARÍA ISABEL NÚÑEZ, *La Escuela de Servicio Social 'Elvira Matte de Cruchaga' y el Servicio Social Católico en América Latina*, Memoria para optar al Título de Visitadora Social de la Escuela Elvira Matte de Cruchaga, Santiago 1948, p. 18.

Los objetivos de esta Escuela fueron la formación de profesionales aptas para desempeñarse en los ámbitos públicos y privados, como también de mujeres que se realizaran como madres y esposas y fortaleciesen la espiritualidad católica. Se aceptaba a 30 postulantes, de las que quedaban 20 luego de someterse a un trimestre de prueba. El ingreso implicaba el pago de una fianza, tener entre 20 y 35 años, haber cursado los seis años de humanidades con buen rendimiento, demostrar nociones de manejo del hogar y de economía doméstica y tener la recomendación de un cura.

Inicialmente, la formación contemplaba dos años de estudios, pero éstos fueron ampliados a tres con un año final de práctica y tesis. Las materias comprendidas eran Religión, Instrucción Cívica, Derecho, Bienestar Social, Ética, Psicología, Pedagogía, Educación Popular, Higiene Particular y Pública, Código de Trabajo, Primeros Auxilios, Puericultura, entre otros¹⁰.

En síntesis, se trataba de dos escuelas que compartían el espíritu modernizador del Estado asistencial, que se empeñaban ambas por procurar una intervención científica de la miseria, pero que se diferenciaban también en algunos aspectos: la Escuela de la Junta de Beneficencia aspiraba a un tratamiento neutro de los problemas sociales y se encontraba mayormente impregnada del énfasis higienista de las políticas sociales y del modelo biomédico de tratamiento; la Escuela Elvira Matte, por su parte, rechazaba la neutralidad y buscaba la formación de profesionales explícitamente inspirados por valores cristianos, con un énfasis más en los problemas «morales» que en los higiénicos.

No obstante estas diferencias de orientación, ambos servicios sociales estaban igualmente empapados de categorías modernas para concebir y conducir la política asistencial popular: 'pedagogía social', 'higiene social', 'economía social', 'educación cívica', 'psicología social', 'legislación social'... El concepto de 'lo social' es la clave que comanda tanto la nueva misión como la nueva política asistencial. Los asistidos no son solo pobres o solo individuos, sino que son 'sociedad': el concepto aporta, al menos en potencia, su propia modernidad conceptual¹¹.

Ambas escuelas se organizaron en torno al concepto de «visitación». Para Leo Cordemans, directora de la Escuela de la Junta de Beneficencia, el paso desde la caridad, a través de la filantropía y hasta llegar a la asistencia, era el transcurrir desde una acción basada en la buena voluntad y la preocupación por el prójimo, hasta otra de carácter científico que encerraba «las reglas del diagnóstico social, las del tratamiento basada sobre las medidas preventivas o curativas, con exclusión de los procedimientos simplemente paliativos...»¹².

Cordemans sostenía que la persona idónea para llevar a cabo esta tarea era la Visitadora Social, «...cuya ayuda no se limita, como otras veces, a dádivas que sostienen a menudo la causa del mal, sino que envuelve el análisis de la situación material, profesional, moral de una familia, y el llamado a las influencias, obras, poderes, que pueden concurrir al mejoramiento»¹³.

Inspirada en el modelo biosanitario, tratando de «prevenir» más que de «curar», la visitadora venía a ser el verdadero eslabón que vinculaba el orden institucional con las familias *a través de las visitas*.

¹⁰ ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política*, cit., pp. 290-291.

¹¹ *Ibid.*, p. 291.

¹² CORDEMANS, *De la caridad al Servicio Social*, cit., p. 7.

¹³ *Ibidem*.

La visitadora «llevaba» los servicios a las casas de los obreros y miserables de la época, conformándose lo que Schwarzenberg denominaba «el resorte más poderoso de toda acción médico-social»:

...en su actividad silenciosa y modesta, teje los hilos de la cooperación de los diversos servicios entre sí, solidifica los lazos de unión entre la familia del protegido y el organismo protector, mantiene y vigila la observación de las prescripciones médicas y difunde en los hogares de su sector los conocimientos de la higiene y de la puericultura, y busca precisamente la solución de los problemas sociales que en ellos se le presentan¹⁴.

La idea de «llevar» hasta el hogar la ayuda, a través de la visita, la destacaba también Leo Cordemans:

Es la visitadora social quien tratará de llevar un poco de bienestar a la familia, aliviándola de las cargas que constituyen a menudo para ella personas recogidas por caridad o niños demasiado numerosos, asilándoles entonces [...] Es ella entonces, la visitadora social, quien deberá animar a los enfermos a cuidarse, a los adultos válidos a encontrar una ocupación que les permita vivir, a hacer que los niños asistan a la Escuela o taller y a enseñar a la dueña de casa a saber organizar la vida práctica de la familia¹⁵.

Y señalaba más adelante:

Siempre su objetivo es llevar a la situación que debe modificar los remedios definitivos y durables, y con la ayuda del interesado alentado para emprender una tarea que ya no considera demasiado desmesurada, rehabilitarlo financiera y moralmente, adaptarlo a la sociedad y permitirle vivir moralmente, es decir, sin tener que acudir a la asistencia de la caridad¹⁶.

Un aspecto central en la estructura de las visitas lo constituyó la «encuesta familiar». A través de ella, la visitadora investigaba «en sus menores detalles la personalidad (del asistido), sus actividades dentro de la colectividad, el ambiente de su hogar, medios de vida y demás factores que posiblemente determinarán sus dolencias físicas y espirituales»¹⁷. De esta manera, la visitadora debía «reunir y presentar rápidamente en un informe minucioso y preciso, todos los datos que se refieran a las condiciones de vida, económicas, higiénicas y sociales (...) de la familia»¹⁸.

Se hablaba, en otras ocasiones, de una «encuesta domiciliaria» (en el caso del Servicio Social que se realizaba en instituciones abiertas, sin internación) y se la encuentra directamente relacionada con la «Oficina de Información» que funcionaba anexa a la Escuela, y que ponía en contacto a las estudiantes y profesionales «con todas las obras de la asistencia pública y privada»¹⁹. Su objetivo principal era

...individualizar al cliente, reconocer sus caracteres propios, lo que son sus distintivos personales. Una encuesta donde no aparezca la personalidad del cliente no es encuesta; es un

¹⁴ JULIO SCHWARZENBERG, *Servicio Social del lactante y del pre-escolar*, en «Servicio Social», I, N° 3-4, 1927, p. 134.

¹⁵ LEO CORDEMANS, *Acción social en las diversas obras de Santiago*, en «Servicio Social», I, N° 3-4, 1927, p. 144.

¹⁶ CORDEMANS, *Acción social*, cit., p. 145.

¹⁷ LUISA GOYENECHÉ, *El Servicio Social en el hospital*, en «Servicio Social», I, N° 3-4, 1927, p. 150.

¹⁸ LUISA TORRES, *El Servicio Social en la Escuela de Reforma para niños*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 42.

¹⁹ REBECA E INÉS JARPA, *El Servicio Social en la Oficina de Informaciones de la Escuela*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 38.

interrogatorio cualquiera, que cualquiera persona, aún no entendida en materia de Servicio Social, puede hacer fácilmente, mientras que para evaluar datos e interpretar de este modo la personalidad del cliente, y de algún defecto, modalidad, anomalía de la que el cliente no se habrá ni dado cuenta para saber deducir la causa que ha originado el problema, y el problema que ha originado la causa, son indispensables las cualidades típicas de la Visitadora Social, con su inteligencia, su educación y preparación especiales. Es importante, por cuanto nada más que por medio de la encuesta 'profunda y completa' llegará la Visitadora Social a darse cuenta de la mayor o menor complejidad del problema y ver la solución del caso confiado a su inteligencia y su corazón²⁰.

La encuesta era, entonces, una herramienta funcional a la visita, que servía a la profesional como instrumento para recoger información y armar un plan de trabajo de ayuda a la familia que lo necesitaba. Como señala Illanes, la encuesta fue «...el instrumento *productivo* por excelencia de las visitadoras de la Escuela, a través del cual ellas generaban el flujo de información acerca de “lo real-popular” poniéndolo a disposición de las instituciones asistenciales»²¹. La visitadora *entregaba* la información que recogía y la ponía a disposición de las instituciones y de otros profesionales encargados de las decisiones:

En el caos de los problemas sociales, es el Servicio Social el centinela de avanzada, siempre alerta, es el investigador incansable que todo lo ve, lo oye, lo analiza y aprecia en su verdadera magnitud y, por medio de sus encuestas e informes realizados con admirable escrupulosidad, proporciona resultados completos y exactos a las autoridades encargadas de resolver problemas cada día más serios y complicados²².

Se trataba de un instrumento «muy apreciado» que permitía un buen diagnóstico social y proveía de «material de enseñanza e investigación»²³. Al mismo tiempo, develaba engaños de parte de los asistidos y, por ende, se transformaba en un mecanismo de cotejo y constatación:

Después de ser oídas e interrogadas, se anotan todos los datos interesantes que han proporcionado y, en seguida, se hace la encuesta domiciliaria. Esta es indispensable porque con ella no sólo se descubren engaños, sino que también sirve para determinar el alcance de los datos suministrados y permite ver, muchas veces, detalles que hacen variar completamente el concepto que se tenía formado y que, por timidez o ignorancia, habían sido silenciados²⁴.

Además de recoger información, el proceso permitía también instruir. La encuesta y la visita fueron las claves para educar al pueblo en los preceptos higiénicos de la medicina social. Las políticas sociales de la época se dirigieron especialmente a intervenir en los *cuerpos* de los sujetos, básicamente con dos objetivos: por un lado, para detener el peligro de subversión de las clases populares, abrumadas por la miseria, los abusos laborales y la desigualdad; por el otro, para frenar la mortandad, la desnutrición y las enfermedades que convertían a Chile en un país con altos índices de mortalidad infantil y de mujeres en el parto²⁵:

²⁰ CARMEN DE CANGUILHEN, *La encuesta social*, en «Servicio Social», VI, N° 1, 1932, p. 247.

²¹ ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política*, cit., p. 279.

²² ARTURO BAEZA, *El Servicio Social en el hospital*, en «Servicio Social», III, N° 3, 1929, p. 171.

²³ LUISA FREIRE, *Organización del Servicio Social en los hospitales*, en «Servicio Social», IV, N° 1, 1930, p. 300.

²⁴ JARPA, *El Servicio Social*, cit., p. 35.

²⁵ MARÍA SOLEDAD ZÁRATE, *Parto, crianza y pobreza en Chile*, en CRISTIÁN GAZMURI Y RAFAEL SAGREDO (bajo la dirección de), *Historia de la vida privada en Chile*, Tomo III, Aguilar, Santiago de Chile 2007, pp. 13-18.

Pero no hay duda que la labor social del policlínico de mayor importancia es la propaganda de la higiene realizada en forma práctica en el domicilio mismo por la Visitadora, sus resultados para la profilaxis de las enfermedades contagiosas y, sobre todo, para la lucha contra la mortalidad infantil, serían de una importancia capital. El policlínico le abre a la Visitadora la puerta de infinitos hogares del pueblo, donde nunca falta el caso social, empezando por el estado angustioso que produce la escasez de recursos ocasionada por la enfermedad del padre o de la madre, la desesperación horrible de la madre desamparada que ve a su hijo enfermo y carece de recursos para atenderlo. ¿Cuántas veces la Visitadora Social llegará a tiempo para solucionar dificultades que de otro modo ocasionarían males irremediables? Y el hecho solo, señoritas, del contingente de bondad y de consuelo que ustedes seguramente llevan a esa madre a quien la Dirección del hospital les ha encargado comunicar la atroz noticia de la muerte del marido o de su hijo muy querido; ¿Habrán algo más humano y más admirable en vuestra labor?²⁶.

La visitadora se introducía en los hogares pobres y podía allí «recomendar algunos preceptos higiénicos, tan poco conocidos y menos practicados por nuestro pueblo»²⁷. A las parturientas, proporcionaba las enseñanzas para evitar los riesgos en el alumbramiento; a las madres de niños pequeños, señalaba la importancia de examinarlos para «tener hijos sanos y fuertes» y evitar los «enfermizos y raquíuticos», procurando así detener «la mortalidad infantil y la decadencia de la raza»²⁸; a los tuberculosos se les hacía ver «con mucho tino y delicadeza el peligro en que se encuentran los demás que viven con ella y el cuidado estricto que hay que tener para evitar el contagio»²⁹. En definitiva, «...la visitadora no debe pasar por un hogar sin dejar sembrada una idea de bien, el temor que esta semilla pueda no dar fruto no ha de impedir el cumplimiento de su noble misión»³⁰.

Por sobre todo, entonces, la visita pretendía moralizar. Se predicaba lo «correcto» y se mostraban al pueblo los múltiples peligros que entrañaban el descuido, la desidia, la flojera.

La gran tarea de la Visitadora Social es la cultura del pueblo. Como en todas partes, es tarea tesonera.

La base del Servicio Social es inspirar confianza; primeramente visitará todo, interesándose e interesando y, así, la Visitadora Social ha llegado a ser para el pueblo, la que todo lo puede, la consejera de ellos, el puente de oro para alcanzar sus anhelos³¹.

Para hacerlo, debía introducirse en los hogares y ganar allí la confianza de los asistidos:

... nos acercamos calladamente a los hogares, haciendo un favor aquí, una advertencia allá, sin hacerse sentir, pero con dulzura y firmeza, único camino por el cual pronto se ha de llegar al corazón de la familia, porque no hay que olvidar que nuestro pueblo es desconfiado, y, si a nuestra primera visita se nos sonríe, no creamos por esto, que nos dirán la verdad sobre su mezquino vivir. Tiene su orgullo, no el de la buena sangre al ver llegar a su palacio al intruso,

²⁶ BAEZA, *El Servicio Social en el hospital*, cit., p. 177.

²⁷ JARPA, *El Servicio Social*, cit., p. 35.

²⁸ LUISA FABRES, *El Servicio Social en la maternidad 'Carolina Freire' del Patronato Nacional de la Infancia*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 49.

²⁹ FABRES, *El Servicio Social en la maternidad*, cit., p. 50.

³⁰ ALICIA BAENA, *El Servicio Social en Chile*, memoria para optar al título de Visitadora Social de la Escuela Elvira Matte de Cruchaga, Santiago 1940, p. 14.

³¹ BERTA DE ABADIE, *El Servicio Social en el establecimiento de la CIA Minera e Industrial de Chile*, en «Servicio Social», II, N° 2, 1928, p. 118.

pero, sí, ese empecinamiento y esa desconfianza que caracteriza a nuestro indio aborigen. Pero cuando el hogar presenta una falla, como falta de empleo, enfermedad del padre, legalizaciones, etc., y nuestra solicitud las remedia prontamente, se nos abren de golpe las puertas de su confianza, y penetramos, pero siempre sólo paso a paso, gastando infinita delicadeza, a ese ambiente entristecido por el vicio del padre, el carácter de la madre, el desapego o truhanería del hijo³².

A imitación de la experiencia estadounidense, en Chile se probó con la aplicación de los llamados *settlement*. Se trataba de una especie de centro comunitario radicado en barrios populares, donde se establecía una «residencia» habitada permanentemente por una visitadora que se integraba a la vida barrial, al mismo tiempo que trataba de introducir en el lugar elementos de mejora material y social desde la cotidianidad de los habitantes. Se los definía como centros «...establecidos en un barrio para mejorar la vida material y moral y modelar la educación del medio ambiente, fuera de toda propaganda política o religiosa»³³.

La residente era la «visitadora» por excelencia, pues conocía e intervenía en la realidad de los pobres, involucrándose en su diario vivir y «su primera misión [era] de residir en medio de este vecindario que aspira a servir»³⁴:

...la residente no es una dama que viene de un elegante barrio a dar consultas dos o tres veces por semana, pero sí, la buena vecina de gran corazón a quien se respeta, y que en vez de ir a consultar a la señora Durand —la verdulera— irán donde la otra vecina, ‘la señora de la residencia’ ¡aquella que sabe tantas cosas y que dispensa tan buena acogida!³⁵.

Debía poseer, además, especiales cualidades y una formación apropiada: «Deben ellas querer al vecindario e identificarse con él; sin el entusiasmo, la fe y la esperanza, el trabajo es mecánico y no resulta. Las residentes deben tener una salud excelente y saber dominarse a sí mismas, especialmente saber dominar sus nervios. Deben tener disciplina, valor, el deseo de innovar y el sentido de cooperación»³⁶.

Denise Alexandre describía una jornada de trabajo de esa visitadora:

Después de haber consagrado las primeras horas de la mañana a los quehaceres de administración, se va lo más temprano posible a hacer una vuelta de visitas familiares [...] Se hacen alrededor de 250 visitas al mes.

Se aprovecha del menor pretexto para llegar a la familia (un niño recientemente inscrito en la guarderie, un miembro de la familia enfermo, niños indisciplinados, etc.) y, lo más a menudo, se va de vecina en vecina a charlar con la madre de familia que confiada cuenta una historia, pide un consejo y que se deja convencer de la necesidad de colocar un niño en una colonia, de frecuentar el consultorio para mamones o pequeños o de poner uno más grande en un taller, etc. Es necesario muchas veces insistir sobre lo mismo, vencer los titubeos, pero qué regocijo se siente cuando se ha ganado una causa...³⁷.

2. Visitación: el lazo entre la familia y el Estado

La transformación de la visita domiciliaria en un instrumento profesional del servicio social fue parte del proceso de nacimiento y consolidación del Estado asistencial en

³² CHELA REYES, *Servicio Social en las Gotas de Leche*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 63.

³³ DENISSE ALEXANDRE, *El Settlement y la influencia moral que ejerce sobre el niño y la familia*, en «Servicio Social», I, N° 1-2, 1927, p. 67.

³⁴ LEO CORDEMANS, *El Servicio Social en la industria*, en «Servicio Social», IV, N° 4, 1930, p. 132.

³⁵ ALEXANDRE, *El Settlement*, cit., p. 68.

³⁶ CORDEMANS, *El Servicio Social en la industria*, cit., p. 132.

³⁷ ALEXANDRE, *El Settlement*, cit., p. 71.

Chile. En la década de 1920, cuando se fundan las primeras escuelas profesionales, ya existían visitas a los hogares pobres, hechas por instituciones de caridad o filantropía y el caso más emblemático lo constituían las damas del Patronato de la Infancia, señoras de «sociedad» que habían encarnado la transición entre las instituciones benefactoras del Antiguo Régimen —en las cuales los pobres y moribundos eran recibidos para ir allí a morir o a sobrevivir su pobreza y en donde se combinaban de manera confusa el hospital, con el reformatorio y el hospicio— y las instituciones de socorro ilustrado, que contemplaban ir hacia el hogar mismo del pobre, para abordar en él las razones de la pobreza³⁸.

En las primeras décadas del siglo XX, la orientación de la intervención social había cambiado en nuestro país. Desde una ambigua preocupación por la «cuestión social», se había pasado a un ferviente deseo por profesionalizar la filantropía tradicional, lo que, entre otras cosas, pasaba por hacer de la caridad una acción científica, sistemática, encaminada con planificación. En esos términos, el Servicio Social se definía entonces como «...el conjunto de esfuerzos voluntarios tendientes, por métodos científicos, a responder a las necesidades de origen social»³⁹.

La fundación de las escuelas de Servicio Social fue, de este modo, la encarnación del nuevo espíritu modernizador que se esperaba que tuviera la acción estatal alrededor del año 1925. La Constitución Política, recientemente estrenada, confiaba en un pacto social renovado, que suponía el intervencionismo estatal en contra del *laissez-faire* liberal y que pretendía paliar los efectos de la aguda crisis económica y el descontento social que actuaba como una especie de olla a presión, amenazando con destruir el orden social vigente⁴⁰.

De este modo, las primeras visitadoras sociales chilenas estaban imbuidas de espíritu científico y de la convicción de que la ciencia era la fuente del progreso de la humanidad. Una de las ideas más recurrentes de la época fue diferenciar a la asistencia social de la caridad y la filantropía en un aspecto clave: sólo aquella buscaba las verdaderas causas de los problemas y, por ende, estaba mejor preparada para solucionar las urgencias sociales:

El Servicio Social se incorpora a la caridad, a la asistencia y a la filantropía, pero, los sobrepasa y se distingue de ellos por su carácter científico y por su interés en la investigación de las causas, por la extensión de su estudio y de su actividad. Podríamos contentarnos con decir que es la realización del sentido social iluminado por las ciencias sociales. La definición que hemos dado, caracteriza a la vez las etapas de su acción y las fases sucesivas de su desarrollo⁴¹.

De ninguna manera se despreciaban los valores promovidos por la asistencia paliativa de la caridad laica o cristiana. Se trataba de aportar a ellos una comprensión real de las situaciones sociales, que no olvidaba su carácter normativo pues siempre se trataba de un «bien» para el propio asistido. Efectivamente, se hablaba de la visitadora como de la agente social capaz de «servir de lazo de unión entre la ciencia y la caridad», que era capaz de «cubrir la fría desnudez de la verdad científica envolviéndola en el manto de su simpatía encantadora, con su inteligencia y con su bondad»⁴².

³⁸ MACARENA PONCE DE LEÓN, *Gobernar la pobreza: prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*, Universitaria, Santiago de Chile 2011.

³⁹ SAND, *Las Escuelas de Servicio Social*, cit., p. 45.

⁴⁰ ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política*, cit., pp. 274-275.

⁴¹ RENÉ SAND, *El Servicio Social a través del mundo*, en «Servicio Social», V, N° 3-4, 1931, p. 163.

⁴² BAEZA, *El Servicio Social en el hospital*, cit., p. 183.

En el marco de estas ideas científicistas y racionalistas, se concibió una intervención que estaba encaminada a superar las ayudas paliativas y las limosnas y debía «...buscar la causa de la miseria para remediarla, haciendo volver al enfermo a una vida normal y humana»⁴³. Por lo mismo, hubo conciencia de que el trabajo cotidiano, el «trajín», debía dar paso a las acciones de mayor alcance:

La verdadera obra de la Visitadora Social no es la que realiza bajo la presión de los clientes o de las instituciones en las cuales trabaja: trámites de utilidad inmediata, ayuda que será realmente apreciada y tal vez agradecida. Es precisamente el trabajo postergable, el que no es de urgencia, el que no pide el cliente, de cuya utilidad hay a veces que convencerlo para obtener su cooperación, es este trabajo el que realmente vale, el de importancia para la sociedad⁴⁴.

Se vislumbró también, muy preliminarmente, la concepción de que los propios afectados debían participar en la solución de sus problemas:

La ayuda durable no podrá venir por entero de la sociedad, es necesario que el interesado participe de ella. Sería altamente imprudente decir: 'Es un infeliz, yo voy a hacer todo lo que pueda por él y procurarle lo que necesita'. El que obrara de esa manera contraería, en primer lugar, el compromiso tácito de mantener el pobre por quien se interesa durante la vida eterna y ¿podría uno echarse encima semejante compromiso para todos los infortunios? Además, mantendría a su protegido en un estado de dependencia humillante y haría de él una carga perpetua de la sociedad. El Servicio Social consiste, no en llevar definitivamente la carga de otros, sino en conducirlos a que puedan llevarla alegremente⁴⁵.

A este respecto llama la atención una cita del doctor René Sand, que justificaba la llamada «ingratitude del pueblo», culpando de ella al propio caritativo que rebaja y paraliza al asistido. Al pueblo, sostenía,

...es necesario amarlo, es decir, encontrar en él los rasgos comunes a todos los hombres; es necesario comprenderle, es decir, estudiar y respetar su personalidad. Si se quiere enriquecer su vida, hay que comenzar por no destruir nada, lo que se haría alejando al individuo de su familia, o de sus agrupaciones profesionales, políticas, religiosas. Es, al contrario, reforzando los lazos de familia, apoyándose en la fe o sobre las convicciones del interesado que su personalidad podrá desarrollar y florecer. Se la mutilaría en despecho de mejores intenciones, si se ofendiera su libertad de conciencia [...] El Servicio Social reconoce, respeta y cultiva las características individuales; desea libertar lo que hay de mejor y de único en cada uno de nosotros. Es por esto que, lejos de cobijar sus protegidos y de sojuzgarlos, hace un llamado a sus fuerzas latentes; es por esto que se inspira en la verdadera igualdad, en la vida democrática: no para tratar a todos los hombres de la misma manera, sino para dar a cada cual lo que le conviene; es por esto, en fin, que utiliza los innumerables lazos de la interdependencia humana; es el que da valor a nuestros dones personales, es la fuerza siempre latente a la cual debemos la vida, nuestra formación y nuestra diferenciación⁴⁶.

Con respecto a sus antecesoras, que sólo transmitían maquinalmente el saber biocientífico sistematizado, las visitadoras profesionales lo articularon con otras disciplinas de las ciencias sociales para crear una verdadera «ciencia de la asistencia social».

⁴³ DE ABADIE, *El Servicio Social en el establecimiento*, cit., p. 127.

⁴⁴ LEO DE BRAY, *¿Hace usted Servicio Social?*, en «Servicio Social», IX, N° 4, 1935, p. 291.

⁴⁵ LEO CORDEMANS, *Algunas características del Servicio Social*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 6.

⁴⁶ RENÉ SAND, *Servicio Social*, en «Servicio Social», IV, N° 2, 1930, pp. 106-107.

Hay copia, pero al mismo tiempo hay apropiación y reelaboración. La visitadora social va en busca, a través del uso combinatorio de disciplinas médicas y sociales, del complejo 'caso humano', al que intenta aproximarse desde los diferentes frentes que constituyen el rompecabezas de su vida [...] A través de este método ella está cierta de poder alcanzar el conocimiento del otro 'mejor que lo que ellos mismos se conocen antes de este examen. El otro, examinado a través del método, alcanza una claridad y una visibilidad que es apropiada por la asistente que lo conoce más que él a sí mismo; le pertenece en cuanto *otro conocido por la ciencia*, la suya propia o su propia lengua. En esto consiste su mediación⁴⁷.

Sin embargo, ese «otro» era también observado desde una óptica conservadora y elitista de los asistidos. La intervención que se promovía suponía un sector popular que no sólo padecía las consecuencias de los problemas sociales, sino que sumaba a ello una suerte de decadencia moral que era necesario remediar con estrategias instructivas de diversa índole. Delagrang se preguntaba:

...¿Pero cuál es la relación que existe entre estas realizaciones prácticas del Servicio Social y el valor moral de la familia? Las Visitadoras Sociales constatan continuamente que la penuria moral del hogar proviene, sea de la intemperancia o del desconocimiento de las responsabilidades paternas, sea de la falta de conocimientos domésticos de la madre, sea de la negligencia o de la ignorancia de las leyes de la puericultura. La armonía familiar puede ser destruida por causas materiales: hogar mal tenido, herencia nefasta, salud deficiente, etc. En este caso, la influencia de la Visitadora Social es con frecuencia preponderante: por sus consejos, su acción, la unidad moral se establece, y la familia fortificada por estas experiencias, se encamina hacia una mayor seguridad⁴⁸.

De esta manera, abundaron denominaciones peyorativas sobre los asistidos. Se los calificaba de seres inertes, perezosos, a la espera permanente de que las situaciones se resolvieran por sí mismas: «La actitud de brazos caídos, de cabeza inclinada sobre el pecho; de mutismo sin ideas y sin esperanzas, es propia de esos abúlicos cuya resistencia pasiva y silenciosa a todo tratamiento es verdaderamente difícil de vencer»⁴⁹. No era raro encontrar alusiones generales sobre la «raza chilena» o «latina», de la cual se realizaban apreciaciones a menudo críticas: «La situación legal merece especialmente nuestra atención y se hacen inmediatamente observaciones sobre la psicología de nuestro pueblo, de natural descuidado, casi todos los hogares están ligados sólo por el vínculo religioso, descuidado el legal, y olvidándose que éste es el único que reconoce la ley el que les dará situación y nombre a los hijos»⁵⁰.

Este diagnóstico se basaba, obviamente, en un precepto de normalidad de acuerdo al cual los individuos y las familias debían ser comparados y evaluados y, en el caso de que el resultado fuera negativo, debían ser intervenidos. La visitadora «reorganizaba hogares constituidos anormalmente» y «enseñaba a vivir», inculcando «...hábitos de ahorro, de economía, de ornato del hogar, de higiene; su consejo oportuno y sabio podrá guiar al pueblo en su alimentación haciendo que ella sea más nutritiva al menor costo»⁵¹.

En consecuencia, la visitadora propiciaba una adaptación conservadora del individuo al medio ambiente. Como señalaba Raquel Carrasco,

⁴⁷ ILLANES, *Cuerpo y sangre de la política*, cit., p. 285.

⁴⁸ MLLE. J. DELAGRANGE, *El Servicio Social y la familia como unidad económica, espiritual y moral*, en «Servicio Social», IX, N° 2, 1935, p. 107.

⁴⁹ DE BRAY, *¿Hace usted Servicio Social?*, cit., p. 326.

⁵⁰ REYES, *Servicio Social en las Gotas de Leche*, cit., p. 60.

⁵¹ EUGENIO CIENFUEGOS, *El Servicio Social en la protección del escolar*, en «Servicio Social», I, N° 3-4, 1927, p. 163.

...Pero ¿A quién podría recomendársele todo este enorme trabajo? Antes no había a quien recurrir, hoy en día es la Visitadora Social el valioso elemento de cooperación que, como un centro de fuerzas y de luz, sostiene e ilumina con sus consejos, que, como el sólido eslabón de una cadena amarra, une y ata al individuo a su medio, es decir, transforma al dependiente, al caído, al despreciado, en una entidad conciente y útil que se ha levantado en definitiva, gracias a su propio valor y esfuerzo y, a veces, también con la ayuda eficaz y oportuna de las obras y las leyes que lo amparan, reconciliándolo así con la sociedad y enseñándole a agradecer⁵².

Como hemos mostrado, entonces, sobrevivía en estas modernas visitadoras mucho de lo que había sido un orden patriarcal cuyos orígenes se remontan a la época colonial. La forma de entender el Servicio Social y en especial las nociones de asistidos carentes y de ayuda asistencial paliativa eran el modo más tradicional de concebir a los pobres. La «visita» misma encontraba sus raíces en el sistema de inquilinaje colonial, donde la señora patronal «visitaba» a los peones aledaños de la gran hacienda, cumpliendo con ellos una labor moralizadora, asistencial y evangelizadora. Pero tal vez su antecedente más inmediato lo encontramos en la segunda mitad del siglo XIX, en el fenómeno que Gabriel Salazar denomina «maternidad social». Para Salazar, aproximadamente desde 1850, el culto mariano, que hasta ese momento había significado una normativa de castidad para las mujeres patricias en Chile, se transformó para muchas de ellas en un apoyo al desamparado, que dilatava la condición materna de la Virgen María de modo universalista. Los pobres de la calle pasaron a ser una especie de familia ampliada de esta gran madre social que extendía hacia el conjunto de la comunidad su espacio privado hasta entonces bastante constreñido.

Uno de los elementos más interesantes de este proceso es que significó una suerte de «feminismo católico» —el único posible en la sociedad decimonónica— donde la mujer oligarca fraternizaba con su alter ego, con la mujer del bajo pueblo, y con sus hijos mal nutridos. A fines de siglo, estas mujeres, otrora reinas de los salones y las tertulias, se habían trastocado en «hermanitas de la caridad (hadas madrinas) que pudieron recorrer la miseria de los conventillos llevando fraternidad a todas las madres e hijos desamparados y marginados por la acumulación mercantil»⁵³.

La maternidad social se construyó en el «lado oscuro» del capital, impulsando un movimiento a contrapelo del mundo parlamentario, soldadesco y liberal de los hombres. Dio vida a los primeros atisbos de la política social en Chile, aunque no logró todavía adquirir una identidad política madura, pues quedó prisionera de la «privacidad oligárquica»⁵⁴. Fue

...un movimiento de liberación tan enclaustrado como el enyugamiento matrimonial de la Colonia. Una protesta que no podía proyectarse hasta las últimas consecuencias en el *espacio público*, pues éste estaba dominado por los intereses relativos a la ‘mantención’ y aun ‘salvación’ del patrimonio mercantil. De modo que, históricamente, la caridad cristiana (esencia de la maternidad social) estaba condenada a no ser un David frente al poderoso Goliath de los Conventillos, y ante esa impotencia política fundamental, el ‘sufragismo

⁵² RAQUEL CARRASCO, *Reflexiones de una iniciada en el Servicio Social*, en «Servicio Social», II, N° 1, 1928, p. 11.

⁵³ GABRIEL SALAZAR Y JULIO PINTO, *Historia contemporánea de Chile*, Tomo IV, LOM, Santiago de Chile 2002, p. 132.

⁵⁴ SALAZAR Y PINTO, *Historia*, cit., p. 136.

femenino' no podía ser otra cosa que una demanda puntual, desprovista de carne social e histórica verdadera⁵⁵.

Sin embargo, el fenómeno dejó constancia de «haber sido un ejemplo de iniciativas concretas para problemas concretos», que iba adquirir expresión cabal con la explosión de la «cuestión social» en la primera década del siglo XX. Cuando se desnudó la crisis económica del país y la decadencia de la clase política y su modelo de gobierno, pudieron emerger las «modernas asistentes sociales», deudoras de una cierta ambivalencia patricia, pero impulsoras, sin duda alguna, del Estado social.

Este Estado, que se robustecería en las décadas posteriores y que alcanzaría su máximo apogeo entre 1950 y 1973, necesitaba un vínculo con la sociedad en la línea de alcanzar legitimidad racional y para ello debía reemplazar el lazo patronal amo-inquilino para avanzar hacia lo que Durkheim llamaba una relación orgánico-funcional⁵⁶.

En definitiva y a modo de conclusión, podemos afirmar que la visita domiciliar fue un instrumento que sirvió a la vigorización de la profesionalización del servicio social, en la senda de la cientificidad y fundamentación disciplinaria. Al mismo tiempo, fue también una estrategia para conectar a la sociedad —a través de sus individuos y familias— con el nuevo orden institucional moderno, democrático. Por eso se trató de una herramienta polifacética: trataba de inculcar principios sanitarios, normalizar y ciudadanizar al mismo tiempo. Y no se conformaba con diagnosticar y producir información para el médico o la escuela, sino que llevaba el Estado *inside home*:

La presencia constante de la visitadora en el hogar constituye un lazo espiritual utilísimo entre el Estado y la familia proletaria. La restringida mentalidad del obrero se sentirá confortada si siente que el 'Gobierno' llega al hogar pobre en forma de un funcionario cariñoso, amable, humanitario, sensible, dispuesto siempre a remediar en lo posible la desgracia de su condición⁵⁷.

⁵⁵ *Íbid.*

⁵⁶ EMILE DURKHEIM, *De la división del trabajo social*, Schapire, Buenos Aires 1967.

⁵⁷ CIENFUEGOS, *El Servicio Social en la protección del escolar*, cit., p. 162.

Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte¹

Iskra PAVEZ SOTO²

Universidad Bernardo O'Higgins, Chile
UCINF, Chile

Katherine LEWIN³

Universidad de Chile, Chile

Abstract

The aim of this article is to set out the “state of the art” with regard to the phenomenon of childhood and immigration in Chile, on the basis of a review of the bibliographical materials on this matter and taking into account the international framework of human rights as a paradigm supporting research and intervention with migrant children, their families and communities. It is an emergent phenomenon in our country which is gradually starting to be addressed within the sphere of social research and intervention. The few scientific studies carried out into the living conditions of immigrant children derive for the most part from the academic world (graduate and post-graduate theses or Fondecyt) and are classified within the area of Social Sciences. Meanwhile, civil-society or international organizations have essentially published the results of social interventions carried out with migrant children and their family groups. Likewise, it is clear that State bodies - specializing in this matter - have paid scant attention to the phenomenon of migrant children, in practice coming up against difficulties to tackle this effectively on the basis of a human-rights approach.

Keywords

Migrant children; childhood sociology, rights, migration factors, research and intervention with migrant children

Resumen

El objetivo de este artículo es esbozar un “estado del arte” en torno al fenómeno de la infancia e inmigración en Chile; esto a partir de una revisión bibliográfica en la materia y considerando el marco internacional de los derechos humanos como paradigma que sustenta la investigación e intervención con las niñas y los niños migrantes, sus familias y comunidades. Se trata de un fenómeno emergente en nuestro país que de modo paulatino comienza a ser tratado en el ámbito de la investigación e intervención social. Los pocos estudios científicos realizados sobre las condiciones de vida de las niñas y los niños inmigrantes provienen en su gran mayoría del mundo académico (Tesis de pre y postgrado o Fondecyt) y se enmarcan en el área de las Ciencias Sociales. Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil o internacionales han publicado esencialmente los resultados de intervenciones sociales realizadas con la niñez migrante y sus grupos familiares. Por su parte, resulta evidente la escasa atención que los organismos del Estado -especializados en la materia- han prestado al fenómeno de la niñez migrante, encontrándose en la práctica con dificultades para abordarlo eficazmente desde el enfoque de los derechos humanos.

Palabras clave

Niñez migrante; sociología de la infancia, derechos, actores migratorios, investigación e intervención con niñez migrante

¹ En este artículo presentamos resultados preliminares del Proyecto de Investigación FONDECYT de Iniciación N° 11121295, por el periodo 2012-2014, titulado: “*La infancia como sujeto de las políticas públicas e intervenciones sociales. El caso de la niñez migrante en el Chile del siglo XXI*”, dirigido por la Dra. Iskra Pavez y patrocinado por la Universidad UCINF. Expresamos nuestro agradecimiento al financiamiento del Programa FONDECYT-CONICYT.

² Dra. en Sociología y Trabajadora Social, investigadora del Observatorio Regional de Paz y Seguridad (ORPAS) de la Universidad Bernardo O'Higgins, email: iskra.pavez@ubo.cl

³ Socióloga y Mg © en Sociología Universidad de Chile, email: asistente.mcs@facso.cl

1. Introducción

El primer proceso migratorio clave en la historia de Chile lo configura la llegada de trabajadores proveniente de Europa durante finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Dicho proceso migratorio estuvo sujeto a una política selectiva por parte del gobierno con el objetivo de configurar un Estado basado en la colonización de un tipo de migrante determinado⁴. Asimismo, un hito dentro de este proceso migratorio del siglo XIX coincide con la adhesión de tres provincias tras la Guerra del Pacífico, lo que trajo como consecuencia la presencia de población de origen boliviano y peruano en territorio nacional⁵.

Otro proceso migratorio a remarcar en la historia chilena se da durante el último cuarto del siglo XX, donde Chile, al igual que gran parte de los países vecinos, sufre un fuerte proceso de emigración a raíz del régimen dictatorial de 1973, el cual provocó el éxodo de chilenos bajo la condición de refugiados políticos en países europeos⁶. No fue hasta finales del siglo XX y comienzos del XXI, con la vuelta de Chile a la democracia y el crecimiento económico, que el saldo migratorio vuelve a ser positivo configurándose así un nuevo patrón migratorio⁷. Desde ese momento hasta la actualidad, Chile ha sido foco de dos tipos de migraciones: por un lado, el regreso de las personas que habían sido exiliadas por razones políticas y, por otro, flujos migratorios provenientes de los países vecinos.

Este nuevo patrón migratorio ha recibido el nombre, por parte de las autoridades a cargo, de “Nueva Inmigración”⁸. Si bien este concepto puede ser poco adecuado para caracterizar el fenómeno, sí es cierto que el número de personas de procedencia regional se ha ido incrementando con cierta rapidez en los últimos diez años, lo que en un principio ha podido dificultar la comprensión del mismo.

A la par del fenómeno social, ha ido surgiendo el interés académico por parte de diversos investigadores e investigadoras sobre cómo se ha desarrollado este proceso. En este sentido, cabe destacar el trabajo realizado principalmente por Carolina Stefoni, Jorge Martínez, María Emilia Tijoux, Juan Miguel Petit e Iskra Pavez, entre otras y otros, quienes han intentado vislumbrar el proceso migratorio desde el enfoque de las sociedades globalizadas y transnacionales, primando entre ellos los estudios relativos al colectivo peruano por tener mayor representación en el país⁹, y donde se detectan por primera vez factores de feminización de la migración en Chile^{10 11}. Dichos autores y autoras abordan temáticas tales como la feminización de la migración peruana en empleos asociados a la reproducción social (trabajo

⁴ El marco jurídico de este proceso fue la promulgación de la Ley de inmigración selectiva del 18 de noviembre de 1845.

⁵ SERGIO GONZÁLEZ MIRANDA, *La presencia boliviana en la sociedad del salitre y la nueva definición de frontera*, en «Chungara, Revista de Antropología Chilena», Vol. 41, N° 1, 2009, pp. 71-81.

⁶ CLAUDIO BOLZMAN, *Los exiliados del cono sur dos décadas más tarde*, en «Nueva Sociedad», N° 127, Septiembre-Octubre 1993, pp. 126-135. Link: http://www.nuso.org/upload/articulos/2278_1.pdf

⁷ MARÍA EMILIA TIJOUX MERINO, *Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias*, en «Convergencia Revista de Ciencias Sociales» (Universidad Autónoma del Estado de México), N° 61, 2013, p. 98. Link: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/105/10524674004.pdf>

⁸ FELIPE HARBOE B, *Política Inmigratoria en Chile*, Ministerio del Interior, Santiago 2008, p. 3. Link: http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/seminario_migraciones_13_11_08.pdf

⁹ Según la Base de datos públicos de la CASEN 2011, del total de nacidos en el extranjero, el 40,1% son peruanos, 14,5% son argentinos, 8,1% colombianos, 6% bolivianos, 3,8% ecuatorianos, 3,5% estadounidenses y el 3% brasileños. (Datos obtenidos por elaboración propia).

¹⁰ Según la Base de datos públicos de la CASEN 2011, del total de extranjeros residentes en Chile, el 44,6% son hombres y el 55,4% mujeres. (Datos obtenidos por elaboración propia).

¹¹ CAROLINA STEFONI, *Inmigración peruana en Chile. Una oportunidad a la integración*, Capítulo IV, Editorial Universitaria-FLACSO, Santiago 2003.

doméstico, limpieza y cuidados)as, las leyes estatales que regulan el proceso migratorio, la discriminación étnica y racial, la segmentación y oportunidades en el mercado laboral, el impacto de las remesas en el país de origen, la expansión sociodemográfica de las comunidades extranjeras, el comercio ambulante, la situación jurídica de regularidad e irregularidad, etc. Todos ellos, acercamientos a la realidad migratoria en Chile provenientes de organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales y desde la academia.

La gran parte de estos estudios se realizan teniendo a las personas adultas migrantes como actoras principales del fenómeno. Todavía son pocos los estudios en Chile que abarcan la experiencia migratoria de las niñas, los niños y adolescentes migrantes en un contexto de derechos y bajo un marco de participación activa y política del sujeto en las diferentes etapas del proceso. En este escenario, el objetivo de este artículo es establecer un acercamiento al estado de la cuestión de la niñez migratoria en Chile teniendo presente como marco de referencia gran parte de la bibliografía existente en la materia, así como el marco internacional sobre los derechos del niño, niña y adolescente, particularmente el derecho a la participación, derecho a ser escuchado y a opinar libremente como derechos fundamentales que legitimizan el acceso a los demás derechos.

2. Las niñas y los niños migrantes en Chile: contextualizando sus condiciones de vida

Según la Encuesta CASEN 2011, el grupo etario mayoritario en Chile en relación a la población migrante oscila entre los 15 y 30 años ambos inclusive¹², lo que representa una caracterización propia de lo que se conoce mediáticamente como el estereotipo de “migrante económico”: persona que se desplaza de un país a otro para mejorar las condiciones de vida por medio del acceso al mercado laboral. En el caso de las niñas, los niños y adolescentes migrantes, estos conforman el 14% de la población total en situación migratoria. No obstante, es importante mencionar que Chile destaca por la feminización en el proceso migratorio debido a la alta demanda de personas que se ocupen de empleos asociados a la reproducción social (trabajo doméstico, limpieza y cuidado) por parte de la sociedad chilena. Dicho fenómeno trae a mediano y largo plazo un incremento en los procedimientos de reunificación familiar y, por consiguiente, una vez que la mujer trabajadora se encuentra asentada y estable, se produce la llegada de las hijas e hijos al país de acogida.

Se observa que el porcentaje correspondiente a la suma de las niñas y los niños de origen extranjero residentes en Chile nacidos en el extranjero y quienes han nacido aquí, es del 21% del total de extranjeros residentes en Chile. En cuanto a las nacionalidades o países de origen de las niñas, los niños y adolescentes migrantes residentes en Chile se observa que el grupo mayoritario proviene de Perú, patrón que también se cumple en el caso de las personas adultas migrantes¹³.

Un punto importante reside en la aplicación de resultados cuantitativos del fenómeno que enriquezcan el contenido recogido por medio de metodologías cualitativas (trabajo de campo, entrevistas, focus group, análisis de contenido). En este sentido, es preciso mencionar que aquí se utilizan los datos recogidos por la

¹² Según la Base de datos públicos de la Casen 2011 las personas de origen extranjero residentes en Chile según el grupo etario: el 14% tiene 14 años o menos, el 38,8% de 15 a 30, el 42,6% de 31 a 65 y el 4,6% más de 65 años. (Datos obtenidos por elaboración propia).

¹³ Según la base de Datos públicos CASEN 2011, se detectan las siguientes nacionales entre los menores de 15 años nacidos en el extranjero y residentes en Chile: el 37,2% peruanos, el 27% argentinos, 6,7% colombianos, 6,4% estadounidenses y el 4,5% bolivianos. (Datos obtenidos por elaboración propia)

Encuesta CASEN 2011, ya que ha sido cuestionada la veracidad de los datos provenientes del Censo 2012, como consecuencia de los acontecimientos recientes¹⁴. Debido a ello, resulta evidente que el Estado chileno tiene un largo camino que recorrer en el registro y sistematización del fenómeno migratorio en cuanto a la niñez migrante y, por otro lado, se insta paralelamente a que las investigadoras y los investigadores diseñen y apliquen herramientas cuantitativas que permitan una aproximación más específica al fenómeno en cuestión.

Por otra parte, y tomando como referencia el análisis de datos de la encuesta CASEN 2011, observamos que el índice de pobreza de las niñas y los niños migrantes, tanto nacidos en Chile como de segunda generación (aquellas niñas, niños y adolescentes que nacieron en Chile pero son de padre o madre extranjera) es del 15,4% en situación de pobreza no extrema y del 4,4% en situación de pobreza extrema¹⁵. Al considerar estos datos, se cae en cuenta que el índice de pobreza se asocia directamente a la vulneración de derechos de las niñas, los niños y adolescentes migrantes, pues se encuentran desarrollando su vida en condiciones no apropiadas para su desarrollo integral.

Así lo confirmarían también las características de la vivienda, según la CASEN 2011, aproximadamente un 7% de niñas y niños migrantes reside en menos de 30 m², cerca de la mitad viven en una vivienda con un tamaño de 30 a 60 m² y alrededor de un 40% reside en una vivienda de más de 60m². Este dato se explica ya que muchas de las viviendas en las que residen las familias migrantes en Santiago, Recoleta, Independencia y comunas como Estación Central, son caseríos antiguos o *cités* en donde comparte la residencia con otras familias de origen migrante, a veces se arrienda una habitación para todo el grupo familiar y, generalmente, deben compartir el uso de baños y cocinas.

Estas representaciones de las condiciones de vida de la infancia migrante en Chile constituyen un elemento más para analizar y reflexionar sobre la niña, el niño y adolescente como actor migratorio que viene a definir la complejidad del fenómeno desde las condiciones propias de una persona que se encuentra en la posición socialmente construida de la minoría de edad, lo que determina una posición de subordinación y mayor vulnerabilidad que las personas adultas, quienes se desplazan de un país, una cultura o una comunidad a otro país con otra cultura y donde deben volver a configurar su comunidad bajo un estado psicosocial, emocional y biológico determinado en un contexto adultocéntrico pendiente de la estabilidad económica del núcleo familiar¹⁶. Reflejo de ello, lo es también la presencia y movilidad de las niñas, los niños y adolescentes migrantes a lo largo del país, producto de la importancia de los nichos específicos de mercado en distintas regiones de Chile, en las que los adultos tutores ejercen laboralmente.

¹⁴ Denuncia realizada por el Centro de Investigación Periodística (CIPER) el 25 de abril 2013 lo que conllevó a la renuncia del Director del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Francisco Javier Labbé el 26 de abril 2012 y consiguiente retiro temporal de la publicación en línea de la base de datos del Censo 2012. Link: <http://ciperchile.cl/2013/04/25/el-director-del-ine-habria-manipulado-las-cifras-del-censo-2012/>

¹⁵ El Ministerio de Planificación define pobreza extrema como aquellos hogares cuyos ingresos son inferiores al mínimo establecido para satisfacer las necesidades alimentarias de sus miembros. Link: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_def_pobreza.php

¹⁶ ISKRA PAVEZ SOTO, *Migración infantil: rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile*, Tesis Doctoral, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona 2011. Link: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/79139/ips1de1.pdf;jsessionid=C195BF19EB0A28634568B93DDEA25813.tdx?sequence=1>

En esta línea, según **Nils Kastberg**¹⁷, Director Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, «dentro del fenómeno de la migración, se habla mucho de los aspectos positivos, como las remesas, o de los negativos, como la migración ilegal, y a menudo, se olvida el impacto que ésta produce en los niños, que de nuevo se hacen invisibles, por lo que se espera que, durante esta Conferencia, se pueda sacar a relucir con más contundencia el gran impacto que las migraciones tienen en la familia y, por ende, en los niños».

3. Las niñas y los niños migrantes como sujetos de derecho: marco jurídico en Chile

Al igual que todos los países del cono sur de América Latina, Chile ratificó en los años 90 la Convención de Derechos del Niño¹⁸ (en adelante Convención o CDN). Dicha Convención se rige por cuatro principios fundamentales, éstos son la no discriminación, la supervivencia, desarrollo y protección, el interés superior del niño y la participación. Estos dos últimos principios configuran a la niña, el niño y adolescente como sujeto activo y participativo de la realidad política, social y familiar que le rodea, teniendo derecho a expresar su opinión en las decisiones que le afecten y que sus opiniones sean tomadas en cuenta. Este principio se establece en la Convención como derecho a expresarse libremente y acceso a la información en los artículos N° 12 al N° 17, ambos inclusive. En el caso de las niñas, los niños y adolescentes migrantes se les aplica especialmente el derecho a la no discriminación establecido en los artículos N° 2 y N° 30 de la misma Convención. De esta forma se configura en Chile un marco jurídico de compromisos y deberes para y con las niñas, los niños y adolescentes migrantes residentes en el país. En esta línea, en 2000 el Estado chileno asistió a la X Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno cuya temática se rigió sobre la niñez y adolescencia como base de la justicia y equidad en el nuevo milenio, dando como resultado la denominada Declaración de Panamá¹⁹, en el artículo 8 de esta Declaración, los Estados

reconocemos la importancia fundamental de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho en nuestras sociedades y el papel rector y normativo del Estado en el diseño y ejecución de políticas sociales en beneficio de ellos y como garante de sus derechos, y reiteramos nuestro compromiso de construir las bases para el desarrollo pleno de sus potencialidades y su integración social, ante las oportunidades y retos que ofrece el mundo globalizado de hoy.

A partir de esta Declaración y en un contexto proclive, en Chile se crea en 2001 la Red Nacional de ONGs de Infancia y Juventud (ROIJ) configurada por 37 organizaciones de la sociedad civil bajo el objetivo estratégico de generar espacios de participación de las niñas, los niños y adolescentes. Asimismo, comienzan a surgir una serie de publicaciones nacionales e internacionales que permiten un acercamiento en temática de derechos de la niñez migrante en Chile y en la Región.

¹⁷ Comunicado UNICEF-OIT, *El Impacto de la Migración en la Infancia*, en el contexto de la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros, Ministras y Altos Responsables de infancia y adolescencia de 19 países de Iberoamérica, 6 y 7 de octubre de 2006, Uruguay 2006, p. 2.

¹⁸ MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, Decreto 830, firmado el 26 de enero de 1990 y publicado el 27 de septiembre de 1990, Fuente: Biblioteca Nacional del Congreso, acceso online: www.bcn.cl

¹⁹ Declaración de Panamá, *Unidos por la Niñez y la Adolescencia, Base de la Justicia y la Equidad en el Nuevo Milenio*, en contexto de la X Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países Iberoamericanos, 17 y 18 de noviembre de 2000, Panamá 2000. Link: <http://www.oei.es/xcumbredec.htm>

Entre estas publicaciones destacan el trabajo realizado por Cristian Doña²⁰ sobre los derechos de los familiares de trabajadores en condición migratoria; los estudios de Carolina Stefoni²¹, donde introduce reseñas en relación a la configuración de las familias peruanas como familias transnacionales; el trabajo monográfico de Ximena Póo²² en base a los imaginarios sobre inmigración peruana y particularmente, cómo se usa periódicamente el ingreso de niñas, niños y adolescentes migrantes en los centros educativos chilenos como un imaginario del éxito en el proceso de integración de este colectivo en la sociedad de acogida. En este mismo estudio, Ximena Póo²³ afirma que

la inmigración peruana y una mirada a la prensa de cobertura nacional son las elegidas para dar cuenta de una relación que llega a tensionar el concepto de ciudadanía de la migración y la interculturalidad desde la sospecha hacia un multiculturalismo que excluye. El enfoque que se propone aquí se detiene en la construcción de titulares que promueven desde la compasión paternalista hasta la criminalización del sujeto inmigrante, sugiriendo la importancia de desarrollar un debate serio y transdisciplinario sobre migraciones y prensa, donde la cuestión ética es clave en la instalación de una perspectiva intercultural y sujeta a la defensa de los derechos humanos.

Por otra parte, y centrado en un contexto regional, en el año 2009 se reúne un grupo de trabajo configurado por representantes de los Estados miembro, un representante de UNICEF y técnicos del Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente (en adelante INN), con el fin de establecer una aproximación al Marco de Referencia en relación a la participación de niñas, niños y adolescentes en la construcción de la ciudadanía y la incidencia en las políticas públicas. En esta instancia se estipula que el Marco de Referencia está fundamentado en un nuevo paradigma que considera a la niña, niño y adolescente como sujeto de derecho y con capacidades propias²⁴. Paralelamente, el mismo año se publican las Observaciones Generales N° 12 del Comité de los Derechos del Niño²⁵ donde se establece el derecho de toda niña, niño y adolescente a ser escuchado y expresar su opinión libremente. Esta acción es importante para entender el derecho a la participación de la niña, el niño y adolescente como sujeto activo y político en la sociedad que lo rodea y fundamental en cuanto a que le da legitimidad jurídica. En este sentido, y tal cual expresa el doctor Noberto I. Liwski²⁶.

saber cuál ha sido la opinión del niño respecto al desplazamiento -decisión que transforma radicalmente su vida- es primordial para poder pensar en forma integral la satisfacción o

²⁰ CRISTIAN DOÑA, *Breve reseña y análisis de la Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de todos los trabajadores Migratorios y sus Familias*, publicado en el año 2003 por OIM Chile.

²¹ Op. Cit. y CAROLINA STEFONI, *Inmigración y ciudadanía: la formación de comunidades peruanas en Santiago y la emergencia de nuevos ciudadanos*, Editorial Universitaria-FLACSO, Santiago 2004.

²² XIMENA PÓO, *Imaginarios sobre inmigración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia*, en Revista «F@ro», N° Monográfico del 2009, del Departamento de Ciencias de la Comunicación y de la Información de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Playa Ancha.

²³ *Ibid.*, p. 1.

²⁴ INN, *El principio de participación de niños, niñas y adolescentes. Aproximaciones hacia la construcción de un Marco de Referencia*, Grupo de trabajo para la consulta preparatoria, Quito (Ecuador) 2009.

²⁵ Observaciones Generales N° 12 del Comité de los Derechos del Niño, 51° periodo de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio 2009.

²⁶ NOBERTO I. LIWSKI, *Migraciones de niños, niñas y adolescentes bajo el enfoque de derechos*, Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos, Comisión Especial de Asuntos Migratorios, Foro Especial sobre Asuntos Migratorios, Washington (DC) 17 de abril de 2008, p. 1.

vulneración de otros derechos. El derecho a ser oído y que sus opiniones sean tenidas en cuenta estructura la lógica del sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Desde este marco internacional, el estudio así como los procesos de intervención con niñez migrante en Chile adquieren una perspectiva más integral sobre la complejidad misma del fenómeno y, por tanto, un reto mayor para aquellas investigadoras e investigadores que deciden abarcar la temática. Asimismo, establece deberes y corresponsabilidades para el Estado chileno como miembro partícipe de la OEA, sobre el diseño y aplicación de herramientas y metodologías que propicien tales derechos. En el siguiente apartado se desarrolla una aproximación al estado del arte sobre la investigación en torno a las niñas, los niños y adolescentes migrantes en Chile a partir de algunos estudios publicados en la materia.

4. Las niñas y los niños migrantes en Chile como sujetos en las investigaciones: aproximación hacia un estado del arte

Partiendo por la deconstrucción de la categoría “niña, niño y adolescente migrante”, se observa que según el marco jurídico chileno una niña, niño y adolescente es migrante cuando ha nacido en otro país y ha venido a residir a Chile, ya sea a través de un programa de reunificación familiar o bien porque emigró desde un principio junto con su familia a buscar nuevas oportunidades. También son migrantes quienes nacen en Chile de madres y padres extranjeros, dentro de esta definición se aplica inadecuadamente el concepto de hija o hijo de migrante transeúnte en aquellos casos donde la madre o el padre de la niña o niño migrante se encuentren en situación jurídica de irregularidad en el país²⁷. Desde este enfoque, las niñas, los niños y adolescentes migrantes son sujetos normativizados por la política interior del país. No obstante, el conflicto se produce cuando esta regularización de las niñas y los niños migrantes limita su acceso a los servicios básicos en igualdad de oportunidades que las niñas y los niños nacionales y, por consiguiente, vulnera sus derechos establecidos en la Convención, así como las medidas generales de aplicación de dicha Convención²⁸.

Concluyendo, este marco jurídico sobre migración y niñez en Chile es limitado para plasmar la complejidad misma del fenómeno y, por tanto, poder establecer un marco de acción acorde a las normativas internacionales, se profundiza a continuación en los estudios académicos existentes hasta el momento.

Si bien hay diversas publicaciones sobre niñez y migración en otros países (como es el caso de Estados Unidos, España o Francia), en Chile propiamente tal, es un campo naciente que recién a comienzos del siglo XXI está dando sus primeros pasos. En esta línea, la doctora María Emilia Tijoux²⁹ en su investigación FONDECYT afirma que el estudio sobre la migración de las hijas e hijos de personas migrantes peruanas en Chile es un fenómeno nuevo, desde un principio se ha invisibilizado por el interés político y económico de estudiar la migración como fenómeno entre personas adultas, recién están surgiendo las niñas y los niños migrantes como actores

²⁷ PAVEZ SOTO, *Migración infantil*, cit.

²⁸ Observaciones finales del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares a Chile, 15º período de sesiones, 12 a 23 de septiembre de 2011, observaciones número 30, 33, 34 y 35. Código de consulta: CMW/C/CHL/CO/1.

²⁹ MARÍA EMILIA TIJOUX-MERINO, *Vida cotidiana de niñas y niños hijos de inmigrantes peruanos en los espacios sociales escolares: capitales, tácticas y estrategias para la integración en Chile*, 2011, p. 86. FONDECYT REGULAR N° 1110059.

concretos del proceso en su inserción social y escolar cotidiana en Chile.

Un diagnóstico similar hizo anteriormente la investigadora Carolina Stefoni³⁰ destacando en la introducción de su investigación sobre inserción escolar de las niñas y los niños migrantes, que la migración en Chile es un tema que recién está despertando el interés de investigadoras e investigadores sociales, no obstante, su inserción en el sistema escolar hasta ahora ha sido un aspecto poco abordado. Siguiendo este estudio, Carolina Stefoni plantea el proceso de integración como uno de los desafíos que enfrenta el sistema escolar chileno, especialmente en sectores con alta densidad de población migrante. Asimismo, define la integración como un proceso que avanza en cuatro dimensiones, una de carácter estructural, otra cognitivo-cultural, una social y otra identitaria.

En este punto es donde confluye la categoría de niñez migrante y la definición de un marco de referencia para el diseño de metodologías de intervención. En el caso chileno, los estudios existentes abarcan mayoritariamente dicho marco de referencia desde un enfoque sociológico, planteándose, por ejemplo, como objetivos de estudio «comprender y analizar la vida cotidiana de las niñas y los niños hijos(as) de inmigrantes peruanos, en los espacios sociales de las escuelas donde cursan enseñanza básica»³¹, utilizando para ello la observación etnográfica, entrevistas en profundidad y “mapas parlantes”³². En relación a dicho estudio, Tijoux³³ afirma que se configura un *habitus* particular producto de una socialización que funde el estigma con el deseo de integración en base a la discriminación que cotidianamente viven las niñas y los niños que son hijas e hijos de migrantes peruanos en Chile, como producto de la condición social y el origen de sus madres padres. Asimismo, se confirma en este estudio que las personas migrantes, principalmente las mujeres, llegan en una primera instancia a trabajar y posteriormente, trajeron a sus hijas e hijos o constituyeron aquí una familia. En esta realidad y debido a las complejas situaciones vividas por sus madres y padres, las niñas y los niños migrantes han debido enfrentar el rechazo, la discriminación y el racismo que los convierte hoy en día en actores singulares de sufrimientos que precisan ser develados por ellas y ellos mismos³⁴.

Desde el enfoque de la Sociología de la infancia, entendida ésta como una subdisciplina sociológica capaz de concebir a las niñas, los niños y adolescentes como actores sociales activos y participativos en el mismo proceso de investigación, Iskra Pavez Soto es una de las autoras pioneras en instaurar dicha subdisciplina en el estudio de la niñez y migración en Chile. Pavez Soto³⁵ analiza en su tesis doctoral el fenómeno de la participación de las niñas y los niños en los procesos migratorios, desde una perspectiva de género, destacando la inclusión de categorías como “clase

³⁰ CAROLINA STEFONI, ELAINE ACOSTA, MARCIA GAYMER Y FRANCISCA CASAS-CORDERO, *Niños y niñas inmigrantes en Santiago de Chile. Entre la integración y la exclusión*, OIM-Universidad Alberto Hurtado, Santiago 2008, p. 4.

³¹ Suárez Dery Lorena y Molina Paloma, *Niños y niñas de origen peruano en Santiago: un acercamiento desde las voces que configuran los espacios sociales*, ponencia presentada en el VII Congreso Chileno de Sociología y Encuentro Pre-ALAS realizado en Pucón, Chile en el 2012, p.1.

³² “Mapas parlantes” es una herramienta técnica-metodológica proveniente de la geografía humana. Permite mediante el dibujo individual y colectivo conocer las significaciones, vivencias, y percepciones que los sujetos, en este caso los niños y las niñas, le otorgan al espacio social, político, geográfico, e histórico en el que están insertos. Como herramienta permite facilitar el proceso comunicativo entre los investigadores y los sujetos, al fomentar los discursos sobre la vida cotidiana de nuestros sujetos de estudio.

³³ TIJOUX MERINO, Op. Cit.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ PAVEZ SOTO, *Migración infantil*, Op. Cit., p. 20.

social” o la de “generación” y como estas categorías se relacionan con el proceso migratorio que viven las familias y en especial, las niñas y los niños, destacando la construcción social de estos como migrantes. Por consiguiente, destaca en este estudio la aplicación de conceptos tales como segundas generaciones de migrantes, filiación transnacional, reunificación familiar, feminización de la migración, etc., reconociendo en todo el proceso investigativo a la niña, el niño y adolescente como «agentes sociales con una voz propia y la capacidad de reflexionar sobre sus vivencias»³⁶. Asimismo, esta autora desvela el rol que juegan las niñas y los niños en el proceso migratorio, en general lo describe como «una posición subordinada en la estructura generacional de la sociedad y de las familias, dado que normalmente las opiniones y decisiones sobre las cuestiones migratorias circulan entre las personas adultas, donde ellas y ellos sólo deben “asumirlas”»³⁷.

En el contexto chileno es relevante mencionar la colaboración del Colectivo Sin Fronteras³⁸ (2004, 2007) y sus aportes en materia de derechos de las niñas, los niños y adolescentes migrantes en Chile. Destacan principalmente sus esfuerzos por instaurar el debate en la agenda pública a través de la coordinación de diversos seminarios que han permitido el intercambio y la construcción de conocimiento en materia de derechos y también de políticas públicas, integración e interculturalidad de la niñez migrante en el país, entre ellos caben destacar el seminario *Chile País de Acogida: Desafíos y propuestas en infancia, migración e interculturalidad* (2009); el diálogo ciudadano *Independencia Comuna Intercultural* (2006) y el seminario *niños y niñas migrantes Políticas Públicas, Integración e Interculturalidad* (2006).

En cuanto a otras autoras y autores que han contribuido hasta este momento en la configuración de un marco de referencia en relación a la niñez migrante en Chile destaca, desde la sociología del cuerpo, el acercamiento sobre el impacto de las representaciones sociales de las y los migrantes en la escuela³⁹. Este estudio determina los aspectos que establecen las relaciones negativas al interior del centro escolar y que obstruyen el reconocimiento de la Otra y el Otro. En esta línea, otra autora⁴⁰ presenta los resultados de un estudio de caso sobre una escuela municipal del centro de Santiago, los cuales le permiten aproximarse a una relación entre las prácticas sociales que se generan al interior de la escuela y la violencia simbólica que se ejerce al normalizar y disciplinar los cuerpos de las niñas, los niños y adolescentes migrantes.

Otro estudio a remarcar, es el de Juan Miguel Petit⁴¹, quien se acerca a la niñez migrante desde su rol en el núcleo familiar y en cómo lo que sucede en dicho núcleo

³⁶ *Ibid.*, p. 275.

³⁷ ISKRA PAVEZ SOTO, *Los derechos de los niños y niñas migrantes en Chile*, en «El Observador», Servicio Nacional de Menores (SENAME), Gobierno de Chile, N°. 6, 2012, p. 63. Link: http://www.sename.cl/wsename/OBS6/El-Observador-6_82.pdf

³⁸ Colectivo Sin Fronteras es una Corporación de investigación y desarrollo de la sociedad y las migraciones que se preocupa por el contexto de gran vulnerabilidad de niños y niñas migrantes que vienen a residir a territorio chileno. Especialmente niños y niñas provenientes de países andinos como Perú, Ecuador, Bolivia, entre otros.

³⁹ RICARDO BRAVO, *Inmigrantes en la escuela chilena: ciertas representaciones para ciertas políticas en educación*, en «Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva», Vol. 6, N° 1, 2012, pp. 39-52.

⁴⁰ CLAUDIA M. CARRILLO SÁNCHEZ, *Migración y educación: el lenguaje corporal en la inclusión escolar*, actas del 1er encuentro latinoamericano de investigadores sobre cuerpos y corporalidades en las culturas efectuado en Rosario (Argentina), 2012, p. 2, publicado por la Red de Antropología del Cuerpo, ISBN-13: 978-987-27772-2-5.

⁴¹ JUAN MIGUEL PETIT, *Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, sus familias y sus derechos*, Serie de Población y Migración, N° 38, CELADIE-BID, Santiago de Chile 2003.

impacta en las hijas e hijos como sujetos inactivos de un proceso que no han decidido.

Finalmente, se vislumbran una serie de tesis de pre y postgrado y diversos trabajos de investigación desde el campo de la sociología, psicología, antropología, derecho, comunicación social e historia⁴², entre otras, que intentan abarcar la complejidad de la niñez migrante configurando lo que sería un primer marco de referencia en la temática, no obstante aún son pocos los estudios al respecto así como el diseño de metodologías de investigación que abarquen a las propias niñas, niños y adolescentes migrantes como sujetos partícipes y con derecho a debatir, opinar y ser escuchados sobre la realidad que les acontece desde el inicio del desplazamiento del núcleo familiar, así como durante las otras etapas del proceso tales como el viaje, la llegada al país de destino y el proceso de inserción en la sociedad de acogida y entre sus pares.

Por último, es necesario enfatizar que las investigaciones más representativas realizadas en Chile, ya descritas y que dan luces para entender el proceso de incorporación de la infancia migrante en el país de acogida, recogen la opinión y la participación de las niñas y los niños de diversas maneras, a veces de modo directo (preguntándoles a ellas y ellos) y otras, indirecto (consultando a las persona adultas que acompañan la vida infantil, tales como docentes, madres, padres, etc.). Todo ámbito de reflexión sobre la forma en que es incorporada la infancia migrante por las instituciones es relevante, desde el punto de vista de los paradigmas que subyacen a la metodología que se utiliza en la investigación social sobre la infancia migrante. En este sentido y a partir de una mirada teórico-metodológica centrada en la situación infantil, interesa conocer también la forma en que la propia infancia migrante percibe que se incorpora a la sociedad chilena y los mecanismos institucionales que lo permiten. Es decir, oyendo la propia voz infantil sobre estos asuntos. Por ello resulta de suma importancia reflexionar acerca de las metodologías utilizadas por las investigadoras y los investigadores sociales para conocer la realidad de la infancia migrante en Chile. En otras palabras, llamémoslo el ejercicio del derecho que tienen las propias niñas y los niños a opinar y participar en una investigación que se trata justamente de situaciones que les afectan. Esto implica un proceso de meta-análisis donde importa investigar tanto el reconocimiento de derechos como la vulneración de éstos; a la vez que se realiza un ejercicio investigativo que debele lo mismo, pero con las niñas, niños y adolescentes migrantes participantes en la propia investigación.

Esta perspectiva metodológica se nutre de los lineamientos teóricos que propone Lourdes Gaitán en su libro *Sociología de la Infancia*⁴³, en donde además de comprender la construcción social de la niña y el niño como actores sociales activos dentro de la sociedad, propone en términos simples que las investigaciones no solo se realicen *sobre* la infancia, sino también *con* la infancia, pues es la forma correcta de comprender cómo experimenta el sujeto infantil una realidad determinada.

⁴² DERY LORENA SUÁREZ, *Jugando y construyendo identidades en el patio de recreo etnografía en una escuela con niños/as hijos/as de inmigrantes y niños/as chilenos/as*, Tesis de Departamento de Psicología de la Universidad de Chile 2010; MARÍA PÍA HEVIA KALUF, *Niños Inmigrantes Peruanos en la Escuela Chilena*, Tesis de Antropología Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile 2009; ROLANDO POBLETE, *Educación intercultural: teorías, políticas y prácticas. La migración peruana en el Chile de hoy. Nuevos escenarios y desafíos para la integración*, Tesis Doctoral, Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (España) 2006.

⁴³ LOURDES GAITÁN, *Sociología de la Infancia*, Síntesis, Madrid 2006.

Esto es posible en la medida que observamos a las niñas y los niños efectivamente como actores de su propia realidad y, por tanto, desbaratamos la concepción adultocéntrica sobre la infancia. Concepción que se encuentra arraigada y naturalizada en la sociedad chilena, incluso para las investigadoras y los investigadores no será un trabajo fácil desmarcarse de ella; sin embargo, es el camino que observamos, por ahora, para trabajar efectivamente con la infancia y facilitar las condiciones para que ejerzan el derecho a opinar y participar de la reflexión de su propio proceso y experiencia migratoria. De este modo, las investigadoras e investigadores podremos conocer otras ideas, las de las niñas y niños, más allá de nuestras ideas preconcebidas.

5. Las niñas y los niños migrantes en Chile como actores en la intervención social: apuntes desde los modelos de acción

Paralelamente a la construcción de un marco de referencia en relación a la niñez migrante en Chile, se detectan determinadas publicaciones que describen procesos de intervención, concretamente, el proceso de inserción de la niña, el niño y adolescente migrante en un centro educativo. Entre estas publicaciones destacan estudios focalizados en la conocida Escuela República de Alemania donde se ha implementado un programa de integración producto de la existencia de un elevado número de niñas, niños y adolescentes migrantes. En este estudio⁴⁴ se ha podido plasmar este proceso usando como método de estudio los discursos y las prácticas sociales que desarrollan los estudiantes migrantes peruanos de quinto básico, sus madres, padres, profesoras y profesores. Otro estudio⁴⁵ en esta misma línea, consistió en la observación y registro de la experiencia de las y los estudiantes de séptimo básico en la introducción, por primera vez, del curso “Historia, geografía y ciencias sociales de Sudamérica”. Los resultados de este registro posteriormente fueron presentados en el Coloquio Interamericano sobre Educación en Derechos Humanos como producto de un arduo trabajo de innovación curricular adecuado a los cambios en la comunidad escolar y como praxis de una metodología de intervención en el proceso de integración de las y los migrantes al sistema educativo formal y la comprensión, por parte de las y los nacionales, de la migración como realidades permanentes y positivas⁴⁶.

Otro proyecto de intervención del que hay registro es el desarrollado con la comunidad inmigrante del Barrio Juárez Larga, en la comuna de Recoleta⁴⁷. Este proyecto se ejecutó a lo largo de dos años en una comunidad migrante en situación de vulnerabilidad con serios problemas habitacionales y de vivienda ligados al hacinamiento e higiene, entre otros y que tuvo por objetivo intervenir en el proceso de convivencia barrial con el fin de mediar entre las familias, y apuntar en acuerdos sobre el uso de las instalaciones y espacios habitacionales. Para ello, el proyecto

⁴⁴ PAVEZ CARRASCO ET AL., *Estudio Cualitativo: Experiencia de Integración Socio-educativa de los Niños y Niñas Inmigrantes Peruanos al Interior del Colegio Alemania*, Tesis UCSH. s/editorial, 2006, p. 97.

⁴⁵ LUCÍA ALVITES S., RICARDO JIMÉNEZ A., *Niños y niñas migrantes, desafío pendiente. Innovación educativa en escuela de Santiago de Chile*, en «Synergies Chili», N° 7, 2011. Link: <http://ressources-cla.univ-fcomte.fr/gerflint/Chili7/alvites.pdf>

⁴⁶ BERNARDITA SALINAS, HÉCTOR PEZO A Y RICARDO JIMÉNEZ, *Experiencias didáctico- metodológicas para trabajar temas emergentes en la escuela: Niños y niñas migrantes, desafío educativo pendiente en Chile. práctica pedagógica en educación en derechos humanos y migrantes en educación básica*, Instituto Nacional de Derechos Humanos, Santiago 2012.

⁴⁷ CAROLINA HUATAY Y RICARDO JIMÉNEZ (Comp.), *Construyendo comunidad. Intervención psicosocial en la comunidad inmigrante Barrio Juárez Larga, comuna de Recoleta, Santiago de Chile, 2007-2009*, OIM-PROANDES, Santiago 2010.

contribuyó con una campaña de afiches y volantes, diseñados especialmente para la intervención y focalizada únicamente en la comunidad donde se entregaba, en códigos culturales pertinentes y de manera pedagógica, mensajes sobre mejoramiento de conductas de aseo, higiene y, en general, compromiso con el uso y cuidado del espacio familiar, comunitario, vecinal y público. Un gran aporte en el proceso fue potenciar medidas de sustentabilidad de la intervención por medio de la promoción sobre la postulación al subsidio habitacional estatal para adquirir la vivienda propia.

En esta línea se detectan otras intervenciones con la población migrante y, en particular, con las niñas, los niños y adolescentes, por parte de las organizaciones sociales. Entre ellas destaca el Programa de interculturalidad de la organización Ciudadano Global dirigido fundamentalmente a hijas e hijos de migrantes peruanos y haitianos⁴⁸; el trabajo con la comunidad escolar por parte de la Oficina de Migrantes y Refugiados de la comuna de Quilicura como institución mediadora entre el colegio y los migrantes y refugiados provenientes mayoritariamente de Haití⁴⁹; el programa de Escuelas Amigas de los Derechos Humanos en Quilicura promovido por Amnistía Internacional⁵⁰; sumado a ello «Los niños y adolescentes del proyecto Artencuentro participaron recientemente en un taller acerca de los derechos de los niños, en el marco del “Llamamiento Mundial para una Nueva Movilización a favor de la infancia” coordinado en Chile por la Vicaría de Pastoral Social y de los Trabajadores»⁵¹ dirigido a niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes jóvenes. Todos estos proyectos de intervención tienen por objetivo promover los derechos de las niñas, los niños y adolescentes migrantes y refugiados en Chile a fin de fortalecer las redes comunitarias y el empoderamiento desde la niñez. No obstante, se detecta que en el diseño de dichos proyectos no se ha tenido en cuenta desde un principio el involucramiento de las niñas, los niños y adolescentes migrantes y refugiados como sujetos activos del proceso y del éxito y continuidad del mismo. En relación a ello, cabe destacar como herramienta para aplicar el derecho a la participación en el diseño y proceso de intervención con niñez, el Menú de Indicadores y Sistemas de Monitoreo del Derecho a la Participación publicado por el Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente⁵². Dicho manual⁵³ puntualiza la relevancia de los indicadores en tres áreas:

- *Estructurales*: información acerca de la presencia del derecho a la participación a nivel de la legislación nacional y local como indicador del compromiso de los Estados parte de promover y proteger al efectivo ejercicio del derecho a la participación.
- *De proceso*: busca medir la integralidad y continuidad, el alcance, la cobertura, las formas y los contenidos de las estrategias, planes, programas, actividades y

⁴⁸ VERÓNICA CANO CHRISTINY, *En las Fronteras de la Movilidad Humana*, en «Revista Jesuitas Chile. Servicio Jesuita a Migrantes», N° 16, 2011, p. 12.

⁴⁹ EMILIO UGARTE, Entrevista a Yamile Carrera, coordinadora de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de Quilicura, en «Revista Sur», 2013. Link: <http://www.revistasur.cl/2013/02/yamile-cabrera-hace-falta-una-mirada-migratoria-mas-inclusiva/>

⁵⁰ MARJORIE HUAQUI, *Iniciativas de Educación Indígena e intercultural en Chile*, Registro de iniciativas, Plataforma de Inclusión Social y Equidad en la Educación, p. 5. Link: <http://www.isees.org/file.aspx?id=7141>

⁵¹ Talleres para refugiados - Vicaría de Pastoral Social. Link: <http://tallerescvicaria.blogspot.com/>

⁵² INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE, *Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes*, 2010. Link: http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/Menu_Indicadores_y_sistema_monitoreo.pdf

⁵³ *Ibid.*, p. 8.

acciones de devolución que se llevan adelante para promover el efectivo ejercicio del derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes.

- *De impacto*: se busca medir si la participación de los menores fue efectivamente tomada en cuenta y si se produjeron cambios y transformaciones en las niñas, los niños y adolescentes y en las personas adultas, en cada ámbito, producto de la participación.

Cabe destacar que para la elaboración de este Manual se recibieron aportaciones del Estado chileno en la materia. No obstante, no se observa la aplicación específica de dicho Manual a la realidad de la niña, el niño y adolescente migrante, quedando pendiente este desafío.

En otro ámbito, asociado al tema en cuestión de la intervención, observar la infancia migrante como actores y actoras en la intervención desde el marco de la globalización otorgaría al trabajo mismo una mirada más integradora y comprensiva del fenómeno como tal y permitiría a su vez, deslindar un fenómeno en su propio contexto de movilidad e intercambio cultural. Dado que la integración de la niñez y adolescencia inmigrante no se circunscribe únicamente a un territorio delimitado por un Estado-nación, también se debe visualizar desde una dimensión transnacional. Es decir, a través de la participación en actividades llevadas a cabo a través de las fronteras nacionales con sus lugares de origen y conformando campos sociales transnacionales⁵⁴.

De acuerdo con Levitt⁵⁵, las niñas, los niños y adolescentes inmigrantes están influenciados por diversos referentes identitarios y culturales; transitan y articulan constantemente sistemas de valores diversos y contradictorios, provenientes de sus países de origen y del lugar de destino. Esto sucede porque la niñez a nivel global participa de un espacio social transnacional que conecta territorios y grupos sociales divergentes, a través de las tecnologías de la información y comunicación. Por lo tanto, la integración de las niñas y los niños migrantes también contempla esta dimensión transnacional al reconocer las características culturales e históricas de la infancia contemporánea, entendida como una generación social⁵⁶.

6. Conclusiones

Este breve acercamiento al estado del arte sobre la bibliografía existente en temática de niñez migrante en Chile, así como la reseña al marco internacional que avala el derecho a la participación de las niñas, los niños y adolescentes migrantes y el derecho a ser escuchados y que sus opiniones sean tenidas en cuenta, es posible concluir algunos puntos importantes.

En primer lugar, reiterar la importancia que la Convención sobre los Derechos del Niño tiene sobre el Estado chileno como tratado internacional vinculante una vez ratificado, y en concreto, la relevancia que conlleva el derecho a la participación como mecanismo que asegura la protección integral de las niñas, los niños y adolescentes en Chile, en especial quienes se encuentran en situación migratoria.

El fenómeno migratorio en Chile está en un proceso de cambio debido a la configuración misma del colectivo migrante por ser, con respecto a otras épocas, de

⁵⁴ NINA GLICK, LINDA BASCH Y CHRISTIAN SZANTON-BLANC, *Towards a definition of transnationalism. Introductory remarks and research questions*, en *Towards perspective on migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*, New York Academy of Sciences, Nueva York 1992.

⁵⁵ PEGGY LEVITT, *Els Reptes socioeducatius d'immigrants des d'una perspectiva transnacional*, Fundació Jaume Bofill, Barcelona 2007, pp. 9 y 13; ÍD., *Roots and Routes: Understanding the Lives of the Second Generation Transnationally*, en «Journal of Ethnic and Migration Studies», 35 (7), 2009, p. 1226.

⁵⁶ Íbid., p. 1229.

origen fundamentalmente latinoamericano y con una mayor presencia de mujeres. Ello justifica que en el ámbito de la investigación aún sea un área emergente de estudio y, por consiguiente, no es sorprendente que las investigaciones sobre la situación específica de niñas, niños y adolescentes migrantes se encuentre en una etapa naciente, que recién comienza a consolidarse. Además, se observa que hay pocas investigadoras e investigadores dedicados directamente al tema y, específicamente, se vislumbra que estas y estos profesionales provienen de un gran variedad de disciplinas dentro de las ciencias sociales, entre ellas destaca la sociología, trabajo social, antropología, psicología, historia, derecho, pedagogía y comunicación social. Este hecho tiene su origen en la complejidad misma del fenómeno y la necesidad de un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario para poder acercarnos a su estudio.

Por otro lado se detecta una limitación en el estudio de la niñez migrante en Chile en cuanto respecta a la sistematización de experiencias de intervención con dicha población; la focalización de los estudios en el centro escolar como espacio de inserción, dejando abierta la posibilidad de abarcar otros espacios tales como los centros de salud (consultorios), las parroquias, las plazas, parques y espacios deportivos, entre otros; y el estudio centralizado mayoritariamente sobre la población de origen peruano, probablemente por ser el grupo extranjero con mayor presencia. No obstante, hay otros colectivos como el de origen haitiano o aquéllos de origen asiático de los que apenas hay estudios debido posiblemente a la barrera idiomática.

En esta línea, asimismo se afirma que los estudios sobre intervención con niñez migrante en Chile están centrados únicamente en el proceso de inserción en la sociedad de acogida, no atendiendo a las otras etapas del proceso migratorio, entre ellas, el traslado, la ruptura con el país de origen y su estancia en el país de origen bajo la categoría de hija o hijo de migrantes, desde un enfoque transnacional.

Paralelamente, llama la atención la ausencia de publicaciones provenientes desde el gobierno y asimismo, la falta de referencias a políticas públicas estatales dirigidas a la niñez migrante en los trabajos de las distintas investigadoras e investigadores.

Por último, cabe remarcar que aún queda camino por recorrer en cuanto al acercamiento al fenómeno migratorio de la niñez acorde al desarrollo conceptual y referencial internacional en materia de derechos de las niñas, los niños y adolescentes; en particular, bajo el derecho a la participación para la construcción y legitimización de un marco teórico adaptado a la realidad en Chile y el desarrollo paralelo de metodologías de intervención que propicien el acceso y pongan en práctica dicho derecho.

Child protection in Chile: towards a rights' perspective¹

Carolina MUÑOZ-GUZMÁN

Pontificia Universidad Católica de Chile

Abstract

This article reviews main developments of Chilean social care services for children, with emphasis on the influences in Chile of the frameworks coming from developed countries. Especial attention is given to influences from American legal system, as well as European main developments of social protection. The analysis describe main changes through the time as well as main challenges brought by new emphasises in current Chilean social policy for children.

Keywords

Children's rights; family; social irregularity

Resumen

Este artículo revisa los principales hitos del desarrollo del sistema de protección a la infancia en Chile, enfatizando las influencias de perspectivas de países desarrollados. Especial atención es dada a las influencias del sistema legal Americano así como los principales desarrollos de la protección social de niños y niñas en Europa. El análisis describe los principales cambios en el tiempo en el sistema de protección así como los nuevos énfasis de la nueva política social Chilena para la infancia.

Palabras clave

Derechos de los niños; familia, irregularidad social

1. Introduction

This article reviews main developments of Chilean social care services for children, with emphasis on the influences in Chile of the frameworks coming from developed countries. The original inspirations for social policy for children in Chile were the ideologies and legal reforms in industrialised countries, in particular, the American Juvenile Court and Reformatory System, as well as similar trends in Europe, namely, a tutelary system with a strong role for the state, and an interest in protecting social order so that the social structure remains stable.

Today, the system of social care for children faces the discourse of children's rights, embraced in Chile from 1990 onwards by the new democratically elected government after the military dictatorship of General Augusto Pinochet. The same coalition of political parties governed the country for almost 20 years until the opposition won in 2009, and dominated policy definitions and public rhetoric. Yet its influence on services provided to children and families appears negligible when measured by direct observation².

The article presents, first, a contextual description of the country, to help the reader in understanding the historical and social context where social protection is studied; then the original frameworks guiding the development of the Chilean social care system is exposed, to describe then, the main components of the social policy for children, concluding with the challenges Chile faces today.

¹ Artículo basado en investigación Fondecyt Número 1131128 JUICIO PROFESIONAL Y TOMA DE DECISIONES SOBRE FAMILIAS CON NECESIDADES COMPLEJAS.

² ANA MARÍA FARÍAS, *El difícil camino hacia la construcción del Niño como sujeto de derechos*, en «Revista de Derechos del Niño», 2, 2004.

2. Chile, the context of the policy for children

Chile is located in the Southern Cone of South America, bordering the South Pacific Ocean, South of Peru and West of Argentina. It has been commonly considered an archetype of privatisation and neoliberal economic and social policies as strategies for economic growth and social equity³. However, the neoliberal model of development has increased long-standing forms of social and economic stratification, negatively affecting the perception of economic and social security, equity and trust among Chilean^{4 5}. According to Marcus⁶ Chile's labour market is organised roughly in two segments: permanent, more skilled, and better paid employees, and temporary, less skilled and poorly paid workers. These differences underlie a persistence of inequity in access to social security and health insurance (services privatised in the 1980s) for a group of the population, since access is mediated by permanent and formal employment. The poorest segments in Chilean society, thus, are users of the lower cost and lower quality social services provided by the state.

Demographic data and information about governmental social spending is presented below with the aim of helping readers contextualise this research. The last census was carried out in Chile in 2012, but its final official results are not yet available. Official figures from the 2002 census indicate a population of 15,116,435 inhabitants, with a rate of population growth of 1.2 people for each hundred inhabitants (while in the 1982-1992 decade the average annual growth was 1.6). This figure puts Chile among of the countries with weakest population growth in Latin America, compared to a regional average for Latin America and the Caribbean of around 8 percent growth^{7 8}. Most of the population (86%) lives in urban areas; a trend produced by population displacement as well as accelerated urbanisation. The population is greatly concentrated in the central region of the country, with 40% inhabiting the Metropolitan Region of the capital city, Santiago.

This high concentration reflects a tradition of strong centralisation: the main political and business decisions are made in Santiago. The neo-liberal economic model put in place since the late 1970s led to a concentration of production, investment, and consumption in the Metropolitan Region of Santiago, further pressing towards the demographic concentration of the metropolis. The "Assessment of Decentralisation Processes", commissioned by the Chilean government in 2000, pointed to political factors influencing the tendency to centralisation: the unitarian (as opposed to federal) form of the State favours national policies over regional variation. The regional authorities are designated by the central government, instead of being elected by universal suffrage within the region, and are primarily responsible for managing national programs and services in their jurisdictions, follow central government guidelines and instructions.

A second political factor buttressing centralisation is the presidential (as opposed to parliamentary) character of the political regime. The president is elected directly by the electorate, to an office endowed with the executive power, and to legislative

³ BENNY CHARLES MARCUS, *Growth without equity: inequality, social citizenship, and the neoliberal model of development in Chile*, Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of the University of Texas at Austin (United States) 2004, p. 337.

⁴ *Ibid.*

⁵ UNDP, *Desarrollo Humano en Chile. El poder: ¿Para qué y para quién?*, Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, Santiago (Chile) 2004.

⁶ MARCUS, *Growth without equity*, cit.

⁷ INE, *Censo 2002, Síntesis de resultados*, INE, Santiago (Chile) 2003.

⁸ PRB, *2011 World population data sheet*, PRB, Washington (United States) 2011; JEFFREY L. PRESSMAN, AARON WILDAVSKY, *Implementation*, University of California Press, California (United States) 1973.

functions that equal in importance those of Congress. Political parties and all national and highly centralised as well. From a legal point of view, the Chilean Constitution (1980) distinguishes between government and administration. Only the latter is legally susceptible of decentralisation.

Turning now to quality of life indices, measures of economic growth show large and sustained progress for the past 30 years, way above the Latin American average. The increase in the size of Chile's economy has helped reduce poverty. The estimation of the magnitude of poverty in Chile, as in most of Latin American countries, is based on identifying poor households whose income is lower than a certain poverty line. The poverty line is set at the monetary value of the goods and services needed to satisfy essential needs. In Chile, economic growth and social policy in the period from 1990 to 2009 reduced poverty from 38.6% of the population to 15.7%⁹. This figures put 2.5 million Chileans in situation of poverty, and over 600 thousand in extreme poverty.

Social indices generally show systematic advances: elementary education has almost universal coverage, high school reached in 2000 coverage of 90%, and access to higher education has increased steadily through time to current levels of close to 50% of the college-going age group. There is almost universal access to medical care during and after pregnancy¹⁰. Housing programs for medium and low income groups have almost eradicated shanty towns, and electricity, clean water, and sanitation are universal, increasing the living standards of most of the population during the last decades¹¹ and putting life expectancy at par with developed countries.

The advances in measures of quality of life are explained by a combination of economic growth, social policies and focalised assistance programs, and the reduction of the birth rate. Yet households under the line of poverty remain a concern for social policy.

According to UNICEF¹², by 2003 poverty and extreme poverty affected children and adolescents more than the rest of the Chilean population by 43% and 55%, respectively. Poverty and extreme poverty were higher among households headed by women, a fraction of households that has been in the rise in the last decade, reaching now almost one-third of all homes.

Children are especially affected by a territorial concentration of poverty, based on large economic disparities across the regions of the country¹³.

Income distribution in Chile is among the most unequal in the world and has not much changed since 1990. The Gini coefficient was 0.58 in 1990 and 0.57 in 2003, placing Chile among the ten most unequal countries of planet¹⁴. Similarly, inequality in the share of a country's wealth captured by the richest quintile relative to the poorest quintile (Index 20/20) is practically unchanged: it was 14 times in 1990 and 14.3 times in 2003.

⁹ UNDP, *Informe Desarrollo Humano. La manera de hacer las cosas*, Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, Santiago (Chile) 2010.

¹⁰ DAGMAR RACZYNSKI, *Chile: Progress, Problems, and Prospects*, in DANIEL A. MORALES-GOMEZ, NECLA TSCHIRGI AND JENNIFER L. MOHER, *Reforming Social Policy. Changing perspectives on Sustainable Human Development*, International Development Research Center, Ottawa (Canada) 2000, pp. 45-82.

¹¹ *Íbid.*

¹² UNICEF, *Desinternación en Chile. Algunas Lecciones Aprendidas* (Series reflexiones: Infancia y Adolescencia, N° 4), Chile 2005.

¹³ *Íbid.*

¹⁴ *Íbid.*

To mitigate these acute social inequalities, in the past decades governments have increased social spending, from 12.6% of GDP in 1990 to 14.7% of GDP in 2003¹⁵. Additionally, there has been an effort to improve the targeting of such spending, to make it an effective tool of wealth redistribution.

The structure and organisation of Chilean families has also undergone major transformations. According to 2002 population census, the number of households increased by 26% between 1992 and 2002 and their average size was reduced from 4 to 3.6 people. In 2002, although the most common familial organisation was still the nuclear two-parent household with children, this configuration represents only 38.1% of households. In the decade covered by the 2002 census households without children increased by 20.9%, and single-parent households with children, by 9.7%. Thus, in 2002 approximately 1 in 6 children under the age of six was living in a single parent home. Marriages have decreased from 67% of households in 1992 to 58% in 2002, whilst unmarried cohabitation has increased from 6% to 10% in the same period. In 2002, 1 out of 3 children under the age of six was living in a household whose head of household was not married (in 1992, it was 1 in 4). Half of children are born outside a marriage relationship.

In sum, the Chilean population has benefited from modernisation, as attested by the country's age structure, improvements of social indices, and several socio-demographics changes produced by increases in schooling, female labour, and changes in family conformations, among others. We have also seen that poverty in Chilean families is rooted in structural, unequal social factors, so that even though their quality of life has improved, there remains the challenge of transforming the life conditions of the poorest families. Advances in improving the living conditions of these groups require not only the design of good policy ideas, but also the successful implementation of those ideas. The following section describes major models of policy implementation, analyses their contributions and their weakness, and finally offers a comprehensive model of implementation including the main dimensions that any process of policy implementation should consider in order to improve its chances of success. The model constitutes a guide for the analysis of the implementation of a rights-based approach in Chilean policy for children.

3. Original frameworks of social care for children in Chile 1928-1970

In the third decade of the twentieth century a special legal status for children emerged in Chile. This early stage of development reflects what had happened in developed countries during the late nineteenth century. There, as summarised by Donzelot¹⁶, the state could not intervene inside the family without the authorisation of the parents, because the privacy and autonomy of families was sacrosanct. Pinchbeck and Hewitt¹⁷ (1969) point out that in England the statutory protection of children only becomes a subject of serious concern in the nineteenth century. During most of that century child labour existed under harsh conditions, education was rudimentary, there was no specific statutory protection against cruelty by adults (until 1889) and child criminals over the age of seven still tended to be treated in a similar way as adult offenders.

European laws at the time, particularly the French Civil Code, were framed in a manner that was echoed in Chile. Before 1928, Chile did not have legislation

¹⁵ *Íbid.*

¹⁶ JACQUES DONZELOT, *La policia de las familias*, Pre-textos, Valencia (España) 1979.

¹⁷ IVY PINCHBECK, & MARGARET HEWITT, *Children in English Society*, Vol. 1, *From Tudor Times to the Eighteenth Century*, "Study in Social History", 1989.

especially aimed at children. In this period, childhood was considered an exceptional state in relation to the only status that was relevant: that of adulthood. Hence, the legal status of children in Chile carried the early European conception of children as lacking legal status, subject to their father under all circumstances, and, most important of all, lacking a statutory protection system.

Chilean social services for children find their first milestone in 1928, with the passing of the first “Ley de Menores” (Law on Minors, henceforth LM), which created a special legal status for children. Its main impact was on the social and judicial practices around child-related issues, as a consequence of the creation of a Court of Minors, where the government, through the Court, acted as a surrogate father, when the family father was missing, or was deemed unfit. Thus, the Court received the ultimate power to decide about a child’s future¹⁸.

The new Law was mainly concerned with “social deviation”, i.e. children who were outside the social norm: beggars, children affected by sexual exploitation, abandoned children, delinquents, drug users, the mentally ill, or children from families with social problems. These conditions or behaviours were named “situations of moral or material risk” or “irregular situations”, under the framework of what is called in most of the Latin American countries the “Doctrine of Social Irregularity”¹⁹. This doctrine is heir to the Special Judicial and Correctional System implemented in United States. This system consisted of special courts created to adjudicate on the legal status of children and adolescents, under the notion of “parent patrie”, which allowed a court to decide under its authority about junior citizens in trouble²⁰. Equal legal treatment was given to young offenders and neglected children²¹. This reform was heavily influenced by the child-saving movement, which promoted the idea that criminals were conditioned by heritage and precarious living conditions²². Thus the American new system was characterised, first, by decreasing parental authority, especially among the working class, in order to adjust the behaviours of children and families to what was considered normal and moral, and second, by a criminal justice perspective that formalised the status of children as disenfranchised dependents of others²³. One consequence of this doctrine is that due process guarantees in a criminal procedure were not recognised to children under the argument that juvenile proceedings were not criminal in nature, but defined by statute as civil-law²⁴.

Donzelot records similar trends in France at the end of the eighteenth century. Philanthropic French societies (akin to the Child Savers movement) influenced legal transformations to intervene in “families in risk”. These societies faced barriers -based on parental authority—to intervene in families, until their lobby helped pass legislation in 1889, 1898, and 1912, to expedite the lockstep cession of dominion from the “morally deficient” family to the community of philanthropic actors²⁵. In general, these laws postulated a causal link between incompetent families and problematic youth, the consequence of which was the withdrawal of family authority.

¹⁸ Congreso de Chile, *Informe de la comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, sobre* Boletín 3.792-07. (10), año 2005.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ ANTHONY PLATT, *The Child Saver. The Invention of delinquency*, The University of Chicago Press, Chicago (United States) 1969.

²¹ JOEL HANDLER, *The Juvenile Court and the Adversary System: Problems of Function and Form*, in «Wisconsin Law Review», 56 (5), 1965, pp. 7-51.

²² PLATT, *The Child Saver*, cit.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ DONZELOT, *La policía de las familias*, cit.

Analogous legal arrangements for children occurred in England through the Act of 1908, which created juvenile courts. This reform in the judicial system for children was heralded at the time as pioneering in the field: the new courts were concerned more with treatment and rehabilitation, than with control and punishment, and imprisonment for children and young people was abolished²⁶. With the Children and Young Persons Act of 1933 a step was taken to overcome the distinction between Industrial Schools for neglected children, and Reformatories for young offenders. From these changes followed a loosening of the distinction between children who were viewed as “depraved”, because they were being anti-social by choice, and those who were viewed as deprived, innocent victims of social ills²⁷. One can track the repercussions of all these developments in the process of elaboration of the LM in Chile. Like in the United States, England, and France, all the strategies implemented under the LM were applied to children and adolescents who either had been neglected or were law offenders. The fusing of services for neglected children and young offenders under the same system introduced a sort of criminalisation of poverty and marginalisation. The next section describes in detail the actions implemented in Chile.

4. Main developments in social care for children in Chile: 1970-1990

The development of a framework for social care for childhood has been a long process in Chilean social policy. Children have not had a public space as social actors with fundamental rights assured by the state, as free and equal citizens. What happened, instead, is that throughout the twentieth century children appeared as a specific category of public policy only as part of problems in the private familial space, such as physical or sexual abuse, issues previously invisible to public policy, which later became social problems demanding state intervention”²⁸.

Children were defined by the state as *objects of intervention*. State responsibility to children was activated only in the presence of social risk. Since social risk indices have been generally associated with precarious social contexts, the intersection between state and childhood involved children of the lower social classes. This explains why in Chile the social concern for children is focused on children in poverty. Thus, the objective of public action has been not to guarantee their rights, but to improve their social condition.

The system serving children in Chile up to 1990 was a tutelary one, as organised originally by Act 4.447, LM, in 1928, which aimed to deal with infractions of the law, abandonment, need for protection and, generally, “irregular social situations” affecting children²⁹. This system was reinforced by Act 16.618 of 1967, which focused on irregular family relationships and children’s behaviour. During this period, children and families facing social problems were understood in terms of this notion of social irregularity.

The concept of “irregular” families and children, as Donzelot³⁰ explains, was convenient because although not strictly medical, it did suggest a deficit of

²⁶ CAROL HAYDEN, JIM GODDARD, SARA GORIN & NIKI VAN DER SPEK, *State Child Care Looking after Children?*, Jessica Kingsley Publisher, Portsmouth (UK) 1999.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ FRANCISCO PILOTTI, *Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: El contexto del texto*, Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) 2000.

²⁹ CRISTÓBAL TELLO, *Sistema Chile Solidario: ¿una oportunidad para constituir un nuevo actor estratégico de las políticas públicas en Chile?*, en «Revista de los Derechos del Niño», N° 2, 2003, pp. 9-52.

³⁰ DONZELOT, *La policía de las familias*, cit.

socialisation, with moral connotations. Of course, all of this required an idea of the “regular”, which coincided with the characteristics of middle class families. The irregular, then, would be the pattern of behaviour of poor families and children.

Together with this labelling of some children and their families as deviant, there was a reformulation of the role of the state, which incorporated a protective *parens patriae* responsibility to children, in the place of parents, as it were³¹, whereby the state has a duty to supervise the discharge of parental responsibilities and other tasks associated with the satisfaction of basic needs of children.

This vigilant role over children’s lives derived from social control practices exerted upon children and their families, justified by the families’ alleged failure to properly raise their children. From this followed the policy of separating children from their families, and segregating them for long periods in out-of-home care institutions, which were to act as substitute parents.

The medical model underlying the understanding of these social processes, typical of early twentieth century social intervention, led to a classification of parental roles as dysfunctional when they affected the system, legitimating state intervention and affecting families’ self-perception.

Chile’s evolution is not unlike that of England at roughly the same time. Hayden *et al.*³² recount that around the 1960s the responsibility of the English government was asserted for dealing with child care problems. The conception of the problem was focused more on social deprivation than on psychological factors. The same broad analysis, emphasising the influence of various forms of deprivation, was evident in the 1969 Children and Young Persons Act. Hayden *et al.*³³ remark that

the most significant –and contentious– feature of this Act was the replacement of the specific sentencing powers of magistrates with the power of the issue of Care Order, placing the child in the care of a local authority, who was then to provide the most appropriate (that is, beneficial for the child) placement. In a direct, practical sense, this was an attempt to funnel young offenders away from the juvenile justice system and into the child care system³⁴.

The previous description constitutes the ideological basis for a state paternalistic perspective in children services. Between 1949 and 1970 the number of children in care had risen from 55,000 to 100,000³⁵. During the 1970s a shift occurred in England, away from “permanency” in children services, towards reuniting children with their families, or the arrangement closest to that³⁶. The 1975 Children Act is a milestone in this evolution, which gave greater roles to local authorities, foster parents, and adoption³⁷. The sole focus on welfare began to be complemented with an acknowledgment of rights³⁸. But still, under the paternalistic perspective, the overarching right was the child’s right to suitable development and protection, not self-determination³⁹.

The consequences of institutionalised views of children and families as deviant were particularly acute in Chile between 1973 and 1990, a period characterised by an

³¹ PILOTTI, *Globalización y Convención*, cit.

³² HAYDEN, GODDARD, GORIN & VAN DER SPEK, *State Child Care*, cit.

³³ *Ibíd.*

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ LORRAINE FOX HARDING, *Perspectives in Child Care Policy*, Longman Group, London (UK) 1997.

³⁸ HAYDEN, GODDARD, GORIN & VAN DER SPEK, *State Child Care*, cit.

³⁹ FOX HARDING, *Perspectives in Child Care Policy*, cit.

authoritarian government and its systematic violation of human rights. The National Service for Minors (SENAME) was established early in this period (1979), with the mission of stimulating, guiding, co-ordinating and technically supervising public and private institutions sharing its objectives⁴⁰.

SENAME was to carry on with the work done until then by a National Council of Minors, and to transfer some of its programmes to private organisations. SENAME was created as public service under the authority of the Ministry of Justice. Both SENAME and its predecessor organisation worked under the sway of the Doctrine of Social Irregularity, and saw their role as one of providing assistance to children by taking charge of them in substitution of the natural family, when that family was deemed dysfunctional for their developmental process⁴¹.

The model implemented by SENAME had characteristics that, later on, would affect the context for the reforms introduced by the democratic governments⁴². Specifically, these features are a) the ample powers given to Minors Tutelary Judges, b) jurisdiction over issues ranging from social protection to juvenile law infractions under the same social service, and c) outsourcing of some social care programmes to the private sector through agencies appointed as collaborative organisms.

These characteristics, reminiscent of the history of child care services in the industrialised world⁴³, form the basic constitutive elements of the Doctrine of Social Irregularity. Under a functionalistic model, with the influence of the paternalistic perspective, state services defined some children's environments as poor and inadequate, and marked some social and familial configurations as risky. One of the main characteristic of this period was the increasing numbers of children living in residential care.

At the end of the 1980s, SENAME had increased its coverage of children in care by 55% compared to 1970. By the end of the 1990s, 45.1% of the children in SENAME's care were in residential care⁴⁴. This large proportion was in part a result of a perverse incentive carried by the funding mechanism for private agencies collaborating with SENAME, which paid four times as much for a child living in residential care than for home based or agency based services. Not surprisingly, a 1989 evaluation carried out by SENAME found that 40% of the children living in out-of-home care services did not need such services, that more than the 20% had been institutionalised for more than 5 years, and that close to 40% stayed for more than a year, developing institutional patterns of replacement of the parental role⁴⁵.

We can see Chile following in the steps of twentieth century child welfare policy in developed countries: beneficent state action to protect children's welfare, courts and social workers as key decision makers on what would be best for the child, disregard of likely negative effects of state surveillance and intervention in child rearing, compared

⁴⁰ MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación), *Diagnóstico sobre el Sistema de Protección Simple del SENAME*, Gobierno de Chile, Santiago (Chile) 1997.

⁴¹ SENAME, *Efectos de los Programas del SENAME en la integración de niños y niñas*, Santiago (Chile): Gobierno de Chile, 2005.

⁴² TELLO, *Sistema Chile Solidario*, cit.

⁴³ DONZELOT, *La policía de las familias*, cit.

⁴⁴ MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación), *Diagnóstico sobre el Sistema de Protección Simple del SENAME*, Gobierno de Chile, Santiago (Chile) 1989, p. 19.

⁴⁵ CONSUELO CONTRERAS, *El Sistema de Protección a los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Las Oficinas de Protección de Derechos: Un servicio del Nivel Local*, en «Revista de los Derechos del Niño», (Programa de derechos del niño Centro de Investigación Jurídicas de la Universidad Diego Portales), N° 2, 2003.

to the benefits of “saving” children in distress by transferring them to better homes⁴⁶
47.

Political changes in Chilean society, following the recovery of democracy in 1990, created an opportunity for renovation of this longstanding framework. The new aims of social care for children were framed under international agreements and more elaborated technical approaches to social policy. These are reviewed next.

5. Current Chilean Social Policy for Children

After Chile signed the United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC) in 1990, a new policy for children was developed. I describe in this section the core principles of the new Chilean social policy for children, the legal structure sustaining this policy, and the policy guidelines for the services⁴⁸, all of which will serve as a basis for me to develop a framework for assessment, which will be precisely defined for each of the programmes being studied in this research: the Local Rights Protection Office and the Juvenile Imprisonment Services.

This effort is quite unique in the analysis of Chilean social policy in general, let alone in the field of social policy for children. In part this is an effect of the insufficient follow-up and evaluation of new laws, through targets and objective metrics of achievement. To compensate for this deficit, I shall use international instruments to develop a frame for assessment, which will base my detection of obstacles and facilitators in the implementation of a rights perspective in social policy for children in Chile.

Core Principles

In the course of the late twentieth century society underwent a deep process of legalisation and recognition of children’s rights, whose landmark was the ratification of the United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC) in 1989, by the United Nations General Assembly. The UNCRC reflects the most progressive and universal approach to the guarantee and protection of human rights, through the adoption of legal instruments that benefit from representative power and universal consensus.

We have seen that Chile endured 17 years of dictatorship, after which roles and ideas about social actors were transformed under the principles of citizenship and human rights. This process included an ample debate about the conception Chileans had about children and the services provided for neglected children and young offenders. After Chile subscribed in 1990 the UNCRC, the reform of national child care began⁴⁹. The reform entailed a departure from the prior perspectives framing children services towards promotional ones, where children’s rights as human beings are at the core of children development, and where a rights perspective becomes the framework for social services for children. Children are thus seen today as bearers of multiple needs and potentials, able to participate and contribute to solving their own problems, according to their development stage (National Policy for Children and

⁴⁶ FOX HARDING, *Perspectives in Child Care Policy*, cit.

⁴⁷ MICHAEL FREEMAN, *The rights and wrong of children*, Frances Printer, London 1983.

⁴⁸ NEAL RYAN, *A comparison of three approaches to programme Implementation International*, in «Journal of public sector management», 9 (4), 1996, pp. 34-41.

⁴⁹ This reform took notice of similar developments elsewhere: the *Estatuto del Niño y Adolescente del Brasil* (Law N° 8.069, 1990); the *Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente de Venezuela* (1998), and, at later stages, the *Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor* from Spain, 1996.

Adolescents 2000). The rights perspective underpinning the new paradigm proposes a new conception of childhood, and its relations with family, society and state, leaving behind the predominant idea of a child defined on the basis of his or her needs.

Abramovich⁵⁰ has noted that once the rights perspective is adopted in public policies, the starting point is no longer the existence of social sectors with unmet needs, but the existence of people who are rights holders, who can claim those rights, and are entitled to enforceable obligations onto third parties, through the corresponding guarantee mechanisms. This brings a change in the relationship between state -or social services providers—and the policy's beneficiaries, who now hold a quantum of power to equilibrate the previous scenario of disparity. To make this effective -the direct relation between a right, its obligation, and a guarantee—there is a need of monitoring mechanisms to ensure government accountability.

The new policy perspective considers that children must count with an integral and special protection system, configuring a new kind of social relation and culture that recognises, values, and promotes children's rights. This requires a stronger support of families so that they can fulfil their protective role, and the regulation of the mechanisms used by the state when facing neglected rights of children. It also defines a role for the community, which should strengthen a culture of rights (National Policy for Children and Adolescents 2000).

The Chilean reform shares with the experience of the UK in the 1980s the centrality of the family as a foundation of social policy for children. The British "pro birth family view" defended the rights of the birth parents and the birth family, emphasising the importance for both children and their parents of maintaining the family as a goal of social policy and intervention⁵¹.

Under this framework, family is seen as the best provider of care for children, even when in need of external support, while the role of the state is defined as *preventing children from entering state care* through monitoring and supportive intervention, rather than coercive, punitive or intrusive ones⁵².

These common understandings between the Chilean reform and its precedents elsewhere lie not only in the roles of family and state in children's care, but also in the causal theories underlying families' deprivation. Explanations about how families come to need external support are far from based on cause-effect rationalities, like those prevailing in the former perspectives. Poor parenting is seen as a consequence of environmental conditions such as unemployment, single parenthood, social disadvantage, deprived neighbourhood, among others, all of which influences parenting behaviour and child rearing methods. In sum, multi-causal conditions are what make families unable to meet the essential norms for child care expected by society⁵³. Further, with the children's rights and child liberation perspective, the Chilean policy shares the idea that children should have participation in defining what happens to them⁵⁴, but Chile's stance would still defer to the adult's viewpoint over what is best for the child.

In sum, the Chilean reform rests on three core principles enfolding the already discussed conceptualisation of childhood: children's centrality, family as main

⁵⁰ VICTOR ABRAMOVICH, *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*, en «Revista CEPAL», (88), 2006, pp. 33-50.

⁵¹ FOX HARDING, *Perspectives in Child Care Policy*, cit.

⁵² *Ibid.*

⁵³ ROBERT HOLMAN, *Putting families first: prevention and child care: a study of prevention by statutory and voluntary agencies*, Macmillan Education, London (UK) 1988.

⁵⁴ FOX HARDING, *Perspectives in Child Care Policy*, cit.

responsible in children's care, and a support role of state and community in ensuring children's (and families') rights. These principles imply a new configuration of children's world: the children themselves go from being seen as "objects" of interventions to rights holders, in a position of centrality, protected by the principles of non-discrimination and the gender perspective⁵⁵. Children's families are defined as the most important and natural group for children's upbringing, so that social services must strive for the child and family to stay together or reunify, or, when appropriate, find support in other close family members. Regarding the role of state and social services, states should grant support for families, respecting always the child's view, but considering his/her developmental stage and the access of information he/she has. Interventions should take place only when the family, even with suitable backing, is unable to care for its children by itself. In this case, alternative care ought to be provided by authorities at the local level, or by duly authorised organisations of civil society. Finally, the role of communities is defining and achieving rights-based environments⁵⁶.

6. Conclusions

From what has been presented until now, it follows that a new discourse has been put in place for state intervention over the Chilean family, and that changes have been made in the design of social programmes to protect and reintegrate children to society. It seems that, after a system meant to keep children in need separated from society, the government has set forth a kind of revolution in the understanding and serving of children whose rights have been affected.

Policy implementation requires that Chilean society be permeated by the new perspective, which can be difficult when there is a long history of seeing children in need as "minors" and irregular people that only need to be disciplined and normalised towards middle class standards of behaviour⁵⁷.

Ensuring advances in the new policy for children depends on having a formal framework for assessment: failures in policy evaluation in Chile usually stem from a deficient design of policies. This is a core challenge to be successful in achieving the goals of the new policy.

⁵⁵ UN, *Guidelines for alternative care of children*, 2009.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ EMILIO GARCIA MENDEZ, *Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*, Forum Pacis, Bogotá (Colombia) 1997.

FOCUS

Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce

a cura di Lorenzo Di Biase

Introduzione

Lorenzo DI BIASE
ANPPIA Sardegna

Il filo conduttore dei tre saggi che compongono il presente Focus è la persecuzione attuata dal regime fascista nei confronti di quei cittadini che non si conformavano alle sue disposizioni. Le maglie della repressione stringevano, infatti, tutti coloro i quali non si allineavano alla linea politica imposta dal regime e che pensavano e, soprattutto, esternavano una propria opinione politica o religiosa difforme dalla linea imposta dal governo fascista e dal Partito nazionale fascista. Per loro, ecco aprirsi le porte del carcere; ecco i viaggi verso destinazioni remote ove trascorrere mesi o anni di confino; ecco i processi davanti al Tribunale Speciale; ecco le ammonizioni, i richiami, i controlli di polizia, le spiate, gli interrogatori con olio di ricino e tante altre forme di violenza proprie dei regimi dittatoriali. Era come un colpo di maglio che si abbatteva su chi non si schierava apertamente con il regime. Dalla lettura dei tre saggi traspare la vigorosa passione, l'incrollabile convinzione politica e religiosa, il forte ideale di democrazia e libertà sia di alcune figure di antifascisti sia di semplici cittadini, perseguitati semplicemente perché professavano un culto cristiano diverso dalla religione di Stato. I primi due contributi sono dedicati all'antifascismo e dunque alla persecuzione politica. Il terzo e ultimo contributo è invece dedicato alla persecuzione religiosa perpetrata contro il movimento pentecostale a seguito dell'emanazione da parte del regime della Circolare del 9 aprile 1935, meglio nota come Circolare "Buffarini-Guidi". Nel primo saggio viene analizzato il fatto occorso a Guspini la sera del 4 settembre 1937 nella casa del socialista Eugenio Massa. I repubblicani Luigi Murgia e Ettore Manis, con l'avvocato socialista Riccardo Lisci, si erano riuniti a casa di Eugenio Massa per ascoltare l'intervento del fuoriuscito Velio Spano, comunista e guspinese d'adozione, su radio Barcellona. Colti in flagrante, furono tutti arrestati e condannati al confino: il Manis trascorse la "villeggiatura" impostagli dal regime a Chiaromonte, il Massa a Corleto Perticara e il Murgia a Lauria, tutti in provincia di Potenza. Nel saggio si analizza tutta la documentazione presente nei fascicoli *ad nomen* del Casellario Politico Centrale e dei Confinati Politici custoditi all'Archivio Centrale di Stato (Immacolata Cinus).

Nel secondo saggio si narrano le vicissitudini dell'avvocato Giorgio Mastino Del Rio, esponente di spicco della Democrazia Cristiana, appartenente a quel novero di figure oggi semi sconosciute che, con le loro azioni, hanno contribuito a fare la storia del Paese negli anni a cavallo tra la Resistenza e il secondo dopoguerra. Egli fu uno dei protagonisti della Resistenza romana (settembre 1943 - giugno 1944): venne arrestato da alcuni militi delle SS, posti sotto il comando del capitano Erike Priebke, e rinchiuso nel carcere di via Tasso, all'interno della cella numero cinque. Subì pesanti interrogatori e torture, ma venne liberato alcuni giorni prima dell'attacco partigiano di via Rasella del 23 marzo 1944. Nel secondo dopoguerra ha continuato a svolgere attività politica ed è stato eletto deputato nelle fila della Democrazia Cristiana per due legislature, nel 1948-1953 e nel 1953-1958 (Emanuela Locci).

Il terzo e ultimo saggio affronta il tema del movimento pentecostale dalla sua nascita, avvenuta negli Stati Uniti d'America, alla sua diffusione in Italia, iniziata nei primi decenni del secolo XX grazie all'opera di evangelizzazione portata avanti dagli emigrati italiani che rientravano in Patria. Analizza, inoltre, le caratteristiche della persecuzione religiosa che il movimento dovette subire ad opera del fascismo, anche

a causa della posizione assunta dalla Chiesa cattolica nei confronti dei “tremolanti”. Esamina la legge sui culti ammessi e tutte le circolari che vennero emanate durante il Ventennio fascista per limitarne il culto, fino alla Circolare Buffarini-Guidi del 1935, che vietò al movimento pentecostale l’esercizio delle funzioni religiose in quanto esso veniva considerato contrario all’ordine sociale, ma anche nocivo all’integrità fisica e psichica della razza. Infine, si analizzano, nel dettaglio, i fascicoli che provengono dall’Archivio Centrale dello Stato di Roma, dall’Archivio di Stato di Cagliari e dall’Archivio di Stato di Matera riguardanti i “tremolanti” Gesuino Mattana, Tommaso Musio, Pietro Serra, Aurelio Trudu e Margherita Fais, tutti perseguitati dal regime per motivi religiosi (Lorenzo Di Biase).

La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa

Immacolata CINUS
Università di Cagliari

Abstract

The citizens of Guspini, Eugenio Massa, Luigi Murgia and Ettore Manis were sent into internal exile after having been accused of anti-Fascism in November 1937. Eugenio Massa had been a Socialist, which then became a member of the PNF (National Fascist Party) in 1923, while Luigi Murgia and Ettore Manis belonged to the Republican tradition. The three of them were kind of an exception among the anti-Fascist supporters from Guspini, because exile was usually experienced mostly by anti-Fascists with Communist ideas. Their paths crossed in the evening of the 4 September 1937, when the three of them met (along with a fellow countryman, the attorney Riccardo Lisci) in the house of Mr Massa, to listen to the radio news of Radio Barcelona, which that evening broadcasted an intervention of the refugee, Velio Spano, who had also lived in Guspini for some years together with his family.

Keywords

Republican and Socialist anti-fascism, Guspini, Sardinia, Radio Barcelona, Ettore Manis, Eugenio Massa, Luigi Murgia

Riassunto

I guspinesi Eugenio Massa, Luigi Murgia ed Ettore Manis, furono condannati al confino con l'accusa di antifascismo nel novembre del 1937. Eugenio Massa era un ex socialista, iscrittosi al PNF nel 1923, mentre Luigi Murgia ed Ettore Manis erano di estrazione repubblicana. I tre rappresentarono una sorta di eccezione tra gli antifascisti guspinesi, poiché in quest'area l'esperienza del confino fu vissuta soprattutto dagli antifascisti di estrazione comunista. Il loro destino si intrecciò la sera del 4 settembre 1937, quando i tre si riunirono in casa di Massa insieme ad un altro compaesano, l'avvocato Riccardo Lisci, per ascoltare la radiocronaca di Barcellona, che trasmetteva quella sera un intervento del fuoriuscito Velio Spano: anch'egli in precedenza residente a Guspini per qualche anno con la sua famiglia.

Parole chiave

Antifascismo repubblicano e socialista, Guspini, Sardegna, Radio Barcellona, Ettore Manis, Eugenio Massa, Luigi Murgia

1. Ettore Manis, repubblicano, “elemento politicamente pericoloso all'ordine sociale”

Ettore Manis era nato a Guspini il 29 marzo 1890. Nel 1932 era stato schedato come repubblicano, e nel '37 denunciato come sovversivo. Oltre all'accusa di aver diffuso a Guspini manifestini antifascisti la sera del 5 settembre 1937, Manis fu accusato di aver ascoltato le comunicazioni della radio comunista di Barcellona la sera del 4 settembre.

Secondo la relazione dei Carabinieri della Compagnia di Iglesias, Ettore Manis risultava essere un «disoccupato»¹ e un «vagabondo» che aveva sempre manifestato

¹ In realtà risultava essere un piccolo rappresentante. Cfr. *Ministero dell'Interno. Direzione Generale della P.S., Divisione Aff. Gen. e Riserv., Confino Politico, Roma 5 settembre 1938*, in ARCHIVIO CENTRALE DELLO STATO (d'ora in poi ACS), Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

avversione nei confronti del Fascismo². Era considerato «uno dei più pericolosi esponenti del sovversivismo locale», tanto da essere stato, negli ultimi anni, tenuto sotto controllo da parte dell'Arma. Aveva frequentato il terzo anno dell'istituto tecnico inferiore ed era considerato un repubblicano. Veniva definito «scaltrito ed intelligente», e si sospettava avesse votato contro il PNF nel 1929. Si riteneva fosse autore, insieme ad alcuni complici, della diffusione di manifestini sovversivi, avvenuta nella piazza del paese il 5 settembre, durante la festa di S. Isidoro. La sera precedente, verso le 22, Manis era stato notato dal Maresciallo Troiani mentre si recava in casa di Giuseppe Saba (altro sospettato), ed erano stati visti dirigersi insieme verso la piazza in questione. La stessa sera inoltre, verso le 23, Ettore Manis si era recato a casa di Eugenio Massa, e con il dottor Murgia, l'avvocato Lisci e Massimo Agus, «tutti sovversivi locali», si era riunito per ascoltare il messaggio radiofonico del fuoriuscito Velio Spano trasmesso alla Radio di Barcellona. I carabinieri ritenevano che «i predetti, imbalanziti dal focoso discorso del loro compagno di fede, avessero voluto dare una prova dei loro sentimenti, spargendo dei manifestini nascostamente la sera successiva». Manis era ritenuto un «elemento pericoloso alla compagine sociale ed all'ordine nazionale», e si proponeva per lui l'assegnazione al confino politico³.

Il 22 settembre Manis veniva fermato ed arrestato dai Carabinieri, insieme a Giuseppe Saba e Quirino Tuveri⁴. Il 5 ottobre il Ministero dell'Interno informava il Prefetto di Cagliari dell'assegnazione al confino dei tre arrestati⁵. Dichiarato fisicamente idoneo al regime di confino⁶, Ettore Manis sarebbe giunto a Chiaramonte, presso Potenza, il 22 febbraio 1938⁷.

Nella relazione della Questura di Cagliari, diretta alla Commissione Provinciale per il Confino di Polizia, si rendevano noti «gli abituali rapporti del Manis con i sovversivi di Guspini e la assiduità con la quale egli frequentava la casa del noto Massa Eugenio per ascoltare le comunicazioni della radio comunista di Barcellona». Manis era giudicato «elemento politicamente pericoloso all'ordine sociale», e si proponeva nei suoi confronti (anche sentito il parere favorevole del Ministero dell'Interno) l'assegnazione al confino per il periodo di un anno⁸.

Il 25 novembre, innanzi alla Commissione Provinciale per il Confino di Polizia, Ettore Manis confermava di essersi recato a casa di Eugenio Massa per ascoltare alla radio

² *Legione Territoriale dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia di Iglesias, proposta di assegnazione al confino di polizia di Manis Ettore fu Luigi da Guspini, 26 settembre 1937, in ACS, Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

³ *Ibidem.* Allegati alla relazione dei Carabinieri di Iglesias erano il Certificato penale, l'Atto di nascita, e lo Stato di Famiglia di Manis. Cfr. *Tribunale di Cagliari, Certificato penale di Manis Ettore, Cagliari 22 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore; Comune di Guspini, Certificato dello Stato Civile di Manis Ettore, Guspini 23 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore; Municipio di Guspini, Situazione di famiglia di Manis Ettore, Guspini 23 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

⁴ *Verbale di fermo per misure di P.S. e conseguente arresto di Manis Ettore, Tuveri Quirino e Saba Giuseppe, Guspini 22 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

⁵ *Telegramma ministeriale del 5 ottobre 1937 diretto al Prefetto di Cagliari, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

⁶ *Direzione delle Carceri Giudiziarie, Ufficio del medico chirurgo, certificato di sana e robusta costituzione riferito al detenuto Manis Ettore fu Luigi, Cagliari 22 novembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

⁷ *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 2 marzo 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

⁸ *Relazione della Regia Questura di Cagliari alla Onorevole Commissione Provinciale per l'ammonizione ed il confino di Polizia, Cagliari 19 novembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.*

«un conterraneo di Guspini», e di averlo fatto «non per fine politico, ma semplicemente a titolo di curiosità». Manis veniva giudicato dalla Commissione «persona pericolosa all'ordine nazionale per propaganda antifascista» e lo condannava al confino per un anno⁹. La Prefettura rendeva nota la sentenza al Ministero dell'Interno. Il Ministro veniva anche informato che Manis era stato «decorato della medaglia commemorativa della Guerra Italo Turca», ma che non risultava essere iscritto al PNF. Non avendo «mezzi propri per mantenersi» il Prefetto suggeriva l'assegnazione del condannato ad una colonia, anche considerato che era «celibe e con una sola sorella a carico»¹⁰. Il Ministero avrebbe, tuttavia, deciso di destinare Ettore Manis al carcere di Chiaramonte, in provincia di Potenza¹¹.

Il 19 febbraio il Segretario del PNF Starace inviava al Capo della Polizia Bocchini una lettera¹². A questa nota il Ministero rispondeva, in riferimento a Ettore Manis, che quest'ultimo risultava essere ancora al confino «non avendo ricorso neppure in appello»¹³. Manis veniva rimpatriato il 6 settembre «per espiato periodo di confino»¹⁴.

2. Luigi Murgia: sindaco repubblicano di Guspini negli anni Dieci, antifascista, dirigente dell'Edera, fedele sostenitore della Repubblica negli anni del fascismo

Luigi Murgia, era nato a Guspini l'11 dicembre 1876. Era un medico di nota fede repubblicana ed aveva ricoperto la carica di Sindaco di Guspini nel 1910. All'instaurarsi del Fascismo Murgia aveva chiesto l'iscrizione al PNF, che gli era stata negata a causa del suo passato repubblicano¹⁵. Fu condannato anch'egli al confino nel novembre del 1937, per essersi riunito, il 4 settembre dello stesso anno, nell'abitazione di Eugenio Massa insieme ad altri suoi compaesani, per ascoltare la radiocronaca di Barcellona che trasmetteva quella sera un intervento del fuoriuscito Velio Spano¹⁶. Secondo la ricostruzione fatta dai Carabinieri di Guspini, inoltre, la

⁹ *Verbale della Commissione Provinciale per il Confino di Polizia, Cagliari 25 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

¹⁰ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 29 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

¹¹ Cfr. *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 3 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore; *Telegramma del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 29 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

¹² *Lettera del Segretario del Pnf Achille Starace al Capo della Polizia Arturo Bocchini, Roma 19 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

¹³ *Lettera del Ministero dell'Interno all'On. Partito Nazionale Fascista, Roma 1° marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore.

¹⁴ Cfr. *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, e p.c. alla Regia Prefettura di Cagliari, Potenza 30 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Manis Ettore. In realtà, a differenza di Murgia e Massa, il periodo di decorrenza del confino per Ettore Manis - si presume a causa di un errore burocratico - viene considerato a partire dal 6 settembre 1937 fino al 5 settembre 1938. Infatti, Manis viene arrestato soltanto il 22 settembre 1937, per giungere a Chiaramonte soltanto il 22 febbraio 1938. Il confinato avrebbe scontato, dunque, soltanto una parte della condanna (circa 7 mesi). Cfr. *Ministero dell'Interno. Direzione Generale della P.S., Divisione Aff. Gen. e Riserv., Confino Politico, Roma 5 settembre 1938 cit.*

¹⁵ *Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia di Iglesias, Proposta di provvedimento di polizia a carico del dottor Murgia Luigi da Guspini alla Regia Questura di Cagliari, Iglesias 26 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

¹⁶ Dalla relazione dei Carabinieri di Guspini risultano indagati per lo stesso reato anche l'avvocato Riccardo Lisci, Massimo Agus ed Ettore Manis. Il realtà Massimo Agus, accusato e condannato con gli altri, fu poi rilasciato perché si accertò che non aveva preso parte alla riunione. Cfr. *Relazione della Regia Questura di Cagliari a S.E. il Prefetto di Cagliari, Cagliari 19 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

sera successiva, mentre nella piazza parrocchiale di Guspini si festeggiava una festa popolare, alcuni «ignoti, approfittando della ressa, spargevano in vari punti della piazza dei manifestini sovversivi». In un primo tempo erano stati fermati dei «sovversivi locali», tra i quali Ettore Manis, Giuseppe Saba e Quirino Tuveri. Secondo la «voce pubblica», tuttavia, i veri responsabili dell'accaduto erano da considerarsi appartenenti ad «altre categorie sociali». Giunto a Guspini un Dirigente dell'OVRA perché proseguissero le indagini sull'accaduto, il 12 settembre questi disponeva la perquisizione dell'abitazione di Murgia, senza che fosse trovato alcun elemento incriminante. Tuttavia, quello stesso giorno, Luigi Murgia veniva tradotto nel Carcere di Cagliari¹⁷. I Carabinieri di Iglesias affermavano che «pur non essendosi raccolti elementi probativi in merito», il dottor Murgia era «ritenuto organizzatore di manifestazioni sovversive». Il fatto di essersi riunito «con elementi sovversivi per ascoltare alla radio il messaggio comunista, ha confermato le dicerie che corrono sul suo conto»¹⁸.

Con due telegrammi, uno del 19 e l'altro del 21 settembre, il Capo della Polizia Bocchini informava il Questore di Cagliari ed il Prefetto della stessa città, dell'assegnazione al confino di Luigi Murgia, e con lui quella di Eugenio Massa, Riccardo Lisci, Massimo Agus e Attilio Frau¹⁹. Il 28 settembre Murgia veniva dichiarato fisicamente idoneo al regime di confino²⁰.

Secondo la relazione della Questura di Cagliari a casa di Murgia erano stati rinvenuti «opuscoli riguardanti la massoneria, essendo egli stato, per lunghi anni, il principale esponente della massoneria di Guspini»²¹. Murgia veniva definito «vecchio massone antifascista», e risultava che da parecchi anni tenesse «il paese di Guspini diviso in due partiti per beghe personali che si riducevano in beghe politiche provocando vendette, attentati alla dinamite, procedimenti penali»²². Il Questore Laudadio affermava la necessità di «punire severamente non gli stracci ma gli esponenti principali dell'antifascismo, specialmente se camuffati da fascisti», e proponeva il confino per un periodo di 5 anni per Massa, e per un periodo di un anno per Murgia e Lisci²³. Sentito dalla Commissione Provinciale per il confino di Polizia della Prefettura di Cagliari il 25 novembre, in merito ai fatti contestati Luigi Murgia rispondeva di essersi «trovato in casa di Eugenio Massa per ascoltare la Radio semplicemente a

¹⁷ Verbale di fermo del nominato Murgia dr Luigi da parte del Funzionario di P.S. di Guspini, Guspini 12 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

¹⁸ Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia di Iglesias, Proposta di provvedimento di polizia a carico del dottor Murgia Luigi da Guspini, Iglesias 26 settembre 1937 cit.. Allegati alla relazione dei Carabinieri di Iglesias furono il Certificato penale, l'Atto di nascita, e lo Stato di famiglia di Murgia. Cfr. Tribunale di Cagliari, Certificato penale di Murgia Luigi, Cagliari 22 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; Comune di Guspini, Certificato di Stato Civile di Murgia Luigi, Guspini 23 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; Municipio di Guspini, Situazione di famiglia di Murgia Luigi, Guspini 23 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

¹⁹ Cfr. Telegramma ministeriale del 19 settembre 1937 diretto alla Questura di Cagliari e per conoscenza al Prefetto di Cagliari, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; Telegramma ministeriale del 21 settembre 1937 diretto al Prefetto di Cagliari, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

²⁰ Direzione delle Carceri Giudiziarie, Ufficio del medico chirurgo, certificato di sana e robusta costituzione riferito al detenuto Murgia Luigi fu Luigi, Cagliari 28 settembre 1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

²¹ Relazione della Regia Questura di Cagliari a S.E. il Prefetto di Cagliari, Cagliari 19 novembre 1937 cit. in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

titolo di curiosità e senza nessun fine politico»²⁴. La Commissione, tuttavia, giudicava Luigi Murgia «persona pericolosa all'ordine sociale per propaganda antifascista», e lo condannava al confino politico per un anno²⁵. A questo punto la Prefettura informava il Ministero dell'Interno affinché decidesse la destinazione da assegnarsi al condannato, la cui «pericolosità», si leggeva nella lettera, «non desta soverchie preoccupazioni»; ragion per cui si proponeva che il detenuto fosse assegnato «in un comune di terraferma od in qualche altra località presso la quale possa esercitare la propria professione di medico chirurgo»²⁶. Il 10 dicembre il Ministero dell'Interno comunicava al Prefetto di Cagliari l'assegnazione di Murgia al comune di Lauria, presso Potenza²⁷, ed informava contestualmente anche il Prefetto di Potenza²⁸.

Il 5 dicembre Luigi Murgia aveva già provveduto a presentare il suo ricorso in appello presso il Ministero dell'Interno. Egli affermava che l'unico fatto certo a suo carico era quello di aver «assistito alla audizione di una comunicazione radiofonica di certo Spano, militante ... nell'esercito rosso di Spagna». Tutte le altre accuse erano prive di fondamento, e dovute solo ad un «piccolo, ma molto attivo, gruppo di persone che vuole sfogare in qualsiasi modo odio irriducibile contro il sottoscritto». Murgia spiegava che nel '32 vi era stato il tentativo di addebitare a lui la diffusione di manifesti sovversivi a Guspini, al semplice scopo di calunniarlo. Ciò era stato provato dalla confessione di un certo Antonio Usai, vero autore del reato, che fece anche il nome del suo mandante. Nel settembre del '37, secondo Murgia, si era ripetuto un episodio analogo orchestrato ai suoi danni. Egli dichiarava che l'autore della diffusione dei manifesti sovversivi era, in realtà, un certo Frau, strettamente legato alle stesse persone che avevano a suo tempo «influito sull'Usai»²⁹. Inoltre il solo fatto di ascoltare una comunicazione radio non era vietato dalla legge. Infatti solo in seguito ai fatti del 4 settembre un bando pubblico ne aveva vietato l'ascolto. Murgia dichiarava inoltre di non essere mai stato comunista, né antifascista. Affermava di essere stato tra i sostenitori del nascente partito fascista a Guspini, ed anche se in seguito «ne fu allontanato per bizzesse personali», rimase «devoto al regime ed al Duce».

Murgia allegava al ricorso le attestazioni giurate di «testi ineccepibili»³⁰. Il 4 dicembre, infatti, si erano presentati presso la Pretura di Guspini il Parroco della stessa città, Raffaele Cabitza, l'ingegner Francesco Gelli, la direttrice dell'Asilo infantile di Guspini, suor Teresa Palmacci, e l'insegnante elementare di Guspini Vitale Piras. Tutti dichiaravano che Murgia non si occupava «assolutamente di politica» e che aveva «in ogni occasione dimostrato la sua fede nel regime e nel Duce».

²⁴ *Verbale della Commissione Provinciale per il confino di Polizia, Cagliari 25 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. La Commissione era formata dal Prefetto Apicella, dal Procuratore del Re Cocco, dal Questore Laudadio, dal Comandante dell'Arma dei Carabinieri Congedo, dall'Ufficiale Superiore della M.V.S.N. Gavinelli, e dal Segretario Spadafora.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 27 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. In questa lettera viene confermato che Murgia non risulta iscritto al PNF.

²⁷ *Ministero dell'Interno, dispaccio telegrafico al Prefetto di Cagliari, Roma 10 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

²⁸ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Potenza, Roma 12 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

²⁹ *Alla Onorevole Commissione d'Appello per le assegnazioni al confino presso il Ministero dell'Interno in Roma, Cagliari 5 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³⁰ *Ibidem*.

Affermavano, inoltre, che egli godeva della piena fiducia da parte della popolazione di Guspini³¹.

Il Ministero, preso atto del ricorso, chiedeva al Prefetto di Cagliari informazioni precise «sulle circostanze addotte, specificando i fatti concreti che determinarono l'impugnato provvedimento, nonché sulle condizioni economiche, famigliari ed eventuali benemeritenze di guerra del ricorrente». Il Ministro chiedeva, inoltre, se a Murgia fosse stata data la possibilità di discolarsi in seguito alle accuse, e «di significare quale impressione produrrebbe una eventuale revoca o commutazione dell'impugnato provvedimento e se la revoca o la commutazione richiederebbe particolari misure per prevenire incidenti»³². Il Prefetto di Cagliari rispondeva pochi giorni dopo, informando il Ministro su tutti i punti richiesti. Luigi Murgia aveva fatto parte della massoneria, ma dopo l'avvento del Regime «si estraneò da qualsiasi attività politica, dedicandosi alla sua professione di medico presso il comune di Guspini». Era benestante, aveva un figlio a carico e non aveva ricevuto alcuna benemeritenza di guerra³³. Era stato accusato di essersi riunito con altri compaesani nell'abitazione del Massa per ascoltare alla radio le comunicazioni antifasciste di Radio Barcellona. Benché Murgia si fosse recato a casa del Massa «avvinto dalla curiosa morbosità di ascoltare le comunicazioni radio del fuoriuscito Velio Spano», e che lui «non ritenne svolgere una manifestazione politica», il semplice fatto di partecipare a quella riunione, nella quale si propagandavano idee contrarie al Regime, lo rendeva «sia pure inconsapevolmente, responsabile di propaganda antifascista». Il Prefetto chiariva, comunque, che un'eventuale revoca o commutazione del provvedimento avrebbe lasciato «indifferente» la popolazione guspinese³⁴.

Luigi Murgia arrivava a Lauria il 22 dicembre 1937³⁵. Intanto il Ministero dell'Interno scriveva al Prefetto di Cagliari pregandolo di «esprimere il suo esplicito parere sull'accoglimento o meno del ricorso del confinato», benché la commissione d'appello avesse già a disposizione «tutti gli elementi di giudizio»³⁶. In questo senso il Prefetto esprimeva parere favorevole al proscioglimento, poiché si riteneva che il condannato si fosse recato ad ascoltare alla radio di Barcellona il fuoriuscito Velio Spano «per curiosità morbosa nei riguardi del figlio di colui che fu causa della rovina morale della sua famiglia». Era risultato, infatti, che «il padre del fuoriuscito ...

³¹ *Regia Pretura di Guspini, Attestazione giurata, Guspini 4 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³² *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 18 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³³ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 27 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. A proposito della situazione economica di Murgia, da un'altra relazione risulta che egli ricavasse dalla professione «notevole guadagno», che possedesse beni mobili e immobili del valore di «centinaia di migliaia di lire». Peraltro Murgia corrispondeva alla moglie - dalla quale era separato legalmente - gli alimenti nella misura di 300 lire mensili. Riguardo alla situazione familiare risulta che Luigi Murgia avesse due figli: Laura, allora ventottenne, sposata con il Maresciallo Maggiore dei Carabinieri Virginio Dettori; e Bruno, allora ventisettenne e convivente col padre, laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di Napoli. Convivente era anche la romana 43enne Teresa Fabbrizzi, infermiera che lo aiutava nelle sue mansioni professionali. Cfr. *Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Lettera del Maggiore Giuseppe Congedo al Comando Generale dell'Arma in Roma, Cagliari 4 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³⁴ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 27 dicembre 1937 cit.*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³⁵ *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Direzione Generale della P.S., Roma 22 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³⁶ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 20 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

durante la permanenza in Guspini, insidiò l'onore della moglie del dott. Murgia e fu causa della separazione dei coniugi»³⁷.

Il 4 febbraio 1938 il Ministero disponeva che, poiché il confinato non risultava aver presentato alcuna istanza di clemenza - a differenza ad esempio di Riccardo Lisci, condannato per lo stesso reato e poi graziato dal Duce -, non si ravvisava «l'opportunità di promuovere un immediato provvedimento in suo favore»³⁸. In realtà, il 27 gennaio, Luigi Murgia, non avendo ancora ottenuto alcuna risposta in merito al suo ricorso in appello, chiedeva la grazia direttamente al Duce. Egli dichiarava, ancora una volta, che la sua unica colpa era stata quella di recarsi «per una insana curiosità» a casa di Eugenio Massa per ascoltare alla radio le parole di Velio Spano. Chiedeva di venire restituito alla sua famiglia, al suo lavoro di medico condotto, ed anche a quello che svolgeva regolarmente presso la sua azienda agricola di Guspini³⁹.

Successivamente il Ministero dell'Interno prendeva atto che il confinato Murgia risultava aver presentato istanza di clemenza al Duce e che il Prefetto di Cagliari aveva espresso parere favorevole in merito al proscioglimento del condannato⁴⁰. Anche il Comandante della Legione dei Carabinieri di Cagliari, il Maggiore Giuseppe Congedo, si esprimeva favorevolmente riguardo al provvedimento di clemenza a favore di Murgia «medico condotto e professionista il più quotato del luogo ... considerati il tempo sofferto in carcere; la mortificazione subita; il quarto di pena già scontato; l'unico episodio specifico sul quale si sono raccolti elementi di prova». E questo nonostante egli descrivesse Murgia come «un vecchio massone, antifascista, mai iscritto al P.N.F.», e ancora «nel campo politico un beghista», che «avendo un ascendente notevole fra i suoi compaesani ha parecchie volte - con furberia e insidia - concorso a disturbare l'ambiente di Guspini, creando una difficile situazione, che sussiste da anni»⁴¹.

Il medico guspinese veniva dunque prosciolto, per atto di clemenza da parte del Duce, nel febbraio 1938, ed il Ministero provvedeva ad informarne tempestivamente la Prefettura di Potenza e quella di Cagliari⁴². In un dispaccio telegrafico del 23 febbraio, tuttavia, il ministero informava il Prefetto cagliaritano che l'atto di

³⁷ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 29 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

³⁸ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 4 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. Cfr. anche *Lettera della Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 23 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. In questa lettera il Ministero dell'Interno chiariva che Luigi Murgia, condannato con lo stesso capo d'accusa, avrebbe dovuto ottenere anch'egli la clemenza. Tuttavia, non risultava al momento che egli avesse fatto alcuna domanda di grazia.

³⁹ *Lettera del dottor Luigi Murgia al Capo del Governo e Duce del Fascismo, Roma 27 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴⁰ *Appunto del Ministero dell'Interno, Roma 11 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; *Lettera del Ministero dell'Interno all'On. Segreteria del P.N.F., Roma 26 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴¹ *Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Lettera del Maggiore Giuseppe Congedo al Comando Generale dell'Arma in Roma, Cagliari 4 marzo 1938 cit.*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴² Cfr. *Dispaccio telegrafico del Ministero dell'Interno al Prefetto di Potenza e di Cagliari, Roma 16 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; *Telegramma del Ministero dell'Interno al Prefetto di Potenza e di Cagliari, Roma 17 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi; *Telegramma del Ministero dell'Interno al Prefetto di Potenza, Roma 22 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

clemenza da parte del Duce nei confronti di Murgia prevedeva «la revoca del provvedimento e non il proscioglimento»⁴³.

Il 19 dello stesso mese il Segretario del PNF Starace inviava al Capo della Polizia Bocchini a Roma una lettera nella quale lo informava del fatto che a Cagliari corresse voce della revoca del confino di alcuni antifascisti sardi, tra i quali appunto Luigi Murgia. Ciò, secondo il Segretario, avrebbe fatto «una pessima impressione in tutta la provincia, particolarmente tra i fascisti»⁴⁴.

Il Ministero dell'Interno rispondeva che «l'addebito loro mosso era da ascrivere a morbosa curiosità più che ad una manifestazione antifascista». Inoltre era provato che coloro che beneficiavano della clemenza «da tempo si erano astenuti dalla politica e dedicavano tutta la loro attività alla professione»⁴⁵.

Il 24 febbraio Luigi Murgia si presentava alla Prefettura di Cagliari munito del foglio di via obbligatorio rilasciatogli dal Podestà di Lauria⁴⁶. In quello stesso giorno egli chiedeva al Prefetto cagliaritano di essere reintegrato nella sua carica di medico condotto a Guspini⁴⁷.

Nonostante la revoca del provvedimento e il rimpatrio, a Murgia venne tuttavia negato di esercitare la professione di medico ancora per molti mesi, a causa di un provvedimento disciplinare inflittogli dal Sindacato provinciale fascista dei medici.

Ad intervenire in suo aiuto fu, ancora una volta, il parroco di Guspini Raffaele Cabitza, che nel marzo del '38 scrisse una lettera al gesuita Pietro Tacchi Venturi, considerato, durante il Ventennio, il *trait d'union* tra la Chiesa romana e Mussolini⁴⁸.

Il parroco guspinese chiedeva a Tacchi Venturi di intervenire in favore del suo compaesano, il cui nome, affermava, doveva essergli già stato reso noto in precedenza dal Clero di Lauria. Cabitza chiariva che a Murgia era stato negato di riprendere non solo la sua attività di medico condotto, ma anche l'esercizio della libera professione medica; e tutto questo nonostante avesse ottenuto l'assoluzione per volere del Capo del Governo. Secondo le informazioni del parroco il problema era da ascrivere ad una mancata comunicazione da parte della Prefettura di Cagliari al Sindacato fascista dei medici, che non sarebbe stato informato del proscioglimento di Murgia. In realtà, secondo Cabitza il fatto non sarebbe stato casuale, poiché vi sarebbero stati dei «malevoli disegni» da parte del «l'implacabile persecutore» di Murgia. Ciò sarebbe stato dimostrato dal fatto che nei confronti dell'Avv. Riccardo Lisci, condannato per lo stesso reato e poi prosciolto, non era stata adottata la stessa

⁴³ *Dispaccio telegrafico del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 23 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴⁴ *Lettera del Segretario del Pnf Achille Starace al Capo della Polizia Arturo Bocchini, Roma 19 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. Gli altri nomi citati nella lettera sono quelli di Massa Eugenio, Lisci Riccardo, Frau Attilio, Saba Giuseppe e Manis Ettore.

⁴⁵ *Lettera del Ministero dell'Interno al Partito Nazionale Fascista, Roma 25 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. In seguito a questa lettera Achille Starace scrisse di nuovo al Capo della Polizia Bocchini per informarlo che gli antifascisti Luigi Murgia e Riccardo Lisci risultavano essere già rientrati a Guspini. Cfr. *Lettera del Segretario del PNF Achille Starace al Capo della Polizia Arturo Bocchini, Roma 5 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴⁶ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Prefetto di Potenza, Cagliari 24 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴⁷ Questa informazione risulta da una lettera che in seguito Murgia scrisse per chiedere direttamente al Duce. Cfr. *Lettera di Luigi Murgia al Capo del Governo e Duce del Fascismo, Guspini 21 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁴⁸ *Lettera di Raffaele Cabitza a Pietro Tacchi Venturi, Guspini 21 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. A parlare a Cabitza di Tacchi Venturi, e della opportunità di rivolgersi a lui per chiedere aiuto in favore della causa di Luigi Murgia, era stato un certo Padre Quirico, che qualche tempo prima ospite di Cabitza presso la Parrocchia di Guspini.

misura da parte del Sindacato degli avvocati. La richiesta di Cabitza era che Tacchi Venturi si facesse portavoce presso il Duce delle richieste del dott. Murgia, e che «per l'onore del Fascismo» si facesse promotore di una «onesta inchiesta sul luogo da persona intelligente ed estranea alle passioni locali e di provincia»⁴⁹.

Allegata a quella del parroco guspinese era anche la lettera di Luigi Murgia, indirizzata direttamente al Duce. In questa lettera egli teneva a sottolineare che ad oltre 15 giorni dalla sua assoluzione, il Sindacato Medico di Cagliari aveva applicato a suo carico «la sospensione dall'esercizio professionale a tempo indeterminato»⁵⁰; e tutto ciò per la ragione - addotta dal suddetto Sindacato - che a loro non era pervenuta alcuna comunicazione ufficiale da parte della Prefettura di Cagliari in merito al suo proscioglimento. Murgia chiedeva ora al Duce che gli fosse concesso di rientrare nella sua carica di medico condotto che aveva ricoperto a Guspini per 16 anni, «dopo oltre 25 circa di Ufficiale Sanitario fino a poter raggiungere - proseguiva - almeno il minimo della pensione tra quattro anni, con 65 anni d'età, e lasciare, se così si vorrà, poscia il mio paese natio, ove tra l'altro, gli interessi della mia azienda agricola mi tengono tutt'ora vincolato non poco»⁵¹.

Ricevute le lettere di Cabitza e di Murgia, il 24 marzo Tacchi Venturi scriveva direttamente al Capo della polizia Bocchini, informandolo della situazione in cui si trovava Murgia. Egli teneva a sottolineare le parole del parroco Cabitza quando affermava che «la guerra fatta, e continuata, contro il Murgia» non era «politica, ma esclusivamente personale e professionale». Chiedeva dunque al Capo della Polizia di intervenire affinché Murgia potesse «interamente usufruire il beneficio concessogli dalla benignità del Capo del Governo»⁵².

Il 31 dello stesso mese il Ministero dell'Interno inviava alla Prefettura di Cagliari una richiesta di informazioni sulla questione, chiedendo al Prefetto di «esprimere il suo parere in proposito»⁵³. Questi rispondeva il 9 aprile, confermando che l'ex confinato era stato sospeso dall'esercizio della professione medica dal competente sindacato. Quest'ultimo era al corrente del proscioglimento, tuttavia «essendo un atto di clemenza - scriveva il Prefetto di Cagliari - non preclude la via al provvedimento disciplinare, la cui eventuale adozione rientra nella competenza del sindacato»⁵⁴. Si attendeva, dunque, che la posizione di Murgia fosse riesaminata e che l'organo competente si pronunciasse in merito. Evidentemente solo una sentenza da parte della Commissione d'Appello avrebbe permesso una piena assoluzione del medico guspinese, ed una conseguente riabilitazione all'esercizio delle sue funzioni.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Lettera di Luigi Murgia al Capo del Governo e Duce del Fascismo, Guspini 21 marzo 1938 cit.*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵¹ *Ibidem*. A proposito dell'azienda agricola, risulta che durante l'assenza di Murgia da Guspini se ne fosse occupato lo zio materno, il Cav. Efisio Lampis, 82enne facoltoso e senza figli, che era infermo agli occhi. Cfr. *Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Lettera del Maggiore Giuseppe Congedo al Comando Generale dell'Arma in Roma, Cagliari 4 marzo 1938 cit.*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵² *Lettera di Pietro Tacchi Venturi al Capo della Polizia Arturo Bocchini, Roma 24 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵³ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 29 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵⁴ *Regia Prefettura di Cagliari, Lettera del Prefetto di Cagliari all'On.le Ministero dell'Interno, Cagliari 9 aprile 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

Il 19 maggio Luigi Murgia chiedeva udienza presso il Ministero dell'Interno per chiarire personalmente la sua situazione, pregando «di essere per lo meno riammesso all'esercizio libero della professione»⁵⁵.

Nella seduta del 14 giugno 1938 la Commissione di Appello per gli assegnati al Confino esaminava il ricorso di Murgia, nonché le dichiarazioni favorevoli ad un atto di clemenza nei suoi confronti provenienti dal Prefetto di Cagliari e dai Carabinieri Reali della stessa città. Preso atto, inoltre, della revoca del provvedimento da parte del Duce, confermava il proscioglimento del condannato⁵⁶.

Intanto il medico guspinese scriveva una lettera a Pietro Tacchi Venturi, che lo aveva già aiutato in precedenza, affinché mettesse anche stavolta una buona parola col Duce. «Ella mi conosce ormai personalmente e attraverso le lettere dell'ottimo Parroco e degli altri suoi fratelli in Gesù che le hanno parlato di me», scriveva Murgia, che faceva appello al suo «vivo e gentile interessamento» affinché la sua situazione potesse risolversi positivamente e al più presto⁵⁷. Allegato alla lettera di Tacchi Venturi era anche l'esposto che Murgia aveva presentato presso il Ministero dell'Interno, indirizzato al Duce. In esso egli invocava «un provvedimento di riparatrice giustizia» che il Sindacato medico di Cagliari continuava a negargli. La sua sospensione dall'esercizio professionale, secondo il sindacato, era motivata dal fatto che il proscioglimento dalla pena non escludeva il reato. Murgia aveva inoltre presentato un reclamo alla Commissione Centrale per i reclami, la quale non si era ancora pronunciata a causa del periodo feriale, aggiornando la sua decisione al mese di Ottobre. «E così - proseguiva nel suo esposto - io non potrò essere riammesso all'esercizio professionale neppure alla scadenza dell'anno di confino assegnatomi e nonostante il proscioglimento ottenuto per larga generosità di V.E. sin dal 16 febbraio u.s.». Murgia chiedeva che fosse adottato nei suoi confronti lo stesso atteggiamento tenuto con l'avvocato Lisci, riammesso «senza alcuna noia» all'esercizio della sua professione subito dopo il proscioglimento⁵⁸.

Il 22 agosto il Parroco Cabitza scriveva una nuova lettera a Tacchi Venturi chiedendogli di intercedere, ancora una volta, in favore di Luigi Murgia, definito una «vittima innocente di odio personale» accusato e condannato «con ben inventate ragioni politiche che realmente non sussistono»⁵⁹.

L'intervento di Tacchi Venturi nella faccenda sortì indubbiamente il suo effetto. Il 31 agosto, infatti, il Ministero dell'Interno scriveva una lettera al Prefetto di Cagliari, e per conoscenza alla Direzione Generale della Sanità; lettera alla quale era allegato l'esposto presentato da Murgia al Capo del Governo. Nella sua il Ministro si diceva ora sorpreso del fatto che «un così grave provvedimento» fosse stato adottato dal Sindacato dei Medici dopo diversi giorni dal proscioglimento di Murgia per atto di clemenza da parte del Duce. Il Ministro affermava di non poter concordare sulle

⁵⁵ *Ministero dell'Interno, Richiesta di udienza del dottor Luigi Murgia, Roma 19 maggio 1938*, in ASC, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵⁶ *Commissione di Appello per gli assegnati al Confino, seduta del 14 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. Vedi anche la presa d'atto della seduta da parte del Ministero dell'Interno, ed il conseguente aggiornamento del fascicolo di Luigi Murgia. Cfr. *Ministero dell'Interno, Direzione Generale della P.S., Divisione Aff. Gen. e Riserv., Confino Politico, Roma 14 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵⁷ *Lettera del dott. Luigi Murgia, medico condotto a Pietro Tacchi Venturi, Guspini 21 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵⁸ *Ministero dell'Interno, copia esposto del dottor Luigi Murgia a S.E. il Capo del Governo e Duce del Fascismo, Guspini, 21 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁵⁹ *Lettera di Pietro Tacchi Venturi a Raffaele Cabitza, Guspini 22 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

motivazioni addotte per giustificare tale provvedimento disciplinare: «é prassi costante del Ministero che decadendo il provvedimento del confino per ordine del Capo del Governo tutte le altre conseguenze minori decadano». Il Ministro pregava, dunque, di «rendere addotto di ciò il Sindacato e riferire sui provvedimenti adottati»⁶⁰. Solo il 10 ottobre, tuttavia, il Prefetto di Cagliari rispondeva alla lettera del Ministro, comunicando di aver riferito al Sindacato Provinciale dei Medici di Cagliari di «affrettare i provvedimenti» nei confronti di Murgia⁶¹.

Il 17 settembre il Ministero scriveva una lettera a Pietro Tacchi Venturi, informando il gesuita che il Sindacato fascista della provincia di Cagliari era stato sollecitato dal ministero affinché rivedesse la sua deliberazione in merito alla posizione del dottor Murgia⁶². Le rassicurazioni, tuttavia, non sembravano aver portato alcun effetto, tanto che il 22 febbraio 1939 Pietro Tacchi Venturi scriveva una lettera direttamente al Capo della polizia Bocchini, pregandolo di risolvere la faccenda del medico guspinese, il quale aveva «pagato il suo fallo e non venne certo liberato dal confino perché usasse della riavuta libertà per morire di fame!»⁶³.

A questa lettera seguiva una nuova richiesta, il 28 febbraio, da parte del Ministero dell'Interno alla Prefettura di Cagliari, affinché Murgia fosse reintegrato nel suo ufficio di medico condotto, e riabilitato all'esercizio della professione medica⁶⁴. Si arrivava, nonostante tutto, ad una nuova lettera datata 21 giugno, con la quale il Ministero dell'Interno chiedeva alla Prefettura di Cagliari di informare per iscritto il «competente sindacato» della revoca del provvedimento di condanna dell'ex confinato. Il Ministero, stavolta, inviava copia della lettera anche alla Direzione Generale di Sanità⁶⁵.

Seguiva il 23 giugno una richiesta di spiegazioni da parte della Segreteria particolare del Duce al Ministero dell'Interno⁶⁶. Quest'ultimo riepilogava al giudice i fatti inerenti il caso di Luigi Murgia a partire dal 4 settembre 1937, fino alla revoca del confino avvenuta per atto di clemenza da parte dello stesso Duce⁶⁷.

3. Eugenio Massa: ex minatore, autista, sovversivo, militante del Partito socialista

Eugenio Massa nasceva a Guspini il 23 marzo 1890. Ex minatore, era diventato autista dopo essere stato arruolato nella Compagnia automobilistica durante la prima guerra

⁶⁰ Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 31 agosto 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶¹ Lettera della Regia Prefettura di Cagliari all'On.le Ministero dell'Interno, Cagliari 10 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi. Il 15 ottobre il Ministero scriveva un'altra lettera al Prefetto di Cagliari, chiedendo che gli venissero comunicate nuove informazioni sul dottor Murgia. A questa lettera, tuttavia, non risultano delle risposte in tempi brevi. Le successive comunicazioni, infatti, risultano datate addirittura al mese di febbraio del 1939. Cfr. Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 15 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶² Lettera del Ministero dell'Interno a Pietro Tacchi Venturi, Roma 8 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶³ Pietro Tacchi Venturi, A Sua Eccellenza il Cav. Di Gr. Cr. Arturo Bocchini Capo della Polizia, 23 febbraio 1939, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶⁴ Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 25 febbraio 1939, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶⁵ Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 21 giugno 1939, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶⁶ Lettera della Segreteria particolare del Duce alla Direzione Generale della Pubblica Sicurezza, Roma 23 giugno 1939, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Murgia Luigi.

⁶⁷ Lettera del Ministero dell'Interno alla Segreteria particolare del Duce, Roma 27 giugno 1939, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Murgia Luigi.

mondiale⁶⁸. Rientrato a Guspini aveva avviato una piccola autorimessa. Ex socialista, egli risultava iscritto al PNF fin dal 1923. Fu condannato al confino nel novembre 1937 per aver ospitato in casa sua la nota riunione con gli altri compaesani guspinesi, al fine di ascoltare il radiomessaggio di Velio Spano trasmesso dalla Radio comunista di Barcellona.

Secondo la ricostruzione fatta dai Carabinieri di Guspini, inoltre, Massa era fortemente sospettato della diffusione dei manifestini sovversivi rinvenuti nella piazza del Paese la sera del 5 settembre. Giunto a Guspini un Dirigente dell'OVRA per indagare sull'accaduto, il 12 settembre questi aveva disposto la perquisizione dell'abitazione di Massa, dove si «rinvennero moltissimi libri sovversivi», ma soprattutto «moltissimi numeri dell'avanti che il Massa aveva ricevuto in abbonamento fino all'anno 1926». Questo fatto era giudicato «politicamente impressionante», soprattutto perché Massa era iscritto al PNF dal '23. Benché egli non fosse mai stato precedentemente segnalato alla Questura, dalle indagini del Dirigente OVRA risultava che Eugenio Massa era stato, in passato, «uno degli esponenti più attivi del periodo rosso e spadroneggiava nel comune dato il suo carattere prepotente ed ambizioso». Era stato anche uno tra gli esponenti «più scalmanati» del Partito Sardo d'Azione, prima che questo confluisse nel PNF. Ambiva alla carica di Segretario Politico, ed aveva iniziato «una lotta violenta» contro il segretario in carica, servendosi dei suoi amici comunisti, ma evitando sempre di esporsi direttamente. Secondo il Questore Laudadio, i Carabinieri di Guspini nutrivano da tempo dei sospetti nei suoi confronti; tuttavia, fino ad allora, avevano avuto «paura di intervenire», sapendo quanto fosse «difficile in Guspini acquisire prove». Interrogato dal dirigente dell'OVRA Massa aveva, inoltre, «tenuto un contegno provocante». Il Questore proponeva, pertanto, una condanna esemplare - 5 anni di confino - nei suoi confronti⁶⁹. Quello stesso giorno Eugenio Massa veniva arrestato e tradotto nel Carcere di Cagliari⁷⁰.

Il 26 settembre i Carabinieri di Iglesias rendevano noto alla Questura cagliaritano che Massa aveva prestato il servizio militare e frequentato la quinta classe elementare. Veniva definito «di carattere taciturno e di comune intelligenza». Come nel caso di Luigi Murgia anche per Massa i Carabinieri non erano riusciti ad acquisire elementi precisi a suo carico riguardo la diffusione dei manifestini sovversivi. Unico fatto certo era la riunione la sera del 4 settembre. Il capitano dei Carabinieri Cuccia informava la Questura che a carico di Massa vi erano, tuttavia, alcuni precedenti penali: un arresto per oltraggio a pubblico ufficiale nel maggio del 1921; una condanna per diserzione emessa nel settembre 1919 (alla quale non si procedette per amnistia)⁷¹; ed infine una contravvenzione per trasgressione alle norme stradali nel luglio 1921⁷².

⁶⁸ Cfr. *Distretto Militare di Cagliari, Ufficio reclutamento e matricola, Copia del foglio matricolare di Massa Eugenio, Cagliari 1° febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁶⁹ *Relazione della Regia Questura di Cagliari a S.E. il Prefetto di Cagliari, Cagliari 20 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷⁰ *Verbale di fermo del nominato Massa Eugenio da parte del Funzionario di P.S. di Guspini, Guspini 12 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷¹ Massa era stato dichiarato disertore il 31 dicembre 1914 per non aver risposto alla chiamata alle armi. Cfr. *Distretto Militare di Cagliari, Ufficio reclutamento e matricola, Copia del foglio matricolare di Massa Eugenio, Cagliari 1° febbraio 1938* cit..

⁷² *Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia di Iglesias, Proposta di provvedimento di polizia a carico di Massa Eugenio da Guspini alla Regia Questura di Cagliari, Iglesias 26 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Allegati alla relazione dei Carabinieri di Iglesias furono il Certificato penale, l'Atto di nascita, e lo Stato di famiglia di Murgia. Cfr. *Tribunale di Cagliari, Certificato penale di Massa Eugenio, Cagliari 22 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Comune di Guspini, Certificato di Stato Civile di Massa Eugenio, Guspini 23 settembre*

Il Capo della Polizia Bocchini informava il Questore di Cagliari ed il Prefetto della stessa città, dell'assegnazione al confino di Eugenio Massa⁷³. Il 28 settembre il condannato veniva dichiarato fisicamente idoneo al regime di confino⁷⁴.

Sentito dalla Commissione Provinciale per il confino di Polizia della Prefettura di Cagliari il 25 novembre, in merito ai fatti contestati Eugenio Massa confermava di aver ascoltato la trasmissione radiofonica di Barcellona la sera del 4 settembre, ma a puro «titolo di curiosità e non per fine politico». Dichiarava, inoltre, di averlo fatto «in seguito ad invito di Murgia e di Lisci, perché si diceva in paese che, quella sera, avrebbe parlato Velio Spano»⁷⁵. Ciò nonostante la Commissione giudicava Eugenio Massa «persona pericolosa all'ordine sociale per propaganda antifascista», e la sua condanna risultava essere la più pesante, in confronto a quelle di Manis e Murgia, ossia l'incarcerazione ed il confino politico per un periodo di tre anni.

La Prefettura informava il Ministero dell'Interno della sentenza della Commissione Provinciale di Cagliari per il confino, affinché decidesse la destinazione da assegnarsi a Massa, che «non avendo mezzi propri per mantenersi», si proponeva fosse «destinato in una colonia»⁷⁶. Si rendeva noto al Ministero, inoltre, che Massa era «decorato della medaglia commemorativa della Guerra Libica e di quella Italo Austriaca»⁷⁷. Il 29 dicembre il Ministero dell'Interno comunicava al Prefetto di Cagliari l'assegnazione di Massa al comune di Corleto Perticara, presso Potenza⁷⁸, ed informava contestualmente anche il Prefetto di Potenza⁷⁹. Il condannato arrivava alla sua destinazione l'11 gennaio 1938⁸⁰.

Il 29 dicembre, dalla Direzione delle Carceri di Cagliari, partiva il plico contenente il ricorso in appello di Massa indirizzato al Ministero dell'Interno⁸¹. Al memoriale difensivo era allegata l'attestazione giurata di alcuni testimoni⁸², e la certificazione inerente la posizione giuridica del ricorrente⁸³. Nel suo ricorso Massa dichiarava di

1937, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Municipio di Guspini, Situazione di famiglia di Massa Eugenio, Guspini 23 settembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷³ Cfr. *Telegramma ministeriale del 19 settembre 1937 diretto alla Questura di Cagliari e per conoscenza al Prefetto di Cagliari*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Telegramma ministeriale del 21 settembre 1937 diretto al Prefetto di Cagliari*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷⁴ *Direzione delle Carceri Giudiziarie, Ufficio del medico chirurgo, certificato di sana e robusta costituzione riferito al detenuto Murgia Luigi fu Luigi*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷⁵ *Verbale della Commissione Provinciale per il confino di Polizia, Cagliari 25 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷⁶ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno in merito al confinato politico Massa Eugenio, Cagliari 20 novembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. La lettera porta una data indubbiamente sbagliata, dal momento che si riferisce ad una sentenza da parte della Commissione Provinciale di Cagliari per il Confino, che non è ancora avvenuta (25 novembre 1937).

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ *Ministero dell'Interno, dispaccio telegrafico al Prefetto di Cagliari, Roma 29 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁷⁹ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Potenza, Roma 31 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸⁰ *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 26 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸¹ *Lettera della Direzione Generali delle Carceri di Cagliari alla Commissione Centrale per l'Assegnazione al Confino presso il Ministero dell'Interno, Cagliari 29 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸² *Regia Pretura di Guspini, Attestazione giurata, Guspini 7 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸³ *Direzione delle Carceri Giudiziarie di Cagliari, Ufficio di matricola, Posizione giuridica di Massa Eugenio, Cagliari 29 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

non essere mai stato comunista, di aver vissuto da soldato tra il 1910 e il 1919, e di aver partecipato alla guerra libica ed europea; di essere stato iscritto al Partito Sardo d'Azione e di essere passato al PNF fin dal 1923. Rispetto al ritrovamento in casa sua di vari numeri dell'Avanti!, egli affermava di averli dimenticati in soffitta e di aver quindi scordato di distruggerli. Dichiarava di avere, in passato, letto giornali di diversi partiti «a scopo d'istruzione», nel periodo in cui «la stampa era libera e permessa dalla legge». Dichiarava di essere stato pregato da Murgia e Lisci di ospitarli a casa sua a sentire il discorso del fuoriuscito Spano, e non trovando in questo «alcun fine politico» aveva accettato. Affermava, inoltre, che del discorso non si era sentito comunque nulla a causa di «disturbi atmosferici». Massa pregava la Commissione di riconoscere i suoi «meriti fascisti», e che gli fosse diminuita la pena o che essa gli fosse convertita in ammonizione. Prometteva, infine, che da quel momento si sarebbe dedicato solo al lavoro⁸⁴. In difesa di Massa si presentavano Giuseppe Sanna (impiegato), Evaristo Gilardi (possidente), Antonio Mannu (pensionato) e Riccardo Tolu (esercente): tutti guspinesi. Questi dichiaravano che il loro compaesano era «un buon cittadino ed ottimo fascista», che aveva dimostrato «in ogni occasione di essere fedele al Regime» e di aver «contribuito sempre in opere assistenziali»⁸⁵.

Il Ministero, preso atto del ricorso, chiedeva al Prefetto di Cagliari informazioni precise «sulle circostanze addotte ... nonché sulle condizioni economiche, famigliari ed eventuali benemerienze di guerra del ricorrente». Il Ministro chiedeva inoltre, come di consueto, «di significare quale impressione produrrebbe una eventuale revoca o commutazione dell'impugnato provvedimento e se la revoca o la commutazione richiederebbe particolari misure per prevenire incidenti»⁸⁶.

La Prefettura rispondeva al Ministero qualche mese più tardi. Prima dell'arresto Massa conviveva con Giulia Lixia, la donna che aveva poi sposato per procura il 29 gennaio 1938. Fino al momento dell'arresto Massa gestiva una piccola autorimessa con quella che ora era la sua neo-consorte; possedeva beni immobili e terreni coltivati. Prima del servizio militare si diceva avesse fatto parte del partito socialista, «ma non fu propagandista né organizzatore dato anche le sue limitate capacità intellettuali». Anche dopo l'iscrizione al PNF era stato ritenuto «di dubbia fede fascista», e ciò era provato dal fatto che continuò a restare abbonato all'Avanti fino al 1926. Si riteneva si fosse iscritto al Partito fascista «per opportunismo, mentre continuava a professare idee sovversive». Si ribadiva il fatto che Massa avesse innescato una «lotta ... con tutti i mezzi» contro il Segretario politico, carica alla quale ambiva da tempo. Inoltre si riteneva che fosse coinvolto in numerosi fatti a carattere sovversivo verificatisi a Guspini. Prova ne era il fatto che, dopo il suo arresto, l'attività sovversiva in paese era completamente cessata. Con queste motivazioni il Prefetto di Cagliari esprimeva parere negativo riguardo ad un'eventuale revoca o commutazione del provvedimento di condanna nei confronti del condannato, anche perché questo avrebbe fatto una «cattiva impressione nella popolazione»⁸⁷.

⁸⁴ *All'Onorevole Commissione Centrale per il confine presso il Ministero dell'Interno, Cagliari 16 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸⁵ *Regia Pretura di Guspini, Attestazione giurata, Guspini 7 dicembre 1937 cit.*

⁸⁶ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 19 dicembre 1937*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸⁷ *Lettera delle R. Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Direz. Gen. P.S., Div. Confino Politico, Cagliari 19 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

Il 31 gennaio 1938 la neosposa Giulia Lixia indirizzava una lettera a Donna Rachele Mussolini, supplicandola di intervenire in favore di suo marito, afflitto peraltro da problemi di salute. Dichiarava che egli era sempre appartenuto al Fascio, che da soldato era stato ferito in guerra, e che al momento del fermo «viveva in casa sua premuroso solo di lavorare per provvedere il pane a se ed alla famiglia che sognava di costituire». La piccola azienda da lui gestita rischiava, peraltro, il fallimento a causa dell'assenza del suo titolare. La signora Lixia faceva appello «al Cuore nobilissimo della sposa del creatore dell'Impero», augurandosi che fosse provata presto l'innocenza di suo marito, ed affermava che contro di lui era stato ordito un complotto⁸⁸.

Il 7 febbraio la donna scriveva un'altra lettera, indirizzata stavolta al Ministero dell'Interno. Giulia Lixia pregava il Ministro di concedere al marito «una congrua licenza, di almeno un mese» affinché potesse sbrigare gli affari della sua azienda, che stavano «andando alla deriva» da quando era stato arrestato all'improvviso. Chiedeva che le fosse data la possibilità di «continuare essa nella gestione ed amministrazione dell'azienda», purché il marito riordinasse i libri contabili, dei quali si era sempre occupato, e che lei non era stata neanche in grado di leggere⁸⁹. Il Ministero trasmetteva alla Prefettura di Cagliari la richiesta inoltrata dalla signora Lixia⁹⁰, ma la Prefettura dichiarava di ritenere inopportuna la concessione della licenza al condannato, «perché l'industria automobilistica di trasporti ... non ha speciale importanza» e perché non aveva subito «interruzioni», dal momento che gli affari continuavano ad essere gestiti dalla moglie e dal fratello. La Prefettura, inoltre, rendeva noto al Ministero che in seguito all'arresto di Massa a Guspini non si erano più verificati episodi sovversivi. Un eventuale ritorno dell'uomo in paese avrebbe potuto «dar modo ai suoi amici di combinare qualche altro incidente da effettuare dopo la sua partenza; per dare ad intendere che altre persone, non il Massa, avevano provocato le precedenti manifestazioni sovversive»⁹¹. La richiesta di licenza inoltrata da Giulia Lixia fu dunque respinta⁹².

Il 19 febbraio una lettera del Segretario del PNF Starace veniva inviata al Capo della Polizia Bocchini, per informarlo che un'eventuale concessione del condono ad alcuni confinati sardi avrebbe fatto «una pessima impressione in tutta la provincia, particolarmente tra i fascisti»⁹³. Il Ministero rispondeva che, a differenza di Luigi Murgia e Riccardo Lisci, Eugenio Massa non risultava aver presentato alcuna istanza di clemenza, ma solo il ricorso in appello. Pertanto sarebbe rimasto al confino fino a quando tale ricorso non fosse stato esaminato dalla Commissione competente⁹⁴.

Il 2 marzo '38 il Ministero inviava una lettera alla Prefettura di Potenza per informarla che Massa lamentava di non aver ancora percepito le competenze di

⁸⁸ *Lettera di Giulia Lixia a Donna Rachele Mussolini, Guspini, 31 gennaio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁸⁹ *Lettera di Giulia Lixia a S. E. il Ministro degli Interni, Guspini 7 febbraio 1938*, in ASC, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹⁰ *Lettera del Ministero dell'Interno alla Prefetto di Cagliari, Roma 11 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹¹ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 25 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹² *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 5 marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹³ *Lettera del Segretario del Pnf Achille Starace al Capo della Polizia Arturo Bocchini, Roma 19 febbraio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Una copia identica di questa lettera era stata inviata anche a Luigi Murgia ed Ettore Manis.

⁹⁴ *Lettera del Ministero dell'Interno al Partito Nazionale Fascista, Roma 1° marzo 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

confinato⁹⁵. Con lettera del 14 marzo la Prefettura di Potenza informava il Ministero che era stato provveduto al pagamento delle spettanze al confinato⁹⁶.

In merito al suo ricorso in appello il Comandante dei Carabinieri di Cagliari esprimeva parere negativo circa un eventuale provvedimento di clemenza nei suoi confronti⁹⁷. Ad intervenire in favore di Eugenio Massa era ancora Giulia Lixia, la quale si appellava direttamente al Duce affinché la posizione del marito fosse riesaminata. La sua incriminazione era ritenuto un «parto di passioncelle gravide d'invidia e d'arrivismo», e sicuramente non era «basata su realtà oggettiva»⁹⁸. Il 2 marzo il Ministero dell'Interno scriveva al Prefetto di Cagliari chiedendo che si facesse carico di informare la signora Lixia che, perché suo marito potesse ottenere clemenza, occorreva che fosse egli stesso personalmente a richiederla⁹⁹. Seguiva dunque, a distanza di qualche giorno, la lettera di grazia al Capo del Governo da parte dello stesso Massa. Egli si rendeva conto che la sua posizione poteva apparire più compromessa rispetto a quella del dottor Murgia e dell'avvocato Lixi, a causa del rinvenimento delle riviste socialiste nella soffitta di casa sua. La sua unica colpa affermava essere quella di non aver mai ritenuto necessario od opportuno distruggerle. Giurava di essere un «fascista sincero, fedele e devoto» e di conservare «il più puro sentimento patriottico». Chiedeva «perdono dell'errore in cui, senza alcuna cattiva intenzione, è caduto»¹⁰⁰.

Come di consueto all'istanza di clemenza del confinato seguiva la richiesta del Ministero alla Prefettura di Cagliari affinché esprimesse il suo parere in proposito¹⁰¹. Il Prefetto Canovai dichiarava di ritenere il Massa non «meritevole di un atto di clemenza». Lo definiva un «opportunist ambizioso di comando ... di dubbia fede fascista, tanto più perché avvicinava e favoriva i sovversivi»¹⁰². La richiesta di proscioglimento veniva dunque respinta, ed il Ministero pregava il Prefetto di Potenza di informare il confinato¹⁰³.

⁹⁵ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 2 marzo 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹⁶ Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 14 marzo 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹⁷ Legione dei Carabinieri Reali di Cagliari, Lettera del Maggiore Giuseppe Congedo al Comando Generale dell'Arma in Roma, Cagliari 11 marzo 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹⁸ Lettera di Giulia Lixia in Massa a Benito Mussolini, Guspini 22 marzo 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

⁹⁹ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 9 aprile 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. In effetti la lettera originale del Ministero fu scritta il 2 aprile e copiata il 9, due giorni dopo la data della lettera di clemenza inviata al Duce da Massa. Evidentemente, però, al Ministero, alla data del 9 aprile, non risultava ancora alcuna richiesta di clemenza. Il 28 aprile perveniva al Ministero la risposta del Prefetto di Cagliari, nella quale si assicurava che la signora Lixia era stata informata come richiesto. Cfr. Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 28 aprile 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁰ Lettera di Massa Eugenio fu Antioco a Sua Eccellenza Benito Mussolini, Corleto Perticara 7 aprile 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰¹ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 24 aprile 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Il 5 maggio lo stesso Ministero trasmetteva alla Prefettura anche copia della lettera di Giulia Lixia a Donna Rachele Mussolini. Cfr., Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 5 maggio 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰² Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 6 maggio 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰³ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 14 maggio 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

Intanto, il 21 aprile la moglie di Massa faceva un nuovo tentativo per salvare il marito, appellandosi ancora una volta alla moglie del Duce, pregandola di intercedere presso il Capo del Governo affinché a suo marito fosse restituita «oltre la sua integrità di cittadino e di soldato, anche l'onore di appartenere alle file dei suoi fedeli». A causa dell'assenza del marito, inoltre, la famiglia rischiava la rovina economica, e tutto ciò a causa di «congreghe filistee paesane»¹⁰⁴. Neanche questo tentativo tuttavia sortiva l'effetto desiderato, e nonostante questo nuovo appello da parte di Giulia Lixia il Prefetto di Cagliari esprimeva parere negativo¹⁰⁵.

Il 12 maggio 1938 Massa inviava una lettera dal confino al Ministero dell'Interno, chiedendo che l'apparecchio radiofonico servito «per la ricezione della trasmissione incriminata», sequestrato a suo tempo dalle autorità di polizia e depositato presso la Questura di Cagliari, fosse restituito alla Società Philipps di Cagliari, alla quale apparteneva dal momento che non era stato ancora pagato. Dichiarava di ricevere dalla Società continue «sollecitazioni» al pagamento, che non poteva avvenire in quanto lui era al confino e non si trovava in condizioni di farvi fronte. Chiedeva pertanto che l'apparecchio fosse restituito alla moglie, che a sua volta lo avrebbe riportato alla Philipps¹⁰⁶. A questo proposito il 20 maggio il Ministero dell'Interno ne informava il Prefetto di Cagliari, pregandolo di provvedere all'accertamento dei fatti¹⁰⁷. Il 7 giugno la Prefettura comunicava al Ministero che l'apparecchio radiofonico, effettivamente, non era stato ancora interamente pagato alla ditta Masoni di Cagliari; stabiliva, pertanto, che fosse restituito alla moglie del confinato¹⁰⁸.

Avuta conoscenza del mancato accoglimento dell'istanza di clemenza in favore del marito, Giulia Lixia chiedeva al Ministero di poter raggiungere, anche a sue spese, il marito nella sua residenza di Corleto Perticara, essendo stata peraltro costretta a chiudere l'azienda di autotrasporti «dopo otto mesi di inutili sacrifici» nel tentativo di salvarla¹⁰⁹. Il Ministero chiedeva, ancora una volta, il parere in proposito da parte dei Prefetti di Cagliari e Potenza¹¹⁰, che stavolta acconsentivano alla richiesta della signora Lixia¹¹¹.

¹⁰⁴ *Lettera di Giulia Lixia a Donna Rachele Mussolini, Guspini 21 aprile 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁵ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 25 maggio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁶ *Lettera di Eugenio Massa al Ministero dell'Interno, Corleto Perticara 12 maggio 1938*, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁷ *Lettera del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, Roma 20 maggio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁸ *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 7 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino politico, Fasc. Massa Eugenio. Seguiva a questa una lettera del Ministero affinché al Massa fosse comunicata l'imminente restituzione dell'apparecchio radiofonico alla moglie. Cfr., *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari e p.c. alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 15 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁰⁹ *Lettera di Giulia Lixia all'On.le Ministero dell'Interno, Guspini 23 maggio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁰ *Lettera del Ministero dell'Interno alle Regie Prefetture di Cagliari e di Potenza, Roma 28 maggio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹¹ Cfr., *Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 7 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 27 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

Nel giugno del 1938 la Commissione d'Appello per gli assegnati al confino, esaminato il ricorso di Eugenio Massa, confermava gli addebiti nei confronti del condannato, ed esprimeva parere contrario al suo proscioglimento¹¹².

Il 4 luglio il Ministro autorizzava Giulia Lixia a raggiungere, a proprie spese, il marito a Corleto Perticara¹¹³. Intanto, il 7 luglio, Eugenio Massa veniva sottoposto a visita medica. Il dottor Nicola Schiavoni diagnosticava al confinato un «grave neuro-artrite con disturbi nervosi e glicosuria alimentare», oltre ad un asma bronchiale di cui Massa soffriva da anni. Il confinato necessitava di una alimentazione «speciale, con esclusione di cibi a buon mercato», ed era dunque indispensabile un sussidio mensile ulteriore per provvedere alla sua alimentazione¹¹⁴. Lo stesso Massa chiedeva formalmente al Ministero dell'Interno di provvedere a tale sussidio quanto prima, per evitare l'aggravarsi del suo stato di salute¹¹⁵. Il Prefetto di Potenza esprimeva parere favorevole in merito all'aumento del sussidio del Massa per malattia¹¹⁶, ed il Ministero dell'Interno ne autorizzava la corresponsione¹¹⁷.

Nel frattempo Massa inviava una nuova lettera al Duce, pregandolo, ancora una volta, di avere pietà, e di restituirlo alla sua famiglia ed al suo lavoro. Ammetteva di aver ospitato dei compaesani a casa sua per ascoltare alla radio le parole di un altro guspinese, per «udire le scemenze ... le bestialità di un rinnegato»; ma dichiarava di averlo fatto per pura curiosità paesana, senza alcun fine politico. Riteneva di essere già stato «duramente punito» in quei 10 mesi di carcere, per il suo «fallo»¹¹⁸. Il 12 luglio anche Giulia Lixia scriveva, con lo stesso intento, una nuova lettera al Duce¹¹⁹. Intanto, i primi di agosto, Massa veniva informato che la Commissione d'Appello aveva respinto il suo ricorso¹²⁰. Giulia Lixia inviava, così, una nuova lettera a Donna Rachele Mussolini¹²¹, e il Massa faceva un nuovo appello direttamente al Duce per ottenere clemenza¹²².

Intanto egli, dalla prigione di Corleto Perticara, chiedeva che gli fosse concesso il «pacco vestiario», asserendo di non potervi più provvedere con mezzi finanziari

¹¹² *Commissione di Appello per gli assegnati al Confino, seduta del 14 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Vedi anche la presa d'atto della seduta da parte del Ministero dell'Interno, ed il conseguente aggiornamento del fascicolo di Eugenio Massa. Cfr. *Ministero dell'Interno, Direzione Generale della P.S., Divisione Aff. Gen. e Riserv., Confino Politico, Roma 14 giugno 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹³ *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari e p.c. alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 4 luglio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁴ *Certificato medico di Eugenio Massa, Corleto Perticara 7 luglio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁵ *All'On.le Ministero dell'Interno. Istanza di Massa Eugenio, Corleto Perticara 8 luglio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁶ *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 1° agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁷ *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 7 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁸ *Lettera di Eugenio Massa a Sua Eccellenza Benito Mussolini, Corleto Perticara 9 luglio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹¹⁹ *Lettera di Giulia Lixia a Sua Eccellenza Benito Mussolini, Guspini 12 luglio 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁰ Cfr. *Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza e p.c. alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 5 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 24 agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²¹ *Lettera di Giulia Lixia a Donna Rachele Mussolini, Guspini agosto 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²² *Lettera di Eugenio Massa a S. E. Benito Mussolini, Corleto Perticara 13 settembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

propri¹²³. Il Prefetto di Potenza confermava al Ministero che il detenuto versava in «disagiata condizioni economiche», che non poteva acquistare a sue spese gli indumenti personali, e che pertanto il suo parere riguardo alla concessione del pacco vestiario era positivo¹²⁴. Anche il Ministero, dunque, accoglieva la richiesta¹²⁵.

I primi di settembre una nuova richiesta di Giulia Lixia giungeva al Ministero dell'Interno ed al Prefetto di Cagliari, ai quali la donna chiedeva che al marito fosse concessa una breve licenza, dovendo lei subire un intervento chirurgico d'urgenza per un'appendicite acuta¹²⁶. Stavolta il Prefetto di Cagliari concedeva senza indugio il suo nulla osta alla richiesta della signora Lixia, ed inoltrava tutta la documentazione per ottenere il parere del Ministero¹²⁷. Alla fine di settembre Giulia Lixia scriveva direttamente al Duce, rinnovando la richiesta di clemenza per il marito. La donna informava Mussolini delle sue precarie condizioni di salute, del suo imminente e rischioso intervento chirurgico che non trovava il coraggio di affrontare da sola, senza il marito accanto; lo informava, inoltre, dell'impossibilità di provvedere alla semina dei terreni agricoli di proprietà del marito e della necessità che egli facesse presto ritorno a casa¹²⁸. Ottenuto il parere favorevole anche da parte del Prefetto di Potenza¹²⁹, il Ministero accoglieva la richiesta di Giulia Lixia e concedeva un breve periodo di licenza di 8 giorni al Massa, affinché assistesse la moglie in ospedale¹³⁰.

Intanto, alla nuova richiesta di clemenza inoltrata dalla Lixia direttamente al Duce, seguiva una richiesta del Ministero dell'Interno al Prefetto di Cagliari, affinché esprimesse nuovamente il suo parere in merito¹³¹. Il Prefetto, dal canto suo, riteneva un atto di clemenza nei confronti del Massa ancora inopportuno «essendo troppo breve il periodo di confino espiato in relazione alle cause che hanno giustificato tale provvedimento»¹³².

Il 20 ottobre il Ministero dell'Interno informava i Prefetti di Potenza e Cagliari che la moglie di Eugenio Massa si trovava ancora a Guspini¹³³, e chiedeva una sospensione

¹²³ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 1° settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁴ Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 17 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁵ Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 22 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁶ Lettera di Giulia Lixia al Ministero dell'Interno, Guspini 4 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; Lettera di Giulia Lixia a S. E. il Prefetto di Cagliari, Guspini 4 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Cfr. anche l'allegato *Certificato medico di Giulia Lixia del Prof. Dr. Giuseppe Dellepiane, Direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della Regia Università, Cagliari 4 settembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁷ Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 8 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁸ Lettera di Giulia Lixia a S. E. Benito Mussolini, Guspini 24 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹²⁹ Lettera della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 3 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁰ Dispaccio telegrafico del Ministero dell'Interno alle Regie Prefetture di Potenza e di Cagliari, Roma 15 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³¹ Cfr. Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 27 settembre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; Lettera del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 7 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³² Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 10 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio. Cfr. anche Lettera della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 17 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³³ Telegramma del Ministero dell'Interno alle Regie Prefetture di Potenza e Cagliari, Roma 20 ottobre 1938, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

della licenza fino al momento del ricovero della signora Lixia nella clinica di Cagliari¹³⁴. Tuttavia, il Prefetto di Potenza informava che il confinato era partito due giorni prima¹³⁵. Il 21 ottobre Massa giungeva a Guspini¹³⁶, e da qui chiedeva al Ministero di ottenere quindici giorni di proroga alla sua licenza, in modo da poter sistemare alcune questioni legate alla sua piccola azienda agricola¹³⁷. Il Ministero chiedeva parere al Prefetto di Cagliari¹³⁸, che dichiarava «ingiustificato» il motivo addotto, dal momento che l'azienda veniva, ormai da un anno, «bene amministrata da moglie e fratello»¹³⁹. Così, il 30 ottobre Massa ripartiva, diretto nuovamente al confino¹⁴⁰.

In novembre le condizioni di salute del confinato tornavano a peggiorare, ed il medico di Corleto Perticara dichiarava di ritenere necessario che il detenuto fosse riportato «al clima caldo e temperato del suo paese nativo», affinché la sua salute non continuasse a peggiorare¹⁴¹. Il certificato medico veniva allegato ad una nuova lettera di Massa diretta al Ministero dell'Interno, con la richiesta di tener conto delle sue precarie condizioni di salute e del parere del dottor Schiavoni¹⁴².

In dicembre, in occasione del Natale 1938, il Duce disponeva finalmente il suo proscioglimento condizionale¹⁴³.

4. Murgia, Manis e Massa: protagonisti del Comitato di Concentrazione Interpartitica di Guspini (1943-1944)

Quando il 4 ottobre del 1943 si costituiva a Guspini il Comitato di Concentrazione Interpartitica, il repubblicano Luigi Murgia ne diveniva presidente, e veniva posto a capo dell'Amministrazione comunale guspinese¹⁴⁴. Ettore Manis, anche lui repubblicano, diventava invece segretario del Comitato. Nel giugno del 1944, dopo la ricostituzione dei partiti politici, all'interno del Comitato Comunale di Concentrazione Antifascista erano rappresentati il Partito Comunista, il Partito Repubblicano (di cui facevano parte anche Luigi Murgia ed Ettore Manis), il Partito d'Azione e il Partito Socialista (di cui faceva parte Massa Eugenio). Nell'agosto del

¹³⁴ *Telegramma del Ministero dell'Interno alle Regie Prefetture di Potenza e Cagliari, 20 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁵ *Telegramma della Regia Prefettura di Potenza al Ministero dell'Interno, Potenza 21 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁶ *Telegramma della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 22 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁷ *Telegramma di Eugenio Massa al Ministero dell'Interno, Guspini 24 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁸ *Telegramma del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 25 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹³⁹ *Telegramma della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 26 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁴⁰ *Telegramma della Regia Prefettura di Cagliari al Ministero dell'Interno, Cagliari 31 ottobre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁴¹ *Certificato medico di Massa Eugenio, Corleto Perticara 11 novembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁴² *Lettera di Eugenio Massa al Ministero dell'Interno, Corleto Perticara 14 novembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁴³ Cfr. *Telegramma del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Potenza, Roma 19 dicembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio; *Telegramma del Ministero dell'Interno alla Regia Prefettura di Cagliari, Roma 20 dicembre 1938*, in ACS, Fondo Confino Politico, Fasc. Massa Eugenio.

¹⁴⁴ MARTINO CONTU (a cura di), *Antifascisti a Guspini e Montevecchio. 1931-1945 dalla lotta clandestina contro il Regime al Comitato di Liberazione Nazionale (C.L.N.)*, Amministrazione Comunale di Guspini, Guspini 1997. Cfr. anche ID., *Con l'Edera contro la Dinamite, a Gippi*, in GIANFRANCO MURTAS (a cura di), *Sardismo e azionismo negli anni del C.L.N.*, Alternos, Cagliari 1990, pp. 467-480.

1944 Murgia si dimetteva dal C.C.A. per via di contrasti insorti nel Comitato tra Repubblicani e Comunisti (p. 9), e con lui tutti i rappresentanti repubblicani. Il Comitato, che a questo punto rappresentava i 3 partiti rimasti, nominava Eugenio Massa segretario. I repubblicani restavano comunque rappresentati all'interno del Comitato di Concentrazione Interpartitica (non più nel CCA).

Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana

Emanuela LOCCI
Università di Cagliari

«Sono certo che Giorgio non parlerà.
Se parlasse preferirei morire anche io».
Emilio Lussu

Abstract

The Resistance against the Nazis in Rome (September 1943 - June 1944) has raised harsh debates in politics and history. Within the main events of World War II it is considered almost irrelevant by most historians; others mark it as quite harmful, when one takes into account the countless massacres carried out by the Nazis as a retaliation to the attacks of the partisans. Although it is not the case to deal with the complexity of the dramatic changes needed to turn the fight against fascism, it is necessary to cast a light upon one of the protagonists of that troubled period: Giorgio Mastino Del Rio, a lawyer and a leading figure of the Christian Democrats. He is one of those almost unknown figures that contributed to the history of the country in the years between the Resistance and the post-war period.

Keywords

Giorgio Mastino Del Rio, Christian Democrat Party, Emilio Lussu, Via Tasso, Resistance in Rome, Ardeatine massacre

Riassunto

La Resistenza romana (settembre 1943 - giugno 1944) ha suscitato accesi dibattiti storici e politici. Nel contesto della Seconda guerra mondiale, da alcuni essa è considerata marginale, da altri dannosa, anche in considerazione delle innumerevoli stragi e rappresaglie compiute dai nazisti come risposta agli attacchi e alle azioni dei partigiani. Ovviamente non è questa l'occasione per cercare di spiegare la complessità del passaggio storico che l'Italia fu chiamata a compiere nella lotta contro il nazifascismo, quanto piuttosto cogliere l'occasione per fare luce su uno dei protagonisti in quel tumultuoso e travagliato periodo storico: l'avvocato Giorgio Mastino Del Rio, esponente di spicco della Democrazia Cristiana, appartenente a quel novero di figure oggi semi sconosciute che, con le loro azioni, hanno contribuito a fare la storia del Paese negli anni a cavallo tra la Resistenza e il secondo dopoguerra.

Parole chiave

Giorgio Mastino Del Rio, Democrazia Cristiana, Emilio Lussu, Via Tasso, Resistenza romana, Fosse Ardeatine

1. Introduzione

Giorgio Mastino Del Rio nacque a Ballao, piccolo paese del Gerrei, il 3 gennaio 1899¹, da Francesco e Maria Giuseppa Del Rio². La sua famiglia non era originaria del

¹ Cfr. COMUNE DI BALLAO, Atto di nascita n. 1, anno 1899, parte I. Nel presente atto il nome indicato per esteso è Mastino Giorgio Maoro.

² La famiglia Del Rio aveva tra i suoi componenti Giorgio Maria Del Rio, nato a Silanus il 20 luglio 1865. A diciassette anni entrò nel seminario di Alghero, proseguì gli studi in quello di Sassari e nel 1888 venne ordinato presbitero. L'anno successivo si laureò in teologia e iniziò la sua carriera accademica come professore di diritto canonico, fino al 1906 quando venne nominato Vescovo di Gerace, in Calabria, dove

paese, la madre era di Silanus ed il padre di Cuglieri. Ultimo di cinque tra fratelli e sorelle³, nacque a Ballao quasi per caso, la famiglia si era trasferita nel piccolo centro agropastorale solo da pochi anni, per via del lavoro del padre che si occupava, in qualità di tecnico, della costruzione delle strade.

Avviato fin da giovanissimo agli studi giuridici, a soli ventuno anni si laureò in Giurisprudenza all'Università di Cagliari. Durante gli anni universitari, che lo videro dividersi tra Cagliari e Ballao, conobbe Maria Capra, che divenne sua moglie nel 1923⁴. I due novelli sposi si trasferiscono immediatamente a Roma, dove Giorgio Mastino iniziò la carriera forense; appena ventiduenne fu l'avvocato di parte civile nel processo contro le Guardie Regie che a Modena avevano compiuto una strage, sparando contro dei manifestanti di piazza.

L'ambiente politico romano lo affascinò ben presto avvicinandolo alla politica e nel 1924 fu candidato nelle fila del Partito Popolare Italiano⁵, accanto ad Antonio Segni⁶ e a Palmerio Delitala (1876-1947)⁷.

2. L'Italia e il ventennio fascista

Mentre l'Italia si avviava verso il ventennio fascista, Mastino, diventato avvocato di grido, fondava insieme ad altri colleghi il Comitato Forense di Agitazione⁸, un organismo composto da numerosi avvocati che operavano in clandestinità contro il regime di Mussolini, organizzando boicottaggi e assumendo patrocini gratuiti. All'interno di questo organismo, la maggior parte dei cui componenti erano incalzati da mandati d'arresto, si trovavano rappresentati alcuni partiti politici e Mastino rappresentava la Democrazia Cristiana⁹.

vi è ancora un palazzo che porta il nome della famiglia Nieddu-Del Rio. Nel 1920 tornò in Sardegna presso la diocesi di Arborea, dove rimase fino al 1938, anno della sua morte.

³ Gesumino, Antonietta, Costantina, Antonio e Giorgio.

⁴ Cfr. COMUNE DI CAGLIARI, Atto di matrimonio n. 200/I, anno 1923. Il matrimonio fu celebrato il 30 luglio 1923.

⁵ Il Partito Popolare Italiano, fondato nel 1919 e sciolto nel 1926, ha rappresentato, malgrado la sua breve esperienza un momento di aggregazione politica organizzata dei cattolici, ispirato direttamente dalle idee sturziane. Per ulteriori approfondimenti, cfr. GABRIELE LA ROSA, *Il Partito popolare italiano*, Laterza, Bari 1969; GERLANDO LENTINI, *Il Partito Popolare italiano 1919-1926. Il fatto più grande della storia italiana dopo il Risorgimento*, Fede & Cultura, Verona 2009; LUIGI STURZO, *Il Partito popolare*, Zanichelli, Bologna 1956. Inoltre cfr. MARIO CASELLA, *Azione cattolica e partito popolare italiano (1919-1926)*, Congedo, Galatina (Lecce) 2014.

⁶ Antonio Segni nacque a Sassari il 2 febbraio 1891; fu quarto presidente della Repubblica e per due volte Presidente del Consiglio dei ministri nel biennio 1955-57 e 1959-60. Il 7 agosto 1964, durante una riunione cui parteciparono Giuseppe Saragat e Aldo Moro, Segni fu colpito da trombosi cerebrale. Ne seguì l'accertamento della condizione d'impedimento temporaneo ma, pur trattandosi di grave malattia, non si arrivò mai alla dichiarazione di impedimento permanente che avrebbe comportato una nuova elezione. La situazione si risolse con le dimissioni volontarie di Segni. In quanto ex Presidente della Repubblica fu nominato senatore a vita e morì a Roma nel 1972.

⁷ Su questa figura di democristiano, cfr. LUCA LECIS, *La DC in Sardegna, 1943-1949*, Guerini e Associati, Milano 2012, p. 43.

⁸ Cfr. GIORGIO GIANNINI, *La resistenza non armata all'occupazione nazista in Italia e in Europa*, in «I Quaderni», n. 1, 2010, p. 17, <www.pacedifesa.org> (15 giugno 2013).

⁹ La Democrazia Cristiana è stato un partito politico italiano di ispirazione democratico-cristiana e moderata, fondato nel 1942 e attivo sino al 1994. La DC è sempre stata il primo partito alle consultazioni politiche nazionali con la sola eccezione delle elezioni europee del 1984. Simbolo del partito era uno scudo al cui interno vi era una croce latina, sull'elemento orizzontale della quale vi era la scritta *Libertas*. Dopo il forzato scioglimento del Partito Popolare Italiano da parte del fascismo il 5 novembre 1926, i suoi esponenti mantennero la rete di rapporti e relazioni grazie al faticoso lavoro di collegamento di don Luigi Sturzo, che dall'esilio mantenne viva l'esperienza di impegno politico del disciolto partito. Nel settembre 1942 i fondatori del futuro partito iniziarono a incontrarsi clandestinamente nell'abitazione di Giorgio Enrico Falck, noto imprenditore milanese. Il partito appena

Mastino mal sopportava il governo fascista e ben presto cominciò, attraverso il Comitato Forense di Agitazione, la sua opera in chiave antifascista. Dopo il settembre 1943 divenne uno degli animatori della Resistenza romana¹⁰, impegnato su due fronti, sia nella Commissione Sindacale per lo studio del patto d'unità tra comunisti e socialisti, sia nel gruppo d'azione capeggiato da Emilio Lussu (1890-1979) e animato, tra gli altri, da Pilo Albertelli¹¹ e Vincenzo Toschi¹². Il gruppo gestiva le comunicazioni radio con gli alleati, un deposito di armi e organizzò alcuni attentati. Giorgio Mastino¹³ aveva conosciuto Emilio Lussu durante il periodo universitario, tra il 1919 e il 1920, quando Lussu era tornato in Sardegna dopo la Prima Guerra Mondiale. Nel corso degli anni si trovarono spesso in contrapposizione per questioni politiche, ma non venne mai meno la stima e il reciproco rispetto e fiducia. Nel periodo della Resistenza in più di un'occasione Lussu mise la sua vita e quella di sua moglie Joyce¹⁴ nelle mani dell'avvocato ballaese.

Oltre il reciproco affetto li accomunava una forte avversione per il fascismo, che prima della Resistenza ognuno aveva combattuto con i propri mezzi. Con l'armistizio del 1943¹⁵ e con la conseguente occupazione tedesca dell'Italia i due amici si unirono

costituito fu clandestino fino al 25 luglio 1943. A partire dallo stesso anno le forze democratiche organizzarono nelle zone occupate dalle truppe nazi-fasciste il movimento di Resistenza. Il movimento cattolico mantenne la propria presenza di sostegno ai perseguitati e alla popolazione. Tutti i partiti del Comitato di Liberazione Nazionale (CLN) crearono una propria forza militare. La Democrazia Cristiana costituì un suo corpo di brigate partigiane, meno ideologizzate rispetto alle forze del Partito Comunista e del Partito d'Azione.

¹⁰ Sulla Resistenza è disponibile una vasta produzione bibliografica. In questa sede si segnalano i seguenti contributi: RENATO PERRONE CAPANO, *La Resistenza in Roma*, 2 voll., Macchiaroli, Napoli 1963; ENZO PISCITELLI, *Storia della Resistenza romana*, Laterza, Bari 1965; ENZO COLLOTTI, RENATO SANDRI, FREDIANO SESSI (a cura di) *Dizionario della Resistenza*, voll. 1-2, Einaudi, Torino 2000-2006; ROBERTO BATTAGLIA, *Storia della Resistenza italiana (8 settembre 1943- 25 aprile 1945)*, Einaudi, Torino 1955; GIORGIO BOCCA, *Storia dell'Italia partigiana. Settembre 1943- maggio 1945*, Laterza, Bari 1966; CESARE DE SIMONE, *Roma città prigioniera. I 271 giorni dell'occupazione nazista (8 settembre '43 - 4 giugno '44)*, Mursia, Milano 1994; ID., *La resistenza romana, mito o realtà?*, in MARIO AVAGLIANO, (a cura), *Roma alla macchia, personaggi e vicende della Resistenza*, Avagliano Editore, Cava dei Tirreni 1997; ANTONIO PARISELLA (a cura di), *Roma e Lazio 1930-1950. Guida per le ricerche: fascismo, antifascismo, guerra, resistenza, dopoguerra*, Franco Angeli, Milano 1994.

¹¹ Pilo Albertelli nacque nel 1907 a Parma. Laureato in storia e filosofia, fu libero docente all'Università di Roma e durante il fascismo fu condannato a tre anni di vigilanza speciale per attività sovversive. Nel periodo della Resistenza fu comandante di tutte le squadre che facevano capo al Partito d'Azione. Arrestato dai fascisti nel 1944, fu torturato e infine giustiziato alle Fosse Ardeatine. Due anni dopo gli fu conferita la medaglia d'oro alla memoria. Per un suo profilo, cfr. FRANCO BUGLIARI, *Un eroe della Resistenza: Pilo Albertelli*, discorso commemorativo pronunciato in Roma nell'Aula Magna del liceo Giulio Cesare il 23 marzo 1946; GIULIO BUTTICI, *Pilo Albertelli*, in *I caduti della scuola*, Tipografia Centenari, Roma 1945; *Enciclopedia dell'antifascismo e della Resistenza*, vol. I, A-C, La Pietra, Milano 1968, pp. 24-25, alla voce *Albertelli, Pilo*; PARTITO D'AZIONE (a cura di), *Pilo Albertelli*, L'Arciere, Roma 1945; ALFIERI VITTORIO, *Pilo Albertelli, filosofo e martire delle Fosse Ardeatine*, Spes Edizioni 1984.

¹² Vincenzo Toschi era un militare che, subito dopo l'armistizio, si era dato alla macchia per non servire i tedeschi. Nel corso della Resistenza fu comandante delle squadre dei "Sette Comuni" nel Lazio.

¹³ Assumerà anche il cognome della madre subito dopo la guerra.

¹⁴ Gioconda Beatrice Salvadori Paleotti (1912-1998), nota con lo pseudonimo di Joyce, era nata in una facoltosa e nobile famiglia. Scrittrice, partigiana e poetessa italiana, medaglia d'argento al valor militare, capitano nelle brigate Giustizia e Libertà fu la seconda moglie di Emilio Lussu, che incontrò nel 1938 e con cui avrebbe diviso la vita fino alla morte di lui, condividendone l'esilio e la lotta antifascista.

¹⁵ Badoglio annunciò l'armistizio l'8 settembre 1943. Questo il comunicato dell'agenzia Stefani: «Il capo del governo, maresciallo d'Italia, Pietro Badoglio, questa sera alle 19.45 ha fatto alla radio la seguente comunicazione: "Il governo italiano riconosce l'impossibilità di continuare l'impari lotta contro la soverchiante potenza avversaria, nell'intento di risparmiare ulteriori e più gravi sciagure alla nazione, ha chiesto un armistizio al generale Eisenhower, comandante in capo delle forze alleate anglo-americane. La richiesta è stata accolta. Conseguentemente ogni atto di ostilità contro le forze anglo-

nella stessa battaglia. Entrambi facevano parte del Comitato di Liberazione Nazionale, organo che nacque proprio all'indomani della dichiarazione di Armistizio di Badoglio, costituito dai rappresentanti dei diversi partiti che avversavano il fascismo. Mastino era uno dei rappresentanti della Democrazia Cristiana e Lussu vi rappresentava il Partito d'Azione¹⁶.

Durante la Resistenza molti patrioti avevano cambiato nome, casa e abitudini, ma Lussu non cedette: anche se era una delle personalità politiche più ricercate d'Europa usciva di casa senza paura di essere riconosciuto. Continuò imperterrito a organizzare convegni e a distribuire armi¹⁷, rimanendo per tutti il professor Michele Raimondi, accademico dell'Università di Roma.

Le attività di Mastino riguardavano la pianificazione degli attentati e il reperimento delle munizioni. L'avvocato era convinto del fatto che con i tedeschi bisognasse utilizzare la forza¹⁸. A marzo del 1944 la sicurezza di Lussu vacillò, tutte le iniziative del gruppo sembravano senza seguito. Da alcuni mesi si organizzavano attività eversive a Roma, in Lazio e in Abruzzo. Lussu, Mastino, i due fratelli Furio¹⁹ e Aventino Lauri²⁰ e altri stavano pianificando una azione armata a Torrita Tiberina²¹. Un altro sardo, il tenente Federico De Pau si era infiltrato oltre le retrovie tedesche e per giorni non diede notizie di sé. Solo dopo settimane, il messaggio diffuso da Radio Londra, avvertì i compagni che era arrivato sano e salvo, portando a termine la missione e consegnando i documenti segreti che gli erano stati affidati²². Tutto il lavoro fu in parte vanificato dall'errore di un pilota che lanciò i materiali richiesti

americane deve cessare da parte delle forze italiane in ogni luogo. Esse però reagiranno ad eventuali attacchi da qualsiasi altra provenienza"».

¹⁶ Il Partito d'Azione fu ricostituito il 4 giugno 1942 nella casa di Federico Comandini a Roma. Di orientamento radicale, repubblicano, socialista liberale e socialdemocratico, ebbe vita breve e si sciolse cinque anni dopo. I suoi membri furono chiamati *azionisti* e il suo organo ufficiale era «L'Italia libera». Il Partito d'Azione nacque dall'incontro tra Giustizia e Libertà, il movimento liberalsocialista di Guido Calogero e Aldo Capitini, nonché da alcune personalità liberali e di sinistra come Federico Comandini, Ferruccio Parri e Ugo La Malfa. Dopo la caduta di Mussolini e l'invasione nazista dell'Italia, i membri del Partito d'Azione organizzarono bande partigiane e parteciparono alla Resistenza con le Brigate Giustizia e Libertà. Il Pd'A fu uno dei sei partiti del Comitato di Liberazione Nazionale. Dopo la fusione di Giustizia e Libertà e Partito d'Azione, Lussu, diventato uno dei leader della nuova formazione politica, partecipò alla Resistenza a Roma, mantenendo comunque stretti rapporti con il Partito Sardo d'Azione. Come esponente di punta dell'ala socialista del partito guidò lo scontro contro la corrente liberaldemocratica di Ugo La Malfa, in un conflitto che fu la causa della scomparsa del Partito d'Azione. Il tormentato rapporto di Lussu con la dirigenza moderata e conservatrice del partito sardo post-bellico sfociò nel 1948 in una rottura con la corrente lussiana che fondò un nuovo partito, il Partito Sardo d'Azione Socialista. Per maggiori approfondimenti sul Partito d'Azione, cfr. GIOVANNI DE LUNA, *Storia del Partito d'Azione*, Utet, Torino 2006; *Le origini del Partito d'Azione (1929-1943)*, FIAP- Istituto di Studi Ugo La Malfa, Roma 1985; EMILIO LUSSU, *Storia del Partito d'Azione e gli altri*, Mursia, Milano 1968.

¹⁷ Lo stesso Mastino Del Rio gliene aveva procurate attraverso un altro sardo, Ernesto Todde.

¹⁸ Anche nel caso dell'attacco militare di via Rasella, che aveva suscitato tante polemiche sulla sua opportunità, egli si dichiarò favorevole alla lotta armata contro i nazi-fascisti. Cfr. Intervista ad Antonio Lai, nipote di Giorgio Mastino Del Rio, Cagliari, 25 giugno 2013.

¹⁹ Furio Lauri nacque nel 1918 e la sua passione per il volo lo portò in occasione della Grande Guerra a partecipare a varie azioni militari nel Mediterraneo. Fu insignito della medaglia d'oro al valor militare, ma nel 1943 il suo aereo fu abbattuto. Nel periodo dell'Armistizio si trovava in Italia, dove partecipò attivamente alla Resistenza. Morì a Roma nel 2002. Cfr. <www.anpi.it> (3 novembre 2013).

²⁰ Anche il giovane fratello di Furio Lauri, Aventino, militava nella squadra di cui faceva parte Giorgio Mastino del Rio. Morì tragicamente dopo la liberazione della capitale, a causa di un proiettile della mitraglietta che stava usando per un'esercitazione.

²¹ Vincenzo Toschi aveva già predisposto un piano dopo aver fatto un sopralluogo, scegliendo un campo di atterraggio e preparando uomini, armi ed esplosivi.

²² I documenti in questione erano planimetrie, nomi di ufficiali inglesi di collegamento, elenco delle armi richieste e altri.

troppo vicino a un campo militare tedesco, ma parte delle munizioni fu comunque recuperata dallo stesso Mastino Del Rio accompagnato da Toschi, dal suo attendente Mario Speranza, da tre studenti (uno figlio di Speranza e gli altri due nipoti di Toschi), dall'aviere Martini, che fungeva da radiotelegrafista, da due contadini della zona (Carlo e Antonio Chiocchini, padre e figlio) e, infine, dal medico Giorgio Andreoni, che si era unito al gruppo per prestare soccorso medico in caso di cattivo atterraggio dei paracadutisti alleati.

L'attentato doveva essere compiuto con l'aiuto di un non meglio identificato Domenico P., esperto della zona e di esplosivi. Si dovevano utilizzare settanta chili di tritolo, che Lauri aveva precedentemente recuperato. In casa dell'avvocato si formavano gli uomini, con un ex colonello dei Guastatori che illustrava ai componenti della squadra come conservare e utilizzare l'esplosivo. Tutto era pronto per l'azione, quando all'improvviso Domenico P. scomparve. Quasi contemporaneamente il figlio maggiore di Mastino Del Rio, Francesco, venne arrestato nel Convento di San Paolo dalla Banda Koch²³ e poi tradotto nel reclusorio politico di Castel Franco d'Emilia²⁴ dopo due settimane di detenzione a Regina Coeli²⁵.

Dal quel momento, Mastino si aspettava di essere arrestato da un giorno all'altro e la sua casa, che aveva fino a quel momento rappresentato un posto sicuro dove riunirsi, non fu più visitata neanche dai compagni della Commissione Sindacale per lo studio di unità tra comunisti e socialisti, della quale facevano parte Achille Gronchi, Giovanni Grandi, Giulio Pastore, Ezio Vanoni, Giuseppe Di Vittorio e Bruno Buozzi²⁶. Lo stesso Lussu evitava di fare visita all'avvocato e alla sua famiglia, più per timore di ritorsioni su questi ultimi che per sé stesso²⁷. Prima dell'arresto di Francesco spesso vi trascorreva anche la notte, soprattutto quando si organizzavano azioni militari. Addirittura, Lussu vi soggiornava per lunghi periodi, tanto che in casa era stata approntata una camera solo per lui²⁸.

²³ La banda Koch prende il nome da Pietro Koch (1918 - 1945), un militare e ufficiale della polizia politica italiana. Negli ultimi anni della seconda guerra mondiale fu a capo di un reparto speciale di polizia della Repubblica Sociale Italiana, che operò principalmente a Roma macchiandosi di numerosi crimini. La banda decimò le file degli antifascisti di Roma, tra i quali 23 esponenti del Partito d'Azione, di cui 21 furono fucilati alle Fosse Ardeatine. Sempre la squadra Koch, la notte tra il 3 e il 4 febbraio, coordinò l'assalto dei suoi uomini al convento annesso alla Basilica di S. Paolo, che portò all'arresto di 67 persone fra ebrei, renitenti alla leva, ex-funzionari di polizia e militari di rango dell'ex Regio Esercito che vi avevano trovato rifugio. Tra gli arrestati anche Francesco Mastino del Rio. Sulla Banda Koch cfr. il contributo di MASSIMILIANO GRINER, *La «Banda Koch». Il reparto speciale di polizia 1943-44*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.

²⁴ Il ragazzo appena diciottenne riuscì a scappare e a tornare a piedi, in un'Italia sconquassata dalla guerra, fino a Roma. Dopo la guerra si sposò con Ada Rocchi, ma la sua vita finì tragicamente a causa di un'incidente domestico nella casa di famiglia di via Parioli.

²⁵ Cfr. EDGARDA FERRI, *Uno dei tanti, Orlando Orlandi Posti. Una storia mai raccontata*, Mondadori, Milano 2009, p. 155.

²⁶ Bruno Buozzi, dirigente sindacale socialista, venne ucciso dai nazisti nella strage de La Storta, poco fuori Roma, il 4 giugno 1944, mentre gli Alleati liberavano la capitale, insieme ad altri 12 compagni, in gran parte socialisti, tra cui lo xilografo Luigi Castellani. Sulla figura di Buozzi, cfr. GABRIELE MAMMARELLA, *Bruno Buozzi (1881-1944). Una storia operaia di lotte, conquiste e sacrifici*, Ediesse, Roma 2014; ALDO FORBICE (a cura di), *Sindacato e riformismo. Bruno Buozzi scritti e discorsi (1910-1944)*, Franco Angeli, Milano 1994. Sulla strage de La Storta e per un profilo biografico di Castellani, cfr. MARTINO CONTU, *Luigi Castellani. Vita di uno xilografo, impiegato del Ministero dell'Interno, martire de "La Storta"*, Centro Studi SEA, Villacidro 2009.

²⁷ GIORGIO MASTINO DEL RIO, *Ho invocato un morto, ricordi di via Tasso*, Edizioni FM, Roma 1963, p. 21.

²⁸ Intervista a Maria Luisa Mastino Del Rio, Roma, 4 dicembre 2013.

3. Da via Tasso a via Rasella

I cupi presagi si concretizzarono il 12 marzo 1944, in una giornata fredda e piovosa, quando Mastino subì l'irruzione in casa di una squadra di SS comandata da Erik Priebke²⁹. Entrarono tre tedeschi, un uomo in borghese e un uomo molto alto che imbracciava un mitra. L'uomo in borghese chiese subito all'avvocato notizie riguardanti alcuni esplosivi. Mastino negò, i tedeschi insistevano, lo minacciavano e alla fine lo portarono via sotto gli occhi della moglie Marie e dei figli Emilio e Maria Luisa³⁰. In un primo momento, sembrò che i tedeschi volessero portare via l'intera famiglia e l'avvocato per un attimo pensò di strappare l'arma a uno dei tedeschi tentando il tutto per tutto. Secondo la testimonianza della figlia Maria Luisa, subito dopo l'arresto del padre la famiglia Mastino pensò di avvisare gli amici della Resistenza, ma quello che fu poi indicato come Erik Priebke tornò nell'appartamento e mise fuori uso il telefono³¹. La mattina dopo Maria Capra³² chiamò i compagni di lotta da un telefono pubblico per informarli dell'arresto del marito Giorgio, che era stato portato in via Tasso. Una volta arrivato cominciarono l'interrogatorio e le angherie, l'avvocato venne picchiato selvaggiamente, ma non tradì i suoi compagni. Gli fu mostrato Domenico P. con il volto talmente tumefatto da renderlo quasi irriconoscibile. Mastino inizialmente negò di conoscerlo, poi lo ammise, dichiarando di averlo incontrato nel suo studio a causa di un problema legale che lo stesso Domenico P. aveva con i suoi operai e fornitori. Kurt Schultz³³, uno dei tedeschi, continuava a picchiarlo cercando di piegare Mastino, che continuava imperterrito a dichiararsi innocente. A un certo punto gli aguzzini gli mostrarono delle fotografie, una delle quali ritraeva Lussu. Visto che non ottenevano le informazioni che cercavano, i tedeschi minacciarono di fucilarlo dopo un paio di giorni.

Dopo il terribile interrogatorio e una nuova perquisizione venne mandato nella cella numero cinque, dove già alloggiavano alcuni prigionieri. I soldati lo buttarono nel pavimento e a quel punto i compagni di sventura lo accudirono per quel che poterono considerando le sue condizioni. Secondo la testimonianza scritta lasciata da Manlio Gelsomini, rinvenuta nel capotto di questo sfortunato martire delle Fosse Ardeatine, l'avvocato al suo arrivo in cella «era completamente scassato», perdeva sangue dalle orecchie, dalla bocca e dalla testa e le mani erano ridotte in una poltiglia sanguinolenta. Secondo Maria Luisa Mastino Del Rio, il padre fu torturato da dodici uomini, con pugni, calci, fruste e un pugno di ferro. L'avvocato riuscì a sopravvivere, ma soffrì di dolori per tutto il resto della sua vita³⁴.

3.1 I compagni della cella “numero cinque”

I suoi compagni di cella erano: Ornello Leonardi³⁵, un ragazzo arrestato lo stesso giorno dell'avvocato a causa della denuncia di una spia; Vincenzo Cicconi, un italo-

²⁹ MASTINO DEL RIO, *Ho invocato un morto*, cit., p. 22.

³⁰ I figli di Mastino, Emilio e Maria Luisa, avevano, all'epoca dei fatti, quindici e tredici anni.

³¹ ALBERTO MELIS, *Io accuso Erik Priebke*, in «L'Unione Sarda», Pagina Cultura, 28 maggio 1996.

³² Anche la moglie dell'avvocato faceva parte della Resistenza, il suo nome in codice era Margherita, spesso faceva da staffetta da Roma a Torrita Tiberina, trasportando armi o documenti occultati in alcuni mazzi di fiori.

³³ Kurt Schultz, diretto subalterno di Herbert Kappler, si rese irreperibile dopo la guerra, di lui si persero le tracce e non fu mai processato.

³⁴ Intervista a Maria Luisa Mastino Del Rio, cit.

³⁵ Su questa figura di martire, cfr. GEORGES DE CANINO, *Come un soffio di primavera*, articolo pubblicato il 26 marzo 2012, <<http://www.romaebraica.it/come-un-soffio-di-primavera/>> (15 giugno 2014); SERGIO LEONARDI, «Lui tornava molto tardi dalle sue azioni», *Ornello Leonardi, un giovane barista ucciso alle Fosse Ardeatine*. Intervista di Lucrezia Lo Bianco, corredata da testimonianze processuali, a cura di

francese disertore e in attesa di corte marziale; Pasquale Cocco, sardo, originario di Sedilo, sergente dell'Aeronautica, rinchiuso in via Tasso perché, pur di evitare di andare al nord con i repubblicani del battaglione G.M. Angioy, si tagliò le vene³⁶; Alvino, un maresciallo paracadutista che dopo l'otto settembre era tornato a casa, vicino a Avellino, dove aveva iniziato a dedicarsi a quelli che definiva pacifici traffici ma fu arrestato dai tedeschi perché sospettato di connivenza con i partigiani; Orlando Orlandi Posti³⁷, un giovane partigiano che faceva parte di una squadra del Partito d'Azione operante nel quartiere di Monte Sacro a Roma, arrestato durante un rastrellamento, la cui posizione peggiorò perché a casa sua, dopo una perquisizione, venne trovata una pistola; Manlio Gelsomini, medico chirurgo, arrestato con il colonnello Cordero Lanza di Montezemolo, uno dei più importanti animatori della lotta antifascista, comandante del Fronte Militare Clandestino della Resistenza³⁸, e con il generale di brigata Dardano Fenulli³⁹. Furono tutti arrestati per delazione di Alberto Pistolini, una spia che si guadagnava da vivere facendo catturare gli antifascisti e che per l'arresto di Montezemolo e degli altri aveva ricevuto un milione di lire⁴⁰.

Gli uomini che occupavano la cella numero cinque rappresentavano tutti i movimenti politici presenti in Italia: Mastino Del Rio la Democrazia Cristiana, Leonardi e Gelsomini (che era anche massone) il Partito Comunista, Orlandi Posti il Partito d'Azione.

3.2 La scarcerazione

Il mattino del 21 marzo, mentre conversava con i suoi compagni di cella su cosa sarebbe accaduto in Italia dopo la liberazione, l'avvocato venne convocato nell'ufficio dove era stato interrogato e torturato il giovedì precedente. Lì scoprì che Domenico P., che aveva fatto il suo nome dopo essere stato torturato, aveva ritrattato all'ultimo minuto, prima di essere giustiziato, sostenendo l'innocenza dell'avvocato. Mastino era incredulo, non credeva ai tedeschi che invece nel pomeriggio lo liberarono, dopo avergli fatto firmare l'ennesima dichiarazione. Ebbe solo il tempo di intravedere per l'ultima volta Ornello, che in quel momento stava pulendo alcuni gradini di una scala e di salutare velocemente gli altri che erano in cella. Gelsomini, Lallo, Alvino e Cocco lo aiutarono a vestirsi e a prendere le sue poche cose. Fu quella l'ultima volta che vide i suoi compagni di prigionia, poiché sarebbero morti quasi tutti, pochi giorni dopo, nell'eccidio delle Fosse Ardeatine. Difatti, si salvarono soltanto Cicconi e Alvino. Il primo, dopo essere stato condannato a morte dal tribunale tedesco, riuscì a evadere da Regina Coeli e il 3 giugno si rifugiò

Antonio Parisella, in GIUSEPPE MAGAVERO, ANTONIO PARISELLA (a cura di), *Memorie di quartiere. Frammenti di storia di guerra e di Resistenza nell'Appio Latino e Tuscolano 1943-1944*, Edilazio, Roma 2007, pp. 233-245.

³⁶ MARTINO CONTU, *I martiri sardi delle Fosse Ardeatine. Militari*, AM&D, Cagliari 1999, p. 58.

³⁷ Su Orlando Orlandi Posti si veda FERRI, *Uno dei tanti, Orlando Orlandi Posti. Una storia mai raccontata*, cit.; ORLANDO ORLANDI POSTI, *Roma '44. Le lettere dal carcere di via Tasso di un martire delle Fosse Ardeatine*, con nota editoriale di Loretta Veri, Donzelli, Roma 2004.

³⁸ Per approfondimenti sulla figura del colonnello Cordero di Montezemolo si veda MARIO AVAGLIANO, *Il partigiano Montezemolo. Storia del capo della resistenza militare nell'Italia occupata*, Dalai Editore, Milano 2012.

³⁹ Entrambi i militari furono trucidati alle fosse Ardeatine; alla loro memoria fu assegnata la medaglia d'oro al valore militare. Notizie sul generale Dardano Fenulli si trovano in OTELLO MONTANARI, ANTONINO ZAMBONELLI, *Gen. Dardano Fenulli (R.E. 1889 Fosse Ardeatine 1944). Biografia e testimonianze*, Amministrazione comunale, Reggio Emilia 1978.

⁴⁰ MASTINO DEL RIO, *Ho invocato un morto*, cit., p. 51.

proprio a casa di Mastino. Il secondo, destinato ai lavori forzati, riuscì egualmente a scappare.

Dopo essere stato liberato, Mastino incontrò Lussu nella casa di Geremia Luconi, Lussu si sincerò delle condizioni di salute dell'avvocato e lo ringraziò per non averlo tradito, cosa di cui si diceva profondamente certo. Lussu, di cui solo l'avvocato conosceva il nascondiglio e l'identità, testimonierà di non aver voluto cambiare indirizzo, perché sicuro che «Giorgio non avrebbe parlato, se l'avesse fatto avrei preferito morire anche io». Lo stesso Lussu, dopo la fine della guerra durante uno dei suoi viaggi in Sardegna, si sarebbe recato nella casa di Mastino Del Rio a Ballao, per assicurare i parenti sulla salute dell'avvocato.

3.3 L'attentato di Via Rasella

L'attacco di via Rasella scatenò diverse polemiche in alcuni settori della Resistenza italiana. Giorgio Mastino Del Rio era favorevole alla soluzione armata e difese l'azione di guerra che era stata organizzata il 23 marzo 1944, considerandola non un atto di inutile violenza compiuto dai partigiani "rossi", ma un'importante attacco strategico che ebbe un suo peso nella lotta di liberazione, perché costrinse l'Alto Comando tedesco a deviare da Roma il transito delle colonne di truppe e di rifornimento.

Il piano originario prevedeva l'attacco in via delle Quattro Fontane, ma all'ultimo momento si decise di far esplodere la carica di tritolo in via Rasella, davanti al palazzo Tittoni. Nell'esplosione e nella successiva sparatoria morirono quarantadue tedeschi del primo battaglione del reggimento Polizei SS Bozen. L'attacco di via Rasella era stato deciso dal comando dei GAP centrali, in sostituzione dell'attacco previsto per quel giorno alla sede tedesca di via Tasso per liberare i prigionieri della Gestapo. Dopo un sopralluogo, vista l'impossibilità di portare avanti questo piano a causa del sistema difensivo tedesco, si era deciso di predisporre un attacco a una colonna militare germanica⁴¹.

Dopo l'azione di via Rasella il comando tedesco vietò alle sue truppe di circolare a Roma con munizioni e mezzi, ma iniziarono le rappresaglie e il giorno dopo fu compiuto l'eccidio delle Fosse ardeatine⁴², dove furono trucidate trecentotrentacinque persone, tra cui nove sardi⁴³.

⁴¹ Parteciparono all'azione oltre a Mario Fiorentini, che ne era il regista, Rosario Bentivegna, studente in medicina, Carla Capponi, studentessa, Raul Falcioni, Fernando Vitagliano, Pasquale Balsamo, Francesco Curreli, Guglielmo Blasi, Carlo Salinari, Silvio Serra e Franco Calamandrei.

⁴² Per approfondimenti sull'argomento cfr. ATTILIO ASCARELLI, *Le Fosse Ardeatine*, Palombi, Roma 1944 e le successive edizioni aggiornate e ampliate (Canesi, Roma 1965; Silva e Ciarrapico, Roma 1974; ANFIM, Roma 1984, 1989, 1992, 1997, 2001); MARTINO CONTU, MARIANO CINGOLANI, CECILIA TASCA, *I Martiri Ardeatini. Carte inedite 1944-1945. In onore di Attilio Ascarelli a 50 anni dalla scomparsa*, AM&D, Cagliari 2012 (quest'ultimo volume contiene le schede biografiche dei 335 martiri delle Fosse Ardeatine, con i relativi riferimenti bibliografici); MARTINO CONTU, MARIANO CINGOLANI, CECILIA TASCA, *I verbali inediti di identificazione dei Martiri Ardeatini 1944-1947*, AM&D, Cagliari 2012; ALESSANDRO PORTELLI, *L'ordine è già stato eseguito. Roma, le Fosse Ardeatine, la memoria*, Donzelli Editore, Roma 1999; ROBERT KATZ, *Morte a Roma. Il massacro delle Fosse Ardeatine*, Il Saggiatore, Milano 2004.

⁴³ Si tratta di quattro militari, Pasqualino Cocco di Sedilo, sergente pilota dell'Aeronautica, Candido Manca di Dolianova e Gerardo Sergi di Portoscuso, brigadieri dell'Arma dei Carabinieri, medaglie d'oro al Valore Militare, e Agostino Napoleone di Cagliari, Sottotenente di Vascello della Marina Militare, medaglia d'argento al Valore Militare. Gli altri cinque sono civili: Salvatore Canalis di Tula, insegnante di greco e latino, militante azionista; Gavino De Lunas di Padria, ufficiale postelegrafonico e cantante, simpatizzante azionista; Giuseppe Medas di Narbolia, avvocato, militante azionista; Sisinnio Mocci di Villacidro, fabbro, militante comunista; Antonio Ignazio Piras di Lotzorai, contadino. Sul tema, si vedano i seguenti contributi: MARTINO CONTU, *I Martiri Sardi delle Fosse Ardeatine. I militari*, AM&D, Cagliari 1999; MARTINO CONTU, MANUELA GARAU (a cura di), *Pasqualino Cocco - Agostino Napoleone. Lettere e*

4. Il politico e l'avvocato nel dopoguerra

Come accennato in precedenza, la militanza politica dell'avvocato Mastino Del Rio era cominciata agli inizi del 1920, quando militava nelle fila del Partito Popolare. Con l'avvento del fascismo i partiti politici furono posti all'indice, quindi la carriera politica dell'avvocato si interruppe per riprendere solo nel dopoguerra, con la costituzione della DC⁴⁴. I suoi rapporti con Alcide de Gasperi⁴⁵ non furono sempre buoni⁴⁶, ma comunque fu eletto deputato alle elezioni del 1948, nelle fila della DC, per la circoscrizione di Roma. Il suo mandato terminò nel 1953 ma fu riconfermato alle elezioni di quello stesso anno. Durante il suo secondo mandato fu firmatario di sei progetti di legge⁴⁷ e componente di diversi organi parlamentari⁴⁸. Faceva parte del gruppo parlamentare della DC, di cui tra l'altro faceva parte anche il fratello, Mastino Debrio Gesumino⁴⁹, che era stato anche padre costituente. Nel corso del suo mandato Giorgio fu nominato dal governo liquidatore dell'ENPI, ma egli invece lo potenziò come organo sanitario, costituendo un centro di eccellenza nella fabbricazione di macchinari sanitari.

La carriera politica di Mastino Del Rio si interruppe nel 1958, quando non venne riconfermato al terzo mandato, forse a causa di dissidi con Giulio Andreotti⁵⁰,

documenti inediti di due militari Martiri delle Fosse Ardeatine, Centro Studi SEA, Villacidro 2004; MARTINO CONTU, *Sisinnio Mocchi, un villacidrese martire delle Fosse Ardeatine*, ANPPIA, Cagliari 1996; ID., *Gavino De Lunas ("Rusignolu 'e Padria"). Vita di un cantante, ufficiale postelegrafonico, martire delle Fosse Ardeatine*, I ed., Centro Studi SEA, Villacidro 2005; ID., *Gavino De Lunas ("Rusignolu 'e Padria"). Vita di un cantante, ufficiale postelegrafonico, martire delle Fosse Ardeatine*, II ed., (con Cd-Rom *Gavino de Lunas. Su Rusignolu 'e Padria*), Centro Studi SEA, Villacidro 2007; ID., *Canalis, l'insegnante di Tula martire alle Fosse Ardeatine*, in «L'Unione Sarda», 24 marzo 2011.

⁴⁴ All'interno di questo partito egli faceva parte dell'ala di sinistra, che si sentiva molto vicino ai comunisti nelle istanze popolari e operaie.

⁴⁵ Alcide Amedeo Francesco De Gasperi (1881-1954) è stato uno dei politici italiani più importanti del secolo scorso. Fu membro della Camera dei Deputati Austriaca per il collegio uninominale della Val di Fiemme nella Contea del Tirolo, poi esponente di punta del Partito Popolare Italiano e cofondatore della Democrazia Cristiana. È stato l'ultimo presidente del Consiglio dei ministri del Regno d'Italia e il primo della Repubblica Italiana. Oggi è considerato uno dei padri della Repubblica Italiana. La Chiesa Romana lo venera come servo di Dio ed è in corso la causa di beatificazione. Per un suo profilo, cfr. ALFREDO CANAVERO, *Alcide De Gasperi. Cristiano, democratico, europeo*, Rubettino, Soveria Mannelli 2003; ELISABETH ARNOULX DE PIREY, *De Gasperi. Il volto cristiano della politica*, San Paolo Edizioni, Torino 1994.

⁴⁶ Lo stesso Mastino del Rio affermò «ebbi la ventura di conoscerlo da vicino e di battagliaire spesso contro di lui sul piano delle idee e dei fatti politici, ma senza spirito di servile adulazione o di volgare risentimento», MASTINO DEL RIO, *Ho invocato un morto*, cit., p. 155. Nel tempo Mastino rivide la figura dello statista come il più grande del suo tempo, colui che seppe parlare al suo popolo prostrato dalla guerra così come ai capi di stato stranieri, colui che dedicò tutta la vita all'ideale di un'Europa unita.

⁴⁷ I progetti di legge a cui partecipò erano: BONOMI ed altri: Estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti; TITOMANLIO ed altri: Modificazioni alla legge sulla istituzione e sul funzionamento del tribunale per i minorenni; DI GIACOMO ed altri: Istituzione della provincia di Isernia; FODERARO ed altri: Istituzione del Fondo di solidarietà per le vittime della circolazione di veicoli a motore; STORCHI ed altri: Istituzione dell'Alto Commissariato per il lavoro all'estero; ROSELLI ed altri: Ordinamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali. Cfr. <www.storia.camera.it> (3 novembre 2013).

⁴⁸ Gli organi parlamentari in questione erano la XI Commissione lavoro - emigrazione - cooperazione - previdenza e assistenza sociale - assistenza post-bellica - igiene e sanità pubblica, (membro dal 1 luglio 1953 all'11 giugno 1958) e la Giunta per l'esame delle domande di autorizzazione a procedere in giudizio (membro dal 3 dicembre 1954 al 6 luglio 1956).

⁴⁹ Mastino Debrio Gesumino, nato il 27 agosto 1889 a Silanus (Nuoro), di professione magistrato, fu padre costituente dal febbraio 1947 e ricoprì tre legislature come deputato del collegio di Cagliari nel gruppo democristiano. Dal 1951 al 1953 fu Sottosegretario di Stato per le finanze nel governo De Gasperi. La sua carriera finì nel 1963. Morì il 18 novembre 1964.

⁵⁰ Famoso, in riferimento alla mancata elezione di Mastino Del Rio, il commento di Andreotti riferito a Fanfani e al suo gruppo: «Due mastini in meno, ma ci rimane il bassotto». Il bassotto in questione è Gesumino Mastino, fratello di Giorgio. Cfr. SILVANA CASMIRRI (a cura), *Il ceto politico del Lazio nell'Italia*

insofferente al fatto che all'interno della Dc si fosse creato, già dal 1951, un gruppo di deputati denominato dei Vespisti, composto per la maggior parte da ex Popolari, di cui anche Mastino Del Rio faceva parte.

Anche la carriera forense di Mastino del Rio era iniziata prestissimo, appena trasferitosi a Roma divenne avvocato di parte civile nel succitato processo contro le guardie regie di Modena. Durante il fascismo partecipò al processo detto degli spiriti, e dopo la guerra patrocinò la difesa di Graziani⁵¹, degli internati italiani nei campi di concentramento russi, dei manifestanti socialisti e comunisti arrestati nei moti antifascisti di Genova e infine, ma non certo per importanza, delle famiglie dei minatori che morirono nel disastro di Marcinelle⁵² in Belgio. In quest'ultimo caso riuscì a far capovolgere presso la Corte d'Appello di Bruxelles la prima sentenza, che aveva invece assolto la compagnia mineraria da qualsiasi responsabilità.

La figura di Giorgio Mastino Del Rio in parte rimossa dalla storia si ripropone con fermezza. Egli credeva nella Resistenza come movimento a carattere nazionale, non riconducibile a una specifica ideologia politica ma trasversale a tutti i gruppi politici che in quel delicato momento storico dedicavano le loro forze e in molti casi la propria vita alla nazione. Il suo credo è testimoniato dalle sue stesse parole: «In queste pagine scritte saltuariamente in tempi diversi, si rievoca un episodio di quella nostra recentissima storia, nella quale italiani di ogni partito furono fratelli nella sofferenza e nella lotta»⁵³.

Figura affascinante, è stato uomo fermo nelle sue convinzioni, sia come antifascista sotto il regime, sia come avvocato nel farsi carico del destino dei suoi assistiti, anche quelli più scomodi, come fu ad esempio il generale Graziani. Come politico si attivò in vari settori sociali, lottando sempre contro i poteri forti di cui la politica stessa si faceva portavoce.

Nella seconda edizione del suo libro, stampata venti anni dopo la prima uscita, Mastino aggiunse alcune pagine che suonano come una strenua difesa della Resistenza, definita un fatto di prima grandezza, cui gli italiani hanno tributato un grande numero di sacrifici. Sacrifici dedicati alla conquista della libertà, quella stessa libertà soppressa dal regime fascista prima e dai nazisti dopo.

Unico rammarico rimase che, a venti anni dalla liberazione, si stessero ricostituendo in seno alla Repubblica gruppi di nuovi fascisti e altrettanto amara era la considerazione che la democrazia stesse dimostrando tutta la sua debolezza. Da ultimo auspicava che la democrazia e la legge riuscissero a governare l'Italia.

Il suo libro *Ho invocato un morto, ricordi di via Tasso* è stato messo agli atti nel processo contro Priebeke nel 1996⁵⁴. Sua figlia Maria Luisa testimoniò in aula contro il gerarca nazista e fu proprio grazie al libro e alla testimonianza resa che Priebeke venne condannato.

repubblicana. Dinamiche della rappresentanza e costruzione del consenso, FrancoAngeli, Milano, 2011, p. 234.

⁵¹ Per approfondimenti, si veda il contributo di GIACOMO PRIMO AUGENTI, GIORGIO MASTINO DEL RIO, FRANCESCO CARNELUTTI, *Il dramma di Graziani, nelle arringhe della difesa*, Cesare Zuffi Editore, Bologna 1950.

⁵² L'8 agosto 1956 nella miniera Bois du Cazier di Marcinelle, secondo le ricostruzioni, un carrello uscì dalle guide e tranciò dei cavi dell'alta tensione che non avevano protezioni. Immediatamente divampò un incendio e si contarono 262 vittime di cui 136 italiani. Nel primo processo la dirigenza mineraria venne assolta e la responsabilità attribuita a uno dei manovratori del carrello, morto anch'egli nell'incendio. Sulla tragedia di Marcinelle, cfr. PAOLO DI STEFANO, *La catastrofe. Marcinelle 8 agosto 1956*, Sellerio, Palermo 2011.

⁵³ MASTINO DEL RIO, *Ho invocato un morto*, cit., p. 153.

⁵⁴ MELIS, *Io accuso Erik Priebeke*, cit.

APPENDICE

Inno della DC scritto da Giorgio Mastino Del Rio⁵⁵

Brilla il sole immacolato
Dopo l'odio e la vendetta
Il vessil bianco-crociato
Or garrisce sulla vetta
Dopo il membo e la bufera
Ride il ciel, la terra e il mar
Torna al mondo primavera
Torna gli uomini ad amar
Son fratelli oltre la morte
E la fiamma dell'aurora
Nuova vita e nuova sorte
Dalla croce che si infiamma
Al lavoro sia giustizia
Alla patria dignità
Ai dolenti sia letizia
E sia per tutti libertà.

A questo inno fu preferito *O bianco fiore*, che divenne l'inno ufficiale del partito.

⁵⁵ Foglio manoscritto reperito presso la famiglia Lai Antonio, Cagliari.

La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque “tremolanti” sardi perseguitati dal regime

Lorenzo DI BIASE
ANPPIA Sardegna

Abstract

This article deals with the topic of the emergence of the Pentecostal Movement in the United States of America, which then disseminated throughout Italy in the first decades of the 20th century, mainly as a consequence of the Italian emigrants that returned to their country of origin. Likewise, it also analyses the characteristics of the religious persecution that the movement suffered from the Fascists, also because of the position adopted by the Catholic Church with regard to the Pentecostals. An examination is made on the Act on authorised cults and the Orders issued during the Twenty years of the Fascist government in order to limit the cult, until the Circolare Buffarini-Guidi, issued in 1935, which prevented the Pentecostal movement to provide any religious services because of being considered a threat to the social order, but also harmful to the physical and psychological integrity of the race. Finally, this article performs a comprehensive analysis on the files of five Sardinian Pentecostals that were victims of religious persecution by the regime: documents that have been found in the Central State Archives of Rome, the State Archives of Cagliari and the State Archives of Matera.

Keywords

Pentecostal Movement, religious persecution, Circolare Buffarini-Guidi, Fascist persecution, Act on authorised cults, Sardinian Pentecostals

Riassunto

L'articolo affronta il tema della nascita, negli Stati Uniti d'America, del movimento pentecostale, diffusosi in Italia nei primi decenni del secolo XX grazie agli emigrati italiani che rientrarono in Patria. Analizza, inoltre, le caratteristiche della persecuzione religiosa che il movimento dovette subire ad opera del fascismo, anche a causa della posizione assunta dalla Chiesa cattolica nei confronti dei pentecostali. Esamina la Legge sui culti ammessi e tutte le Circolari che vennero emanate durante il Ventennio fascista per limitarne il culto, fino alla Circolare Buffarini-Guidi del 1935, che vietò al movimento pentecostale l'esercizio delle funzioni religiose perché esso veniva considerato contrario all'ordine sociale, ma anche nocivo all'integrità fisica e psichica della razza. Infine, si analizzano, nel dettaglio, i fascicoli dei cinque pentecostali sardi che furono perseguitati dal regime; documenti che provengono dall'Archivio Centrale dello Stato di Roma, dall'Archivio di Stato di Cagliari e dall'Archivio di Stato di Matera.

Parole chiave

Movimento Pentecostale, persecuzione religiosa, Circolare Buffarini-Guidi, persecuzione fascista, Legge sui culti ammessi, pentecostali sardi

1. Nascita del movimento pentecostale.

Gli italiani emigrati in America, che ivi si convertirono al credo religioso pentecostale¹, e che fecero ritorno nei paesi d'origine, si impegnarono alla diffusione

¹ A Chicago fu costituita la prima chiesa pentecostale italiana al n. 1139 di W. Grand Avenue il 15 settembre 1907. I culti erano presieduti da Pietro Ottolini e la predicazione era a carico di Luigi Francescon, in EUGENIO STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, Claudiana Editrice, Torino 1998, p. 22.

del loro culto² coinvolgendo all'inizio i familiari, per poi evangelizzare la cerchia degli amici, dei vicini di casa e dei compaesani. Siamo agli inizi del millenovecento, e loro erano in prevalenza contadini del meridione d'Italia³. Dalla prima chiesa pentecostale italiana a Chicago costituitasi nel 1907, partì alla volta dell'Italia verso la fine dell'anno seguente, Giacomo Lombardi⁴. Egli fondò alcune piccole comunità a Roma, in Liguria ed in Abruzzo. Oggigiorno, le chiese cristiane evangeliche hanno assunto, per la quasi totalità, la denominazione di "Assemblee di Dio". Esse sono una emanazione diretta di quel movimento di risveglio religioso, nato in diversi paesi del mondo agli inizi del secolo scorso contemporaneamente ed indipendentemente quando, cristiani di diversa denominazione, si riunirono nella ricerca della potenza dall'alto e ricevettero il battesimo nello Spirito Santo con la manifestazione della "glossolalia"⁵, come era avvenuto il giorno della Pentecoste⁶. I pentecostali credono che la Bibbia sia regola infallibile di condotta e di fede e sono rigorosi nell'osservanza dei precetti divini. Essi credono nel ritorno di Cristo che apparirà dal cielo ed accoglierà con sé gli eletti. Gli unici loro riti sono il battesimo e la santa cena. Il primo è amministrato nella forma della totale immersione nell'acqua e nell'età della consapevolezza. Al secondo rito possono partecipare solo coloro che sono stati battezzati e che si comportano degnamente. I pentecostali si radunano per cantare insieme le lodi del signore, offrire unitamente le loro preghiere a Dio e leggere la Bibbia, meditarla e da essa attingere forza e fiducia. Le riunioni sono presiedute dagli anziani ovvero da persone che per il loro carattere morale e per i doni spirituali ricevuti da Dio sono i più indicati per essere di guida per gli altri⁷. Anche in Italia il movimento dei pentecostali ha avuto -come sua caratteristica- un'espansione autonoma ed autoctona; la propagazione avveniva per iniziativa individuale e assumeva forme e caratteri che risentivano del contesto entro il quale si diffondeva. La predicazione insisteva sulla conversione personale e sulle regole di vita tratte dalla lettura della Bibbia. Le comunità erano organizzate, come detto, sotto la guida di anziani scelti all'interno e non avevano collegamenti, se non sporadici, tra di loro. Per cui al movimento mancava un'organizzazione centralizzata che registrasse gli aderenti e i luoghi di culto e dunque non si poteva sapere con certezza quanti fossero gli aderenti e quante le comunità, anche se esse nel 1910

²Vedi GIORGIO SPINI, *Italia di Mussolini e protestanti*, Claudiana Editrice, Torino 2007, p. 41. L'argomento è ampiamente trattato anche in STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 25. Vedi anche GIACOMO TUMBARELLO, *Il movimento pentecostale*, consultabile sul sito internet <http://digilander.libero.it/cappellania/documenti/movimento_pentecostale.pdf> (23.07.2013).

³ Sulle origini del pentecostalismo italiano rimando al volume di GIORGIO BOUCHARD, *Chiese e movimenti evangelici del nostro tempo*, Claudiana Editrice, Torino 2006, p. 109 e seguenti.

⁴ GIACOMO LOMBARDI, (Prezza 1862 - Chicago 1934). Emigrò in America nel 1892 e ivi si convertì nel 1894. Collaborò con Luigi Francescon a St. Louis ed in California. Per ben 5 volte venne in Italia per svolgere il ministero evangelico. Rientrò infine a Chicago ove continuò la sua missione sino a che le forze non l'abbandonarono il 24 luglio 1934.

⁵ Il Battesimo dello Spirito col parlare altre lingue è la nota caratteristica dei pentecostali, così si esprime FRANCESCO SPADAFORA, *Pentecostali & Testimoni di Geova*, Editrice I.P.A.G, Rovigo 1980, p. 78. Per approfondire il tema della glossolalia rimando a WALTER SMET, *Pentecostalismo cattolico*, Editrice Queriniana, Brescia 1975, p. 125.

⁶ Vedi il sito internet <<http://www.assembleedidio.org>> (23.07.2013), al cui interno vi è una pagina a ciò dedicata.

⁷ Vedi MARIO PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, Hoepli Editore, Milano 1934, pp. 339 - 340.

erano presenti in tutta Italia in numero di quattro, aumentate a quattordici nel '20 a centoquarantotto nel '30 e centosettantacinque nel 1940⁸.

I dati che emergono dai Censimenti Generali sulla Popolazione che, dal 1861, si tennero con cadenza quasi sempre decennale, per rilevare gli italiani non furono sempre omogenei e non aiutano certamente ad avere un quadro preciso della situazione. Sporadicamente, nel corso delle diverse rilevazioni statistiche, furono acquisite oltre a quelle informazioni canoniche su età, istruzione, famiglia, abitazione, lavoro, altre notizie, quali la lingua parlata, la fede praticata, la infermità o la fecondità. Dal Censimento del 1911, ultima volta che gli italiani risposero al quesito sulla religione professata, i protestanti che tali si dichiararono ammontavano a 123.253 su una popolazione di 34. 671.000; il Regno d'Italia si estendeva su un territorio di 286.610 km quadrati ripartito in 8.323 Comuni⁹. Il Censimento del 1921 non si occupò della distribuzione della popolazione a seconda della religione professata. Nel Censimento del 1931 invece il quesito relativo alla religione fu formulato in modo da non richiedere ai cittadini una vera e propria professione di fede, ma in modo da accertare una semplice situazione di fatto; e cioè, quella di essere o no battezzato; e nell'affermativa, secondo quale rito¹⁰.

Nel 1928 si tenne a Roma, nei giorni 19 e 20 del mese di ottobre, la prima assemblea costitutiva dei pentecostali, sotto la presidenza di Michele Palma¹¹ rappresentante delle chiese italiane del Nord America, alla quale parteciparono 30 anziani e altrettanti mandarono la loro adesione. Lo scopo principale della riunione era quella di deliberare intorno a cose che hanno portato divisioni e disturbi in mezzo alle chiese, affinché le adunanze d'Italia possano mantenersi ferme nella Parola di Dio. Poi, nel 1929, ne seguì un'altra, presieduta da Luigi Francescon¹² in cui si puntò sulla piena autonomia delle chiese locali e sulla volontà di non costituirsi come associazione legalmente riconosciuta¹³. La percentuale di protestanti era, non solo bassissima rispetto alla stragrande maggioranza della popolazione che si professava cattolica come si evincono dai Censimenti ma anche dai partecipanti alla prima assemblea costitutiva del movimento, ma era anche disomogenea, in quanto la "minoranza protestante era sparpagliata sul territorio in un'infinità di chiese,

⁸ Vedi i dati su citati in ALESSANDRO IOVINO, *Breve profilo storico del movimento pentecostale italiano*, nel sito internet <<http://www.censur.org/2008/iovino.htm>> (23.07.2013). Vedi inoltre l'elenco delle città nelle quali vi sono gruppi di pentecostali stilato nel giugno 1933 da PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit., p. 341. Da esso si evince che il movimento è attivo in quattordici regioni, prevalentemente nel Sud dell'Italia. Non risulta essere presente in Sardegna. Inoltre la stragrande maggioranza dei centri in cui il movimento opera sono piccoli paesi tranne la sua presenza nelle città di Milano, Roma, Torino, Brindisi, Campobasso, Caserta, Catania, Catanzaro, Foggia, Matera, Messina, Palermo, Ragusa, Rieti, Taranto.

⁹ Vedi i dati del Censimento del 1911, consultabili nel sito internet <<http://www.istat.it>> (23.07.2013)

¹⁰ Vedi PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit., p. 45.

¹¹ Michele Palma fu Leonardo e fu Eccellente Maria Vincenza (Torremaggiore 1884 - Syracuse N.Y. 1963). Emigrato a Chicago nel 1909 trovò lavoro come decoratore. Nel '12 fu battezzato nello Spirito Santo. Nel 1914 fu nominato Anziano dell'Assemblea Cristiana di Chicago. In seguito si trasferì a Syracuse (New York) e lì continuò la sua predicazione. In vista della prima assemblea in Italia, da lui presieduta, soggiornò a lungo nell'Italia del Sud ed in Sicilia per invogliare i conduttori delle comunità a partecipare alla riunione romana. Ritornò in Italia nell'immediato dopo guerra per ristabilire i rapporti con le chiese italo-americane. Palma fu eletto sorvegliante della Chiesa Cristiana del Nord America.

¹² Luigi Francescon (Cavasso Nuovo 1866 - Oak Park, Illinois 1964). Emigrò in America nel 1890 e trovò lavoro come mosaicista, stabilendosi a Cincinnati prima e a Chicago poi. Fu un missionario ed un pioniere del movimento pentecostale italiano. Egli fondò chiese a Los Angeles, Filadelfia e St. Louis. Andò a predicare anche in Argentina, Brasile ed in Europa.

¹³ STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 28. Di fatto con quella scelta i pentecostali non aderirono alla legge sui culti ammessi e ciò si rivelò in seguito un grave errore.

chiesette e gruppi di diaspora, disseminate in tutte le regioni, dalle Alpi all'estrema Sicilia. Solo in Piemonte c'era una piccola enclave - le Valli valdesi - in cui i protestanti costituivano la maggioranza della popolazione.

2. La Perizia Zacchi.

Viste le preoccupazioni delle autorità cattoliche e le attenzioni rivolte loro dal regime fascista durante gli anni venti il movimento dei pentecostali doveva essere un'organizzazione in netta espansione. Era scontato, per le rappresentanze vaticane, che il monopolio religioso nella nazione fosse garantito solo ed esclusivamente al cattolicesimo. Il clero vedeva nei pentecostali una pericolosa setta alla quale si aggiungevano, giorno dopo giorno, sempre più fedeli. I preti cattolici fecero di tutto per imprimere la loro stessa visione ai fascisti, denunciando alle autorità la presenza dei pentecostali nelle proprie zone. La nunziatura apostolica d'Italia inoltrò al Ministero Affari Esteri un fascicolo, di carattere riservato, nel quale era esplicito l'invito a reprimere il protestantesimo¹⁴. Anche per questi motivi «i pentecostali divennero l'unica chiesa evangelica condannata e perseguitata in quanto tale dal regime fascista».¹⁵ A seguito delle vivaci proteste del clero di Roma¹⁶, città ove era maggiore la presenza dei pentecostali, la polizia fascista iniziò a controllare più da vicino l'attività da loro dispiegata, sia nei luoghi di culto che durante la fase della conversione di nuovi adepti. Già dal 1926 s'introducevano nel luogo di riunione delle spie inviate dal Ministero dell'Interno, e non solo, medici, psichiatri, e specialisti di ogni genere sotto mentite spoglie di simpatizzanti presenziavano alle riunioni, al fine di documentare la follia delle manifestazioni pentecostali, reputate perniciose per la società e dunque da mettere al bando. All'uopo gli ambienti cattolici conferirono un incarico peritale al dr. cav. uff. Osvaldo Zacchi, il quale partecipò ad un'adunanza la sera del 15 luglio 1928 nel locale adibito al culto sito in Via Adige 20 nel nuovo quartiere Savoia. Il locale di culto consisteva in un ampio scantinato sito nella casa del costruttore edile Ettore Strappaveccia¹⁷, indiscusso capo del movimento, e da lui messo gratuitamente a disposizione che venne in seguito -il 3 gennaio 1931- formalmente riconosciuto, con Decreto Ministeriale di Grazia e Giustizia, come ministro di culto¹⁸ della comunità di via Adige, con il parere favorevole della questura. Egli poteva tenere pubbliche riunioni il martedì, giovedì, il sabato e la domenica e inoltre poteva validamente delegare la sua funzione di ministro di culto

¹⁴ Vedi STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 35.

¹⁵ Vedi GIORGIO ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, Claudiana Editrice, Torino 1990, p. 23.

¹⁶ Vedi STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 35. L'autore sottolinea in modo particolare il ruolo che ebbero vari esponenti della gerarchia cattolica nel denunciare al regime fascista la presunta pericolosità dei pentecostali. Inoltre, sullo stesso argomento, vedi GIACINTO BUTINDARO, *I Pentecostali Zaccardiani*, 2° Edizione ampliata e corretta del 5 gennaio 2010, p. 14, in <<http://www.lanuovavia.org/pentecostali-zaccardiani.pdf>> (01.07.2013).

¹⁷ Ettore Strappaveccia (Camerino 1886 - Roma 1957). Costruttore e imprenditore, era benestante. La generosità dello Strappaveccia sempre prodiga nei confronti dei meno abbienti, venne perfino annotata nei primissimi resoconti degli ispettori del regime fascista. Egli non negò a nessuno dei fedeli bisognosi un aiuto economico, né disdegnò mai di accogliere nella sua abitazione o alla sua tavola i suoi fratelli in Cristo. Lo Strappaveccia, benché non fosse dotato di una particolare istruzione, basò la sua preparazione biblica unicamente sulla Bibbia. I dati citati sono tratti dall'articolo *Ettore Strappaveccia - Via Adige (1919 -1922)* pubblicato sul sito internet <<http://www.adiroma.it>> (23.07.2013).

¹⁸ La figura del ministro di culto autorizzato dallo stato, previa indagine di polizia e parere positivo del prefetto competente, fu definita dalla legge sui culti ammessi del 24 giugno 1929 n. 1159.

agli anziani di altre comunità al fine di tenere liberamente le funzioni religiose¹⁹. Il dr. Zacchi stilò una perizia che fu costantemente impiegata alla base degli attacchi che nel tempo il regime portò al movimento, divenendo la base scientifica della condanna del culto pentecostale. Egli così ebbe a scrivere:

[...] Esaminando attentamente i tipi convenuti rilevai che la quasi totalità apparteneva alle classi inferiori, prevalentemente campagnoli. [...] Notai su qualche individuo evidenti segni degenerativi a carattere epiletticoide. Su molte delle donne, nei caratteri del viso, dell'occhio e dello sguardo, si potevano rilevare stimmate d'isterismo. [...] Durante la recita il declamante si eccitava come sotto un influsso magnetico, e agitando le braccia, poi tutto il corpo si gettava a faccia avanti per terra. Negli istanti più salienti dell'invocazione gli astanti si univano al declamante con altre grida e gesti, gettandosi in ginocchio bruscamente, percotendosi il petto, singhiozzando, gridando con moti convulsi che qualche volta avevano dell'impressionante. Vidi presso di me una donna col bambino lattante al seno contorcersi, gridare e singhiozzare buttandosi in ginocchio contro la sedia come ossessionata e scotendo quindi la creaturina incosciente che portava in braccio a destra e a sinistra. Quando il fenomeno parossistico era giunto ad un certo limite forse voluto dal dirigente, ad un segnale l'harmonium attaccava di nuovo le note, s'intonava un canto collettivo, gli animi si quietavano e tutti prendevano parte gradualmente al canto. Naturalmente giudicai che tutte quelle manifestazioni vadano ascritte a fatto di suggestione collettiva in soggetti nevropatici (isterici, epilettoidi) che evidentemente hanno subito influssi dominanti la loro volontà. Non posso qui tacere quanto influiscano sullo stato di tali individui quegli auto eccitamenti il cui coefficiente emotivo si viene a trasformare in un danno per lo stato di salute del soggetto. Per i bambini e gli adolescenti questo spettacolo secondo il mio giudizio è assolutamente dannoso alla salute influenzando enormemente sull'equilibrio psichico delle loro facoltà e quindi predisponendo ulteriormente l'organismo allo sviluppo di forme nevropatiche funzionali e in seguito forse anche organiche²⁰.

Nonostante ci furono altre perizie a favore del movimento provenienti da fonti ufficiali -quali quella del cav. Nicola Petrunti, titolare del commissariato del quartiere Salario che in sostanza ribadiva che l'attività dei pentecostali non era in contrasto con le finalità dello stato fascista, né aggressiva verso il cattolicesimo, e del suo accompagnatore, il medico provinciale dr. Vincenzo Clerico che aveva seguito Petrunti in due riunioni, che riteneva che non vi erano elementi per poter affermare che le pratiche religiose possano portare nocive influenze e turbamenti nell'equilibrio del sistema nervoso e nella psiche di chi vi assiste- il capo della Polizia Arturo Bocchini²¹ continuò sempre a fare riferimento a quella privata dello Zacchi²².

¹⁹ Vedi la delega che Ettore Strappaveccia rilasciò a Giovanni Sola residente a Palermo volte a presiedere il culto dei pentecostali in tutta la Sicilia. Vedi anche la delega che rilasciò ad Aniello Mataluni di Montesarchio (BN) grazie alla quale il tempio oratorio, precedentemente chiuso per mancanza di un ministro legalmente autorizzato, fu riaperto al culto. In ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 242.

²⁰ PERIZIA ZACCHI, in ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 121.

²¹ Arturo Bocchini (San Giorgio la Montagna 1880 - Roma 1940). Egli fu un poliziotto, un prefetto e un senatore italiano; capo della Polizia di Stato dal 1926 al 1940. Laureatosi in legge a Napoli, entrò in Prefettura nel 1903. Fu nominato Prefetto di Brescia, poi di Bologna, e a seguire di Genova. Il 13 settembre 1926 divenne Capo della Polizia per decisione del Ministro dell'Interno Luigi Federzoni. Il Duce lo mise a capo dell'O.V.R.A. dal dicembre del 1926. Dal '33 era Senatore del Regno.

²² Vedi ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 115.

Egli era ostile al movimento pentecostale in quanto era per lui «un'aggregazione settaria sia pure a sfondo religioso, ma con finalità di lucro»²³.

3. I Patti Lateranensi e la legge sui Culti Ammessi

La prima parte dell'anno 1929 venne dedicata dal regime fascista alle questioni di culto. Anzitutto veniva firmato un trattato con la Santa Sede e, in seguito, verso la fine del primo semestre, si promulgava una legge sui culti ammessi nel regno oltre quello cattolico. Tra i due diversi momenti vi fu un acceso dibattito sulla stampa nazionale. I giornali marcatamente fascisti o comunque al regime piegati, quali «Il Regime Fascista» o «Il Giornale d'Italia», o «La Stampa» sostenevano la tesi di non assunzione di Stato a carattere confessionale con la firma del Trattato, mentre i quotidiani e i periodici clericali quali «L'Unità Cattolica» o «Il Corriere d'Italia», sostenevano invece che occorreva combattere l'insidia protestante. Come detto, l'ultimo anno degli anni venti, iniziò con la firma dei Patti Lateranensi, sottoscritti in Roma, fra la Santa Sede e l'Italia, l'11 febbraio²⁴. Lo stesso papa Pio XI disse durante un'udienza a professori e studenti dell'Università Cattolica di Milano: «Dobbiamo dire che siamo stati anche dall'altra parte nobilmente assecondati. E forse ci voleva anche un uomo come quello che la Provvidenza ci ha fatto incontrare; un uomo che non avesse la preoccupazione della scuola liberale»²⁵. Per la dittatura di Mussolini, «la chiesa cattolica era un alleato fondamentale, verso cui era disposto a fare grandi concessioni, senza però accettare una subordinazione, quindi, con contrasti e compromessi»²⁶.

Questo atto fu accolto con vivace apprensione da tutti i protestanti italiani perché rompeva una duratura consuetudine di separazione tra chiese e stato e riaffermava solennemente che la religione cattolica era la sola religione di stato. Timori rafforzati dal fatto che nell'ambiente cattolico le dichiarazioni erano tutte tese a confermare che era vicina la fine della libertà religiosa. Gli stessi, comunque, furono ratificati con la Legge 27 maggio 1929 n. 810, *Esecuzione del trattato, dei quattro allegati annessi al Concordato*, in cui all'art. 1, si riporta testualmente, «piena ed intera esecuzione è data al Trattato, ai quattro allegati annessi, e al Concordato, sottoscritti in Roma, fra la Santa Sede e l'Italia, l'11 febbraio 1929». Subito dopo la conciliazione, si prospettava una legislazione organica anche per i culti acattolici. Il

²³ Così Bocchini scrisse al Prefetto di Frosinone il 16 luglio 1931, in ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 116. Per un approfondimento dell'opera del capo della Polizia rimando al volume di SPINI, *Italia di Mussolini e protestanti*, cit., cap. IX, p. 137.

²⁴ I documenti firmati dal Presidente del Consiglio Benito Mussolini e dal Cardinale Pietro Gasparri, nei palazzi del Laterano, che misero fine alla "questione romana", regolando i rapporti tra Stato pontificio e Stato italiano, furono tre: il trattato politico, la convenzione finanziaria, un concordato ecclesiastico. Con il primo il papa riconosceva l'esistenza dell'Italia mentre lo Stato italiano riconosceva il nuovo Stato della Città del Vaticano nella zona dove il papa viveva da sovrano da oltre cinquant'anni. Con il secondo si stabiliva che lo Stato italiano avrebbe versato al papa 750 milioni di lire in contanti e un miliardo in titoli. Con il terzo documento si stabilivano i rapporti fra Stato italiano e Chiesa cattolica. Mentre prima ogni confessione religiosa era sullo stesso piano, ora quella cattolica diventava religione di Stato; l'insegnamento religioso venne introdotto nelle scuole medie; il matrimonio canonico poteva sostituire quello civile; al clero furono concessi privilegi quali agevolazioni fiscali ed esenzione dal servizio militare.

²⁵ Il discorso su riportato è stato pubblicato su L'Osservatore Romano del 15 febbraio 1929 e riportato nel volume di DALIA GUASCO, *Atlante della nascita, affermazione, crollo del Fascismo*, Giunti Editore, Firenze 2001, p. 141.

²⁶ Così si esprime nel saggio ROCHAT GIORGIO, *Gli evangelici di fronte al regime fascista*, in CARLO PAPINI (a cura di), *Gli evangelici nella resistenza*, Claudiana Editrice, Torino 2007, p. 72.

progetto fu presentato alla Camera il 30 aprile del 1929 dal Ministro della Giustizia e dei Culti Alfredo Rocco accompagnato da una puntuale Relazione dalla quale emergeva chiaramente la sua principale finalità che era quella di consentire, il libero esercizio di tutti i culti. La Relazione testualmente asseriva:

Riservata, pertanto, come è giusto, una particolare situazione giuridica alla Religione cattolica, che è la Religione dello Stato, devesi consentire, in omaggio al principio della libertà di coscienza che nessuno Stato moderno potrebbe ripudiare, il libero esercizio di tutti i culti, le cui dottrine o i riti non siano contrari all'ordine pubblico o al buon costume. Tale permesso, accordato ai seguaci dei culti acattolici, di liberamente dedicarsi alle pratiche religiose, secondo i propri convincimenti, non significa indifferentismo dello Stato in materia religiosa, né, tanto meno, adesione alle dottrine di tali culti. Esso è invece la pura e semplice conseguenza del principio generale di diritto pubblico, che ogni attività, la quale non sia in contrasto con le esigenze fondamentali della vita della Società, e dello Stato, deve essere ritenuta lecita e, come tale, consentita e tutelata dalla legge. Dal principio della libertà di coscienza e di culto consegue che qualsiasi disparità di trattamento verso i sudditi del medesimo Stato, a motivo del culto da essi professato, non sarebbe giustificata e nuocerebbe a quell'unione spirituale della nazione che è uno degli scopi principali perseguiti dal regime. L'articolo quattro riaffermava l'uguaglianza di tutti i cittadini, di qualsiasi fede religiosa, nel godimento dei diritti civili e politici. Pure conseguenza del principio della libertà di coscienza era la libertà di discussione in materia religiosa che fu consacrata esplicitamente dalla legge delle guarentigie, e che, abrogata tale legge, occorreva mantenere nel sistema del nostro diritto. Sempre in omaggio alla libertà di coscienza, andava riservato ai genitori, guide spirituali dei propri figli, il diritto e il dovere di curare la formazione dell'animo e di allevarli secondo il loro credo religioso. Ogni influenza dello Stato, al riguardo, esercitata a mezzo delle scuole, o altrimenti, sarebbe funesta, a causa dei dissidi famigliari che ne potrebbero derivare. D'altronde, escluso che la scuola possa essere il luogo più adatto per un'efficace propaganda a fine consapevole di proselitismo, non va dimenticato che solo con la persuasione, che viene dall'esempio e con la suggestione che viene dal convincimento, la fede religiosa, anche quella che lo Stato ritiene vera e professa come sua, può essere efficacemente propagata. In base a questo concetto l'articolo 6 del disegno di legge «ammette i genitori, che non desiderano sia data ai loro figli l'istruzione religiosa cattolica, a chiedere che ne siano esonerati»²⁷.

Il regime fascista, dunque, non voleva affatto sopprimere le chiese evangeliche ed il 24 giugno 1929 fu approvata la Legge n. 1159, *Disposizioni sull'esercizio dei culti ammessi nello Stato e su matrimonio celebrato davanti ai ministri dei culti medesimi*²⁸, nota come legge sui culti ammessi che fu accolta dagli evangelici con entusiasmo perché «sembrava accordare, finalmente, alle chiese evangeliche quel riconoscimento giuridico che i governi liberali si erano sempre rifiutati di conferire loro. Da una esistenza meramente da facto, revocabile in qualsiasi momento, e riguardante i culti non cattolici esistenti nello Stato nell'anno 1848, cioè unicamente quelli degli ebrei e dei valdesi e non altri apparsi nel regno dopo il 1848, si passava - tempus erat!- ad una esistenza de jure»²⁹. La legge 1159/29 sui culti ammessi denominata *Magna Charta della libertà religiosa in Italia*³⁰, sanciva, [art. 4], che la differenza di culto non comportava discriminazioni nel godimento dei diritti civili e politici e nelle cariche militari e civili. La legge prevedeva [art. 2] che le chiese

²⁷ Il testo integrale della relazione d'accompagnamento del progetto di legge su riportato è tratto dal volume di PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit., p. 6.

²⁸ Vedi il testo legislativo integrale riportato nell'Appendice legislativa. Per uno studio approfondito della legge e del regolamento, rimando al volume di PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit.

²⁹ Vedi SPINI, *Italia di Mussolini e protestanti*, cit., p. 129.

³⁰ Vedi PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit., p. 31.

evangeliche potevano, ma non era un obbligo, ergersi ad enti morali, dopo un iter abbastanza gravoso di istruttorie e pareri di diversi organi amministrativi. Era prevista [art. 3] la figura centrale della legge sui culti ammessi, ovvero il ministro di culto³¹, la cui nomina andava notificata al Ministero dell'Interno per l'approvazione governativa. Questa rispondeva a una duplice necessità. Da un lato, lo stato aveva il diritto e il dovere di assicurarsi che chi esercitava la delicata missione della cura delle anime sia per condotta morale e politica e per cultura degno della missione stessa. In secondo luogo il curatore di anime aveva bisogno di un particolare prestigio; esso gli veniva appunto conferito dall'approvazione governativa la quale, se era un onere, era anche un onore, che metteva il ministro di culto in condizione di essere più rispettato e più tutelato³². Nessun effetto civile poteva essere riconosciuto agli atti del proprio ministero compiuti da tali ministri di culto, se la loro nomina non avesse ottenuto l'approvazione governativa. Ma certamente la concessione più importante fu quella della validità - agli effetti civili - del matrimonio religioso celebrato da un ministro di culto debitamente riconosciuto e con la lettura pubblica degli articoli del codice civile, seguendo lo schema dei matrimoni religiosi nelle chiese cattoliche definito dal Concordato [art. 7 e seguenti]. L'entusiasmo però ebbe a trasformarsi in cocente delusione quando il 28 febbraio del 1930 furono emanate le norme di attuazione della legge sui culti ammessi con il Regio Decreto n. 289 titolato *Norme per l'attuazione della L. 24/6/1929 n. 1159 sui culti ammessi nello Stato e per coordinamento di essa con altre leggi dello Stato*³³. Praticamente si rendeva quasi impossibile agli evangelici di affacciarsi al di fuori dei loro luoghi di culto; anche gli stessi avvisi per annunciare l'ufficio di riunioni di preghiera o altro dovevano essere collocati all'interno del luogo di culto e non all'esterno di esso, così come previsto dal 1° comma dell'art. 3 del Regolamento. Ai fedeli del culto ammesso si consentiva l'assistenza religiosa [art. 5] negli ospedali, quella nelle carceri [art. 6]; in caso di guerra i pastori titolari di parrocchia venivano esonerati [art. 7], si procedeva alla nomina di cappellani [art. 8] e si procedeva al rinvio militare per gli studenti in teologia [art. 9]. Era previsto che gli istituti dei culti diversi dalla religione dello Stato fossero soggetti alla vigilanza ed alla tutela governativa [art. 13], e si specificava [art.14] che la vigilanza governativa includesse anche la facoltà di ordinare visite ed ispezioni e si poteva arrivare allo scioglimento in caso di accertate gravi irregolarità. Comunque con la legge sui culti ammessi la libertà di culto veniva solennemente riaffermata anche se, essa, fu di fatto limitata, ma non negata o soppressa, salvo che per i pentecostali, come più sopra riportato. L'applicazione della legge in questione però per i pentecostali era molto difficile stante la mancanza di qualsiasi collegamento tra le diverse comunità e la assenza di qualsiasi forma di organizzazione, senza dimenticare che essi erano invisibili al capo della Polizia e a molti prefetti.

Dopo l'emanazione della legge sui culti ammessi e del suo decreto attuativo le chiese pentecostali godettero apparentemente della protezione dello Stato per l'esercizio del culto evangelico³⁴ ma, come ebbe a scrivere lo stesso Strappaveccia al Duce, nel maggio del 1931, «sono innumerevoli le vessazioni di ogni genere che soffrono per la loro fede i cittadini evangelici d'Italia, sia nelle pubbliche scuole, che nei pubblici ospedali, e soprattutto i cittadini evangelici che si riuniscono pacificamente insieme

³¹ Al ministro di culto non fu chiesto il giuramento di fedeltà al regime né fu imposta la tessera del PNF, perché queste non potevano essere richieste neanche al clero cattolico.

³² Vedi PIACENTINI, *I culti ammessi nello Stato Italiano*, cit., p. 434.

³³ Vedi il testo integrale del decreto riportato nell'Appendice legislativa.

³⁴ Vedi STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 29.

per i loro atti di culto e per pregare. [...]. Dovunque le autorità civili si muovono contro di noi ad iniziativa delle autorità ecclesiastiche del luogo, seminando il disprezzo e l'odio fra tutte le classi»³⁵.

4. La prima Circolare inerente gli Acattolici

Alla fine del 1931 fu emanata la Circolare n. 442/74218 del 30 dicembre avente quale oggetto, «culti acattolici - riunioni a scopo di lucro», che così recitava:

Risulta che talune autorità di P.S. impediscono le riunioni indette a scopo di culto sia in locali pubblici che privati fra i fedeli appartenenti a religioni diverse dalla religione di Stato; in particolare vengono mosse lagnanze dai ministri di culto della Chiesa evangelica pentecostale. È appena il caso di ricordare che la Legge 24 giugno 1929 n. 1159 sancisce la piena libertà dell'esercizio dei culti diversi dalla religione cattolica apostolica romana, purché non professanti principi e non seguenti riti contrari all'ordine pubblico ed al buon costume. Circa poi l'esercizio dei culti stessi, l'art. 2 del regolamento approvato per l'esecuzione della citata legge stabilisce che i fedeli di un culto ammesso nel Regno possono, senza preventiva autorizzazione dell'autorità governativa, tenere negli edifici aperti al culto riunioni pubbliche per il compimento di cerimonie religiose o di altri atti di culto, a condizione che la riunione sia presieduta ed autorizzata da un ministro di culto, la cui nomina sia stata debitamente approvata a norma di legge. [...]. Né alcuna particolare eccezione può essere fatta per quanto ha riguardo alla chiesa pentecostale, trattandosi di culto già esistente nello Stato alla data dell'entrata in vigore della legge.

Una Circolare esplicativa volta alle Prefetture e alle autorità di P.S., dunque, ma anche un atto a favore del culto. Ma il clima era destinato a cambiare qualche tempo dopo e la politica del regime verso le chiese evangeliche subì una stretta repressiva che culminò con la proibizione del culto pentecostale. Negli anni trenta il regime lanciò i grandi miti della romanità, dell'impero, delle conquiste africane. Tutti gli italiani furono inquadrati in una rete di organizzazioni fasciste e parafasciste, che miravano a controllare ogni attimo della vita sociale. In questo clima le chiese evangeliche erano mal tollerate e venivano viste come corpi estranei da soffocare gradualmente e la repressione si abbatté sulle comunità pentecostali ad iniziare da quella di Roma che, a seguito di un provvedimento della Questura capitolina del 15 marzo 1935, si vide chiudere il locale di culto di Via Adige. Il responsabile della comunità Ettore Strappaveccia ricorse a Mussolini, ma non ebbe alcuna risposta³⁶.

Nei confronti delle realtà evangeliche il regime alternava dichiarazioni di tolleranza all'assunzione di provvedimenti restrittivi che rivelavano la volontà di istituire su di esse un capillare controllo.

Tale controllo si configurerà come particolarmente oppressivo soprattutto nei confronti dei pentecostali il cui movimento era accusato di promuovere atti di culto contrari alla salute e alla moralità. Ma tutto quanto patito dai pentecostali negli anni venti e nel primo lustro del trentennio non fu che il preludio alla persecuzione sistematica perpetrata su larga scala dal Governo di Mussolini, in quanto nel 1935

³⁵ ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 241; vedi anche STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 30. Inoltre, vedi BUTINDARO, *I Pentecostali Zaccardiani*, cit., pp. 14-15, in <http://www.lanuovavia.org/pentecostali-zaccardiani.pdf> > (01.07.2013), il quale, testualmente riporta «Gli evangelici subivano vessazioni di ogni genere a motivo della loro fede, nelle scuole pubbliche, negli ospedali, venivano turbate le riunioni di culto che venivano fatte in case private, e molti vennero di punto in bianco mandati via dai loro datori di lavoro su istigazione del clero».

³⁶ Vedi ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 245.

venne emanata una Circolare che vietava ai pentecostali di rendere il loro culto a Dio sia privatamente che pubblicamente.

5. La Circolare Buffarini - Guidi

La Circolare Ministeriale n. 600/158 del 9 aprile 1935 conosciuta come la “Circolare Buffarini-Guidi” (dal nome del Sottosegretario all’Interno che la firmò)³⁷ era rivolta ai prefetti del territorio nazionale. Essa fu varata da Bocchini e da Buffarini Guidi con l’immancabile avallo di Benito Mussolini, per proibire il culto pentecostale in tutto il Regno perché esso «si estrinseca e concreta in pratiche religiose contrarie all’ordine sociale e nocive all’integrità fisica e psichica della razza». Il rito pentecostale doveva essere proibito non per questioni di ordine pubblico, come quasi sempre avveniva ma per, come detto, esigenze della difesa della razza e dell’ordine sociale.

La Circolare non dava una direttiva di massima come da prassi, ma un ordine chiaro ed inequivocabile, quello di annullare l’esistenza del movimento. Con essa Buffarini Guidi e Bocchini cancellavano la situazione esistente, cominciando con il rifiutare di chiamare chiesa quella pentecostale. Il cittadino poteva essere un tremolante ma non poteva praticare il culto. Di conseguenza fu messo al bando il movimento ed ebbe inizio la persecuzione per motivi religiosi, che precedette quella razziale³⁸. Avvennero centinaia di arresti, di condanne al carcere, di sorvegliati speciali, di rimpatriati coattivamente³⁹; cinquantadue furono mandati al confino di polizia fino al martirio dell’operaio Fidardo De Simoni⁴⁰ barbaramente trucidato alle Fosse Ardeatine⁴¹ e di Antonio Brunetti⁴², che da Torino trovò la morte nelle camere a gas

³⁷ Guido Buffarini Guidi (Pisa 1895 - Milano 1945) fu volontario della 1° G.M. congedandosi col grado di capitano d’artiglieria e meritandosi ben tre Croci al Valor Militare. Avvocato, sindaco di Pisa, podestà, segretario federale della medesima provincia, infine deputato. Dal maggio 1933 fu chiamato a ricoprire la carica di Sottosegretario agli Interni. Membro del Gran Consiglio del Fascismo, votò contro l’O.d.G. Grandi del 25 luglio 1943. Aderì prontamente alla Repubblica Sociale Italiana di cui divenne Ministro degli Interni. Fu arrestato dai partigiani nel mentre che tentava di raggiungere la Svizzera e, a seguito di processo, fu condannato a morte per fucilazione. La sentenza fu eseguita a Milano il 10 luglio 1945.

³⁸ Sulla tematica della persecuzione razziale, vedi LORENZO DI BIASE, *Costantino Nivola. Un artista contro il Regime fascista*, coedizione A.N.P.P.I.A. Sardegna di Cagliari e Centro Studi SEA di Villacidro 2012, pp. 14-28 .

³⁹ Sugli strumenti caratterizzanti l’imponente politica repressiva del regime fascista rimando a LORENZO DI BIASE, *Don Francesco Maria Giua. Unico prete sardo confinato dal regime fascista*, coedizione A.N.P.P.I.A. Sardegna di Cagliari e Centro Studi SEA di Villacidro 2010, pp. 13-29.

⁴⁰ Fidardo De Simoni, fu Luigi e di Pagnetti Teresa, residente a Roma in Via delle Ciliegie 185. Vedi il volume di MARTINO CONTU, MARIANO CINGOLANI, CECILIA TASCA, *I Martiri Ardeatini. Carte inedite 1944 -1945. In onore di Attilio Ascarelli a 50 anni dalla scomparsa*, AM&D Edizioni, “Serie Archivio Attilio Ascarelli”, Vol. I, Cagliari 2012, nel quale a p. 143, si riporta integralmente il verbale di esumazione della salma n. 294 corrispondente al martire De Simoni Fidardo nato a Acqualagna (Pesaro) il 18 maggio 1898. Il verbale così testualmente prosegue: «Religione cattolica; Professione operaio; Servizio militare riformato; Arrestato il 17 marzo 1944 in Via delle Ciliegie n. 185, dalla S.S. tedesca, e tradotto a Regina Coeli, III Braccio, per aver ospitato nel suo alloggio tre inglesi. La famiglia non è a conoscenza se il martire ha subito supplizi, ma è sicuro che anche per il suo ideale comunista il De Simoni sia stato arrestato. Il 24 marzo 1944 anch’egli, martire tra i martiri, fu condotto al luogo del calvario».

⁴¹ L’eccidio delle Fosse Ardeatine fu il massacro di 335 civili e militari italiani fucilati a Roma il 24 marzo 1944 dalle truppe d’occupazione naziste come rappresaglia per un attacco partigiano compiuto dai gappisti romani contro i militari tedeschi in transito nella Via Rasella nel quale perirono 35 soldati e altri 38 restarono feriti. Le Fosse Ardeatine, luogo simbolo della Resistenza, sono delle antiche cave di pozzolana situate nella Via Ardeatina e sono oggi un Sacrario - monumento nazionale. Tra i martiri si annoverano anche quattro militari sardi, Cocco Pasqualino, Manca Candido, Napoleone Agostino e Sergi Gerardo per il cui approfondimento rimando all’esaustivo lavoro di MARTINO CONTU, *I Martiri Sardi delle Fosse Ardeatine. I militari*, AM&D Edizioni, Cagliari 1999. Vedi inoltre il volume di MARTINO CONTU, MARIANO CINGOLANI, CECILIA TASCA, *I verbali inediti di identificazione dei Martiri Ardeatini. 1944 -1947*,

di Ebensee nella primavera del 1944, uno dei sottocampi del sistema di concentramento di Mauthausen⁴³. La conseguenza immediata dell'applicazione della Circolare Buffarini-Guidi fu la revoca del decreto di nomina del pastore di Roma Ettore Strappaveccia, unico in Italia ad avere ottenuto il riconoscimento nel gennaio 1931 e che aveva, a sua volta, con regolari e notarili deleghe nominato altri pastori in varie città italiane. Con la revoca della sua nomina automaticamente decadde tutte le procure da egli effettuate nel frattempo. Inoltre furono chiusi tutti i luoghi di culto e venne imposta la sospensione di tutti gli incontri e lo svolgimento di qualsiasi attività volta alla propaganda della fede. Avvennero come riportato, molti arresti, ammonizioni, invii al confino sia di semplici credenti che di pastori pentecostieri. Con la persecuzione ed il divieto di celebrare i culti, gli aderenti furono costretti ad incontrarsi clandestinamente.

La Circolare n. 600/158 del 9 aprile 1935⁴⁴ così recitava:

Esistono in alcune province del regno semplici associazioni di fatto che, sotto la denominazione di pentecostali o pentecostieri o neumatici o tremolanti, attendono a pratiche di culto in riunioni generalmente presiedute da "anziani". Il culto professato dalle anzidette associazioni, non riconosciute a norma dell'articolo 2 della legge 24 giugno 1929, n. 1159, non può ulteriormente essere ammesso nel regno, agli effetti dell'articolo 1 della citata legge, essendo risultato che esso estrinseca e concreta in pratiche religiose contrarie all'ordine sociale e nocive all'integrità fisica e psichica della razza. Pertanto le Loro Eccellenze provvederanno subito per lo scioglimento, dovunque esistano, delle associazioni in parola, e per la chiusura dei relativi oratori e sale di riunione, disponendo conseguentemente anche per una opportuna vigilanza, allo scopo di evitare che ulteriori riunioni e manifestazioni di attività religiosa da parte degli adepti possano avere luogo in qualsiasi altro modo o forma. Si gradirà sollecita assicurazione dell'adempimento.

Insomma, la Chiesa pentecostale doveva essere cancellata dal suolo patrio.

6. Ulteriori Circolari.

Alla laconica ma drastica circolare del 1935 fecero seguito le Circolari del 22 agosto '39 e del 13 marzo '40 che rappresentavano un'ampia dissertazione sul movimento

AM&D Edizioni, "Serie Archivio Attilio Ascarelli", Vol. II, Cagliari 2012, nel quale a p. 342 si riporta il verbale integrale di identificazione della salma n. 294 corrispondente al martire De Simoni Fidardo. Dal verbale si rileva che «la posizione del corpo era prona, con la gamba sinistra alquanto flessa ed i polsi legati dietro la schiena». La causa della morte è da attribuire a «scoppio del cranio per colpo d'arma da fuoco alla reg. bassa occipitale esploso dalla minima distanza».

⁴² Antonio Brunetti, fu Nicola e fu Vigilante Luisa, nato a Spinazzola (BA) il 21 luglio 1887 e deceduto a Ebensee il 5 aprile 1944. Il dato relativo al decesso è tratto da *Elenco dei deportati italiani morti a Mauthausen e nei Kommandos dipendenti*, p. 11, pubblicato sul sito internet <<http://www.adamoli.org/progetto-ocr/deportati-mauthausen/PAGE0001.HTM>> (02.09.0213). Per gli altri dati vedi l'Estratto per Riassunto del Registro degli Atti di Nascita, Anno 1887, Parte I, Serie =, N. 246, rilasciato in data 27 settembre 2013 dal Comune di Spinazzola, dal quale si evince inoltre che Brunetti Antonio, a Palermo, sposò il 10 novembre 1927 Mandolà Costanza.

⁴³ Il campo di concentramento di Mauthausen fu il primo campo realizzato al di fuori dei confini della Germania a seguito dell'Anschluss. Fortezza in pietra eretta nel 1938 in cima ad una collina dell'Oberdonau sopra la piccola cittadina di Mauthausen, in Alta Austria, a circa 25 km da Linz e a 160 km da Vienna. Esso era il campo madre e sovrintendeva ad altri 49 sottocampi. Era al comando del famigerato Frank Ziweis e sotto la sua direzione trovarono la morte nelle camere a gas di Mauthausen e di Gusen, per fucilazione, per torture subite, a causa di epidemie e soprattutto a causa dall'eccessivo sfruttamento del lavoro circa 150.000 detenuti. Il campo venne liberato dagli americani il 5 maggio 1945.

⁴⁴ La Circolare è tratta dal volume di ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 246.

pentecostale e su altri movimenti ugualmente invisibili al regime fascista. In queste due lunghissime circolari il Ministero degli Interni forniva le più dettagliate informazioni alle autorità periferiche, relativamente agli scopi del movimento e quindi relativamente ai pericoli conseguenti alla libertà di esso. È inutile dire che nel lungo scritto si trovavano unite notizie fedelmente aderenti alla verità, e notizie tendenziose, poste ad arte, allo scopo di colpire inesorabilmente le comunità pentecostali.

Il 22 agosto 1939 il capo della Polizia di Stato Arturo Bocchini emanò una nuova e lunga Circolare, la n. 441/027713, rivolta ai prefetti, ma che allertò per la prima volta anche l'O.V.R.A., l'Organismo Vigilanza e Repressione Antifascismo⁴⁵ - la speciale branca di polizia, che operava senza limitazioni territoriali, per combattere l'azione degli antifascisti pericolosi e comandata da Guido Leto⁴⁶ - con all'oggetto «Sette religiose dei pentecostali ed altre». In essa era palese che si parlava non solo dei pentecostali ma anche dei testimoni di Geova giacché le pubblicazioni che tanto preoccupavano erano da loro distribuite. La Circolare dava istruzioni precise ai prefetti per quanto concerne i pentecostali che «erano nocivi tanto per l'ordinamento sociale, quanto per la sanità spirituale dei loro stessi seguaci». Il 24 settembre dello stesso anno Bocchini rafforzò le sue istruzioni con un'altra Circolare che segnalava ai prefetti i 150 gruppi pentecostieri conosciuti. La Circolare del 22 agosto '39, n. 441/027713, così recitava:

Da vari anni si è constatata l'esistenza in Italia di particolari sette religiose evangeliche, importate dall'estero, ma specialmente dagli Stati Uniti d'America, le cui dottrine sono contrarie ad ogni ordine costituito. Esse diffondono le loro teorie con numerosi opuscoli, scritti in forma popolare, nei quali le teorie stesse vengono presentate come alla vera essenza del cristianesimo, con arbitrarie interpretazioni della Bibbia e degli Evangelii. Particolarmente presi di mira, in queste stampe, sono i governanti di qualsiasi forma di governo, il capitalismo, il diritto di dichiarare la guerra, ed il clero di ogni altra religione, a cominciare dalla cattolica. Di tali sette si ha una precisa cognizione soltanto di quella detta dei "pentecostali" o anche "tremolanti" importata dagli Stati Uniti d'America da emigrati rimpatriati, generalmente di modeste condizioni sociali. Questa setta ha la particolare pretesa di mettere i propri adepti in comunicazione con lo Spirito Santo e, riuniti in un apposito ambiente, mentre uno di essi che funziona da pastore, legge salmi e versetti della Bibbia, gli altri assumono atteggiamenti estatici o si abbandonano a prolungate invocazioni, lamenti, grida e gesti incomposti di tutta la persona o anche ritmici (dove l'appellativo di "tremolanti") con i quali gradualmente si suggestionano di ricevere lo Spirito Santo, fino ad arrivare ad una esaltazione psichica allucinatoria, giudicata esiziale, da competenti autorità sanitarie, ad uno sano equilibrio mentale, specialmente per i giovinetti e gli individui nervosi in genere. Per tale motivo la setta dei "pentecostali", dopo rigorose inchieste, non ha ottenuto il riconoscimento legale e in alcune province, dove già si era fatta notare con riunioni pubbliche, i più ostinati settari che in seguito persistevano nel riunirsi clandestinamente e nel fare del proselitismo, sono stati colpiti con denunce all'autorità giudiziaria, e con provvedimenti di polizia. I "pentecostali" sono attivissimi e tenaci propagandisti e, dopo i provvedimenti adottati contro di loro, cercano di riunirsi in qualsiasi località anche in piena campagna, ma generalmente in casa di qualche adepto, sia di giorno

⁴⁵ Sull'ovra a livello nazionale rimando all'esauritivo volume di MIMMO FRANZINELLI, *I tentacoli dell'Ovra. Agenti, collaboratori e vittime della polizia politica fascista*, Bollati Boringhieri Editore, Collana "Gli Archivi", Torino 2000. Sull'ovra a livello regionale vedi ALBERTO VACCA, *La tela del ragno. L'Ovra in Sardegna (1937-1943)*, Condaghes Editore, Cagliari 2011.

⁴⁶ Sulla figura dell'alto funzionario di Polizia Guido Leto, responsabile della polizia politica, nato a Palermo nel 1895, rimando all'annotazione presente in DI BIASE, *Don Francesco Maria Giua. Unico prete sardo confinato dal regime fascista*, cit., p. 23.

che di notte, per sfuggire alla vigilanza delle autorità. È da osservarsi che nelle loro riunioni, almeno in quelle pubbliche, i “pentecostali” non predicano dottrine contrarie alle leggi, né trattano argomenti politici, ma sta di fatto che essi sono spiritualmente ribelli ad ogni legge ed antifascisti. Lo dimostrano i suddetti opuscoli di cui sono stati trovati in possesso ed i vari interrogatori subiti dai “pentecostali” arrestati, nei quali i medesimi hanno manifestato sentimenti in pieno contrasto con le norme del Regime. In un appunto dattilografato, di carattere evidentemente propagandistico, sequestrato ad un “pentecostale” sono apertamente e violentemente biasimati il fascismo e il Duce. Soprattutto i “pentecostali” si sentono insuperbati dalla loro pretesa privilegiata posizione spirituale e si ritengono al di sopra di tutte le leggi, anche le più fondamentali, cosicché sono portati a casi gravissimi di indisciplina civile, che toccano l’ordine delle famiglie e la sicurezza dello stato. Recentemente si sono verificati alcuni casi di individui richiamati alle armi che si sono rifiutati di sparare alle esercitazioni del tiro a segno, perché, quali “pentecostali”, era loro vietato per precetto religioso, l’uso delle armi. Con le loro teorie sovvertitrici di ogni ordine costituito, ultimamente accertate, le sette di cui trattasi esulano dal campo strettamente religioso ed entrano nel campo politico e vanno quindi considerate alla pari dei partiti politici sovversivi, di cui anzi, per alcune manifestazioni, e sotto certi aspetti, sono assai più pericolose, in quanto, agendo col sentimento religioso degli individui, che è assai più profondo del sentimento politico, li spingono ad un vero fanatismo, quasi sempre refrattario ad ogni ragionamento o provvedimento. Va notato che se le teorie suddette sono proprie di particolari sette, queste però godono la simpatia di non pochi evangelici dei riti tradizionali e riconosciuti, non esclusi i “pastori”, che ne accolgono i seguaci nelle loro case e facilitano la diffusione delle loro stampe. D’altra parte è notorio che gli evangelici in genere, per l’essenza dei loro stessi principi, che non ammettono alcuna autorità indiscussa in materia religiosa, sono portati all’individualismo anche in politica ed a tollerare se non favorire, tutti coloro che, in base a pretese interpretazioni dei libri sacri, enunciano e propagano nuove dottrine religiose, sia pure se queste logicamente portano a sovvertire l’ordine politico degli Stati.

Per i loro riflessi politici anzi, e perché vengono importate dall’estero, specialmente dai paesi anglosassoni, è legittimo sospettare che siffatte dottrine siano diffuse da agenti stranieri o per lo meno sostenute con danaro straniero, per combattere il nostro regime politico e per deprimere lo spirito nazionale e per propagare l’antimilitarismo. E’ necessario quindi contrastare col massimo vigore tali sette, nocive tanto per l’ordine sociale quanto per la sanità spirituale degli stessi seguaci, i quali, con la morbosa esaltazione psichica a cui si abbandonano durante le pratiche di rito, cadono, non di rado, in un vero squilibrio mentale, così da dover essere ricoverati in istituti di cura. A tal fine si prega di far eseguire accurate indagini per accertare l’esistenza nelle rispettive provincia di nuclei della setta dei “pentecostali” o di altre sette simili, procedendo contro di essi a termine di legge, nel caso che i componenti siano sorpresi in riunioni per praticare rituali o in attività propagandistica, e richiedendo istruzioni al ministero, per gli opportuni provvedimenti, negli altri casi. Si raccomanda inoltre di sottoporre ad assidua vigilanza coloro che sono già conosciuti quali aderenti alle sette in questione, facendoli anche sottoporre a perquisizione personale e domiciliare, ogni qual volta diano luogo a sospetti, per accertare se detengano stampe destinate alla propaganda e per accertare anche se si tengono in correlazione con correligionari a scopo di culto. E, poiché tra le varie religioni e sette evangeliche vi è stata sempre una stretta relazione, è bene anche indagare se tra i seguaci delle religioni evangeliche legalmente riconosciute esistano correnti favorevoli alle suddette sette e siano diffusi ed essi stessi diffondano gli stampati che trattano delle loro teorie, tanto più che la massima parte delle religioni evangeliche sono di origine anglosassone. Sarà utile, allo scopo, esaminare attentamente le loro pubblicazioni. Giova tenere presenti che generalmente gli aderenti alle sette in esame appartengono alla classe popolare e sono di limitata cultura e gli stessi opuscoli di propaganda si rivolgono alle persone di bassa condizione sociale, di cui sollecitano l’amore proprio o il fanatismo col presentare la classe dei ricchi come dei reprobri, col promettere un avvenire di prosperità per tutti e coll’avversare, come illegittima, ogni autorità civile e religiosa.

La pericolosità dei pentecostali venne ancora ribadita nella Circolare del 13 marzo 1940 la n. 441/02977 - la quale «mostra l'ignoranza biblica e teologica della polizia fascista»⁴⁷ - in cui

[...].È da confermarsi la pericolosità dei pentecostali nei riflessi della difesa della razza, agendo il culto in senso dannoso sulla sanità mentale dei gregari; ma anche nei riflessi strettamente politici, nei riguardi degli ordinamenti dello stato, tale setta deve essere ritenuta pericolosa. [...]. La stampa di pertinenza esclusiva dei "pentecostali", per quanto è stato finora constatato, è molto scarsa e si limita a pochi opuscoli e libri di preghiere, di salmi tratti dalla Bibbia e simili, nei quali invero non si contengono istruzioni contrarie alle istituzioni; anzi in qualche opuscolo si inculca il rispetto per le autorità dello Stato. Senonché è da osservare che i "pentecostali" fino a qualche anno fa hanno cercato di far comprendere il loro culto fra i culti ammessi e pertanto dovevano ostentare, evidentemente, di tenersi su una linea politica ortodossa. Le idee religiose non hanno avuto quella profonda elaborazione teologica che hanno avuto le religioni evangeliche tradizionali e quindi essi, lettori assidui della Bibbia, essendo nella quasi totalità persone prive di qualsiasi cultura ed incapaci di dare ai libri sacri un significato diverso da quello che si trae dalle semplici parole, sono naturalmente portati ad accettare alcune delle dottrine più pericolose dei "testimoni di Geova". I pentecostali insomma costituiscono [...] un terreno fertile per la propaganda dei principi della setta dei "testimoni di Geova".

La maggioranza dei "pentecostali" negli interrogatori subiti, si è dichiarata ossequiente, non si sa con quanta sincerità, alle leggi dello stato e pronta ad assolvere anche tutti i doveri militari, ma altri di loro si sono dimostrati, al riguardo, reticenti e specialmente riluttanti in merito alla osservanza di tali doveri e non sono mancati infine quelli che hanno dichiarato esplicitamente che l'uso delle armi è loro vietato per precetto religioso⁴⁸.

Lo scopo del Ministero era evidente: le autorità di P.S. dovevano considerare l'opera pentecostale un'associazione religiosa pericolosissima e dal punto di vista politico e dal punto di vista sociale e sanitario. «Malgrado la chiarezza delle direttive di Bocchini, non era possibile condurre un'azione sistematica e coordinata contro il movimento pentecostale, privo di strutture e di collegamenti organici»⁴⁹.

La Regia Questura di Roma, in uno stralcio allegato ad una missiva del 1942⁵⁰, così scriveva:

Per disposizione ministeriale da alcuni anni è stato vietato il culto della così detta Chiesa Cristiana Pentecostale, perché gli aderenti svolgono attività contrastante con le direttive politiche del regime ed anche perché le manifestazioni del culto stesso sono ritenute nocive fisicamente e psichicamente alla integrità della razza. Ciò nonostante, gli aderenti al predetto culto, dimostrandosi insofferenti e refrattari ad ogni freno della legge, hanno continuato a riunirsi clandestinamente in località campestri e remote o in casa di qualcuno di essi. Sorpresi dalla Polizia sono stati numerose volte denunciati all'Autorità Giudiziaria per contravvenzione all'art. 18 del T.U. delle Leggi di P.S. ed i più irriducibili, a seconda del grado di attività svolta o di pericolosità, diffidati, ammoniti o assegnati al confino.

⁴⁷ Così si esprime STRETTI, *Il Movimento pentecostale. Le Assemblee di Dio in Italia*, cit., p. 40.

⁴⁸ I testi delle Circolari citate nel testo sono tratte dal volume di ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., pp. 257 - 265

⁴⁹ Così si pronuncia ROCHAT, *Regime fascista e chiese evangeliche. Direttive e articolazioni del controllo e della repressione*, cit., p. 261.

⁵⁰ Lo stralcio su riportato, si trova allegato alla missiva della RQRO, del 28/3/1942, Prot. N. 05420, Div. U.P., Categ. A. 4 A., indirizzata a Ministero dell'Interno, Pubblica Sicurezza (d'ora in poi MI, PS), al CPC, alla Regia Questura di Cagliari (d'ora in poi RQCA), inserito nel fascicolo n. 106943 intestato a Serra Pietro di Antonio, in ACS, CPC.

Ciò a riprova che, nonostante la persecuzione religiosa posta in atto dal regime, i pentecostali continuavano ad incontrarsi, riunendosi in località campestri e remote o in casa di qualcuno di essi ma sempre con il timore di essere scoperti e perseguitati⁵¹.

7. Il caso dei cinque pentecostali sardi perseguitati

Dai dati riportati nel “Dizionario biografico degli antifascisti sardi”, curato da Manlio Brigaglia e da Maria Teresa Lella⁵², gli isolani pentecostali, segnalati e ricercati dal regime ammontano a cinque, di cui quattro uomini ed una donna, tutti originari della provincia di Cagliari e tutti di umili origini.

Due di loro, il Mattana ed il Serra, entrambi muratori, vennero perseguitati a Roma, città in cui per motivi di lavoro ebbero a trasferirsi. Un altro, il Musio, fu anch’egli inizialmente oppresso nella città capitolina ove esercitava il mestiere di muratore; in seguito le autorità decisero di allontanarlo dalla capitale e venne rimpatriato con foglio di via obbligatorio al suo paese natale di Serrenti. Gli ultimi due, i coniugi Trudu, contadino lui, casalinga lei, convertiti al credo pentecostale dal Musio, furono gli unici ammoniti in Sardegna. Infine due di loro, il Mattana a Roma ed il Musio a Cagliari, vennero condannati per alcuni anni al confino, presso la Colonia confinaria di Pisticci, in provincia di Matera⁵³.

Nei paragrafi che seguono si sviscerano analiticamente tutti i documenti presenti nei fascicoli custoditi nell’Archivio Centrale di Stato di Roma (ACS), sia nel Fondo del Casellario Politico Centrale (CPC) che in quello dei Confinati Politici (CP). Gli incartamenti studiati fanno capo a:

Fais Margherita, in ACS, CPC, b. 1530, f. 139121.

Mattana Severino, in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319; in CP b. 643.

Musio Tommaso, in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205; in CP b. 699.

Serra Pietro, in ACS, CPC, f. 106943.

Trudu Aurelio, in ACS, CPC, b. 5232, f. 139206.

Per il confinato Mattana Severino si esamina il fascicolo a lui intestato proveniente dall’Archivio di Stato di Matera (ASMT), Fondo Questura, Divisione I, Categoria A8 *Persone pericolose per la sicurezza dello Stato*.

Si analizzano infine, i Fogli Matricolari conservati presso l’Archivio di Stato di Cagliari (ASCA) di Mattana Severino, Serra Pietro e Trudu Aurelio.

7.1. Tommaso Musio di Serrenti

Tommaso Musio di Pietro e di Luigia Lepori nacque a Serrenti⁵⁴ (CA) il giorno 10 marzo 1904⁵⁵. Egli era il primogenito e fu seguito da Margherita nata il 12 marzo

⁵¹ Vedi ALESSANDRO IOVINO, *Breve profilo del movimento pentecostale in Italia*, pubblicato il 23 dicembre 2011 in <<http://www.cesnur.org/2008/iovino.htm>> (23.07.2013)

⁵² MANLIO BRIGAGLIA, MARIA TERESA LELLA (a cura di), *Dizionario biografico degli antifascisti sardi*, in MANLIO BRIGAGLIA, FRANCESCO MANCONI, ANTONELLO MATTONE, GUIDO MELIS (a cura di), *L’antifascismo in Sardegna*, vol. 2°, Edizioni Della Torre, Cagliari 1986, pp. 257-359.

⁵³ Vedi ADRIANO DAL PONT, SIMONETTA CAROLINI, *L’Italia al confino 1926 - 1943*, volume 4°, Edizioni La Pietra, Roma 1983, ove a p. 1442 si riporta il caso del Mattana, mentre a p. 1737 si trova quello del Musio.

⁵⁴ Serrenti faceva parte del mandamento di Nuraminis. Apparteneva alla diocesi di Cagliari e al collegio elettorale di Serramanna. Era compreso nel marchesato di Samassi ed ebbe per ultimo feudatario Don Giuseppe Simon. Contava una chiesa principale e sei chiese filiali, tutte fuori dall’abitato. Il suolo è assai fertile e si raccoglieva grano, orzo, fave e legumi. Vigne estese che producono vino di buona qualità. L’arboricoltura è poco curata e di conseguenza scarseggia la frutta. Pochi e sterili i pascoli per la scarsità del bestiame. In estate si sente gran caldo; nell’inverno il freddo è mite, purché non soffi il maestrale. La pioggia è scarsa. Descrizione del paese tratta da GUSTAVO STRAFFORELLO, *Geografia*

1907, da Vincenzo nato il 22 ottobre 1911 e da Giuseppe nato il 9 settembre 1914, tutti nati a Serrenti.

Giovanissimo si trasferisce Roma dove trova lavoro nel settore edile esercitando il mestiere di manovale prima e muratore poi. Si apprende da una missiva del 16 ottobre 1939, a firma del capitano Giuseppe Bungaro, comandante della Compagnia Interna di Cagliari, che il Musio fece rientro al suo paese di nascita il 18 dicembre 1936, dopo circa quindici anni di permanenza nella città capitolina, perché rimpatriato con foglio di via obbligatorio in seguito ad operazione di polizia compiuta nella capitale contro gli appartenenti alla setta dei pentecostali⁵⁶. Il 20 settembre 1939 l'Ispettore Generale di P.S. Dino Fabris ricevette un telegramma da parte del Ministero dell'Interno⁵⁷ con il quale si autorizzava a promuovere presso la Prefettura di Cagliari l'assegnazione al confino con destinazione la Colonia di Pisticci per Tommaso Musio e il provvedimento di ammonizione per i coniugi Aurelio Trudu e Margherita Fais, amici del Musio da lui convinti ad aderire al movimento dei pentecostali. In una dettagliata relazione del dirigente la zona O.V.R.A. della Sardegna indirizzata al Ministero⁵⁸ si segnalava l'attività di pochi individui residenti nell'isola appartenenti alla setta dei Pentecostali. Musio Tommaso essendo stato, come su riportato, rimpatriato col foglio di via obbligatorio, veniva segnalato come «irriducibile seguace propagandista delle teorie pentecostali». Il Questore segnalava inoltre che nel suo paese natale tentò di iniziare la conversione di alcuni suoi parenti e conoscenti, ma ne fu impedito perché sorvegliato dall'Arma. Praticamente a Serrenti riuscì a persuadere solamente la sorella Margherita. Decise così, nell'agosto del 1938, di trasferirsi a Samassi prima, e in via Veneto 26 a Cagliari poi⁵⁹. Nel grosso centro agricolo del Campidano riuscì a convertire al suo credo religioso gli amici Aurelio Trudu, anch'egli muratore, e la di lui moglie Margherita Fais⁶⁰. I coniugi Trudu furono talmente persuasi delle nuove dottrine che, quando il Musio il 6 settembre 1938, venne arrestato e denunciato dai Carabinieri della locale stazione per vilipendio alla religione cattolica, proseguirono il lavoro di propaganda nel paese. Essi però furono ostacolati e derisi dai loro concittadini samassesi; decisero così di trasferirsi a Cagliari, andando ad abitare in via Monte Grappa al civico 28. Il Questore riteneva comunque Tommaso Musio il principale responsabile della nascita dei pentecostali nel Campidano di Cagliari. Inoltre veniva dichiarato anche "Antifascista"

dell'Italia. La Sardegna. La provincia di Cagliari alla fine dell'Ottocento, Edizione anastatica del 1895, Editore Progetto Sardegna, Quartu Sant'Elena 1997, p. 101.

⁵⁵ Vedi l'Estratto per riassunto dai registri degli Atti di nascita, Anno 1904, parte I, n. 24, del Comune di Serrenti, rilasciato in data 9 luglio 2013. Vedi anche la missiva del 12 ottobre 1933 con la quale, la RQCA, chiedeva al Procuratore del Re, il certificato con tutte le iscrizioni esistenti nel Casellario Giudiziario e dalla quale si evincono i nomi dei genitori di Tommaso, in ACS, CP, b. 699 .

⁵⁶ Vedi la missiva del 16 ottobre 1939, Prot. N. 591/8, che rispondeva ad una nota del 2 andante, Prot. N. 04605, della RQCA, avente quale Oggetto "Proposta per un provvedimento di polizia di Musiu Tommaso di Pietro e di Lepori Luigia, muratore, in ACS, CP, b. 699.

⁵⁷ Vedi il telegramma del 20 settembre 1939, N. 46489, del MI, PS, AGR, Sez. 1^, n. 441/032091, in ACS, CP, b. 699; presente anche in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁵⁸ Relazione citata nella missiva a firma Questore, del 9 ottobre 1939, Prot. N. 010660/Gab., della RQCA, indirizzata alla Commissione Provinciale per l'ammonizione e confino di polizia di Cagliari, in ACS, CP, b. 699.

⁵⁹ Vedi l'epistola del 16 ottobre 1939, Prot. N. 591/8, della Legione Territoriale dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia Interna di Cagliari, che rispondeva ad una nota del 2 andante, Prot. N. 04605, della RQCA, avente quale Oggetto «Proposta per un provvedimento di polizia di Musiu Tommaso di Pietro e di Lepori Luigia, muratore», in ACS, CP, b. 699.

⁶⁰ Vedi VACCA, *La tela del ragno. L'Ovra in Sardegna (1937-1943)*, cit., p. 155, in cui si riporta la terza operazione effettuata dall'Ovra contro la setta dei pentecostali, che portò alla condanna al confino in contumacia, perché resosi irreperibile, del Musio e all'ammonizione dei coniugi Trudu.

in quanto, da informazioni fiduciose, «ha tenuto in casa sua qualche riunione a scopo religioso, partecipate in prevalenza da carrettieri e operai e che fa pure propaganda contraria alle situazioni del Regime»⁶¹. La missiva del Questore richiamava infine il telegramma del Ministero dell'Interno con il quale si riscontrava la pericolosità sociale di Musio e dei coniugi Trudu e ne autorizzava, come su già riportato, l'assunzione dei provvedimenti. Pertanto, scrive il Questore alla fine della sua lettera «denunzio il Musiu per il confino di polizia ed i coniugi Trudu Aurelio di Basilio e moglie Fais Margherita di Salvatore per il provvedimento dell'ammonizione»⁶². Dello stesso parere del Questore di Cagliari era anche il capitano dei CC.RR. Giuseppe Bungaro, il quale anch'egli proponeva che il Musio venisse assegnato al confino di polizia, e ricordava che era celibe, muratore e nullatenente⁶³. Egli era inoltre stato già segnalato al Questore di Cagliari quale «lestofante contrario alla religione cattolica e al fascismo»⁶⁴.

La Commissione provinciale per l'ammonizione ed il confino di polizia si riunì il 17 ottobre 1939 nei locali della Reale Prefettura di Cagliari, «visto il rapporto del Questore di Cagliari e considerato che il Musio malgrado l'atto di comparizione non si è presentato né è stato possibile rintracciare ad unanimità delibera che venga in contumacia assegnato al confino di polizia per la durata di anni quattro»⁶⁵. Il 15 gennaio 1940 la Direzione Generale della P.S. richiedeva al Prefetto di Cagliari «le generalità complete, i connotati ed il mestiere del Musio e il consueto "stralcio" delle informazioni sul conto del nominato e le prescritte fotografie del medesimo»⁶⁶. In data 14 maggio 1940 il Ministero dell'Interno richiedeva al Prefetto di Cagliari notizie su eventuali provvedimenti di polizia presi a carico del Musio⁶⁷. A stretto giro di posta il Prefetto Leone rispondeva al Ministero che il Musio era «irreperibile» e che lo stesso «è stato iscritto nel Bollettino delle Ricerche schedina A.1264 del 4 marzo 1940 nonché nell'elenco dei sovversivi irreperibili di questa provincia»⁶⁸. Ancora il Prefetto Leone in data 3 giugno 1940 scriveva al Ministero dell'Interno che la Questura di Roma, con telegramma n. 043247 U.P., del 31 maggio c.a., informava dell'avvenuto arresto del Musio perché sorpreso in riunioni pentecostali⁶⁹. Egli fu catturato assieme ad altri trentadue pentecostali, di cui ventitre donne e dieci uomini, nell'abitazione di Rosa Matteucci al civico 9 di via Fanfulla da Lodi nel mentre che praticavano il culto. Tutti furono denunciati all'Autorità Giudiziaria.

⁶¹ Vedi la corrispondenza, a firma Questore, del 9 ottobre 1939, Prot. N. 010660/Gab., della RQCA, indirizzata alla Commissione Provinciale per l'ammonizione e confino di polizia di Cagliari, in ACS, CP, b. 699.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ Vedi la lettera del 16 ottobre 1939, Prot. N. 591/8, della Legione Territoriale dei Carabinieri Reali di Cagliari, Compagnia Interna di Cagliari, che rispondeva ad una nota del 2 andante, Prot. N. 04605, della RQCA, avente quale Oggetto "Proposta per un provvedimento di polizia di Musiu Tommaso di Pietro e di Lepori Luigia, muratore, in ACS, CP, b. 699.

⁶⁴ Vedi il fascicolo 139205, a lui intestato, sezione H) Reclami, in cui si riportala segnalazione da parte del confidente Pais G.A. del 21 gennaio 1939, in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁶⁵ Vedi il verbale della riunione stilato dal segretario verbalizzante Guglielmo Spadafora, Vice Commissario di P.S., in ACS, CP, b. 659, f. 139205, *ad nomen*.

⁶⁶ Vedi la corrispondenza del 15 gennaio 1940, Prot. 81685/139205, in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁶⁷ Vedi la missiva del 14 maggio 1940, Prot. N. 793/9432, in ACS, CP, b. 659.

⁶⁸ Vedi la risposta del 29 maggio 1940, Prot. N. 03255 P.S., della RPCA, indirizzata al MI, PS, AGR, sezione 1^ CP, con il seguente oggetto: "Musio Tommaso, capo pentecostale, assegnato al confino, irreperibile", in ACS, CP, b. 659.

⁶⁹ Vedi l'epistola del 3 giugno 1940, Prot. N. 03255, della RPCA, e indirizzata al MI, PS, AGR, Sez. 1^ CP, in ACS, CP, b. 659.

Delle 33 persone furono trattenute Leonardo Rinaldi, Giuseppe Mosetti, Decio Pahani, Giovanni Ferri, Agesilao Martorelli, Tommaso Musio, Rocco Casale, Paolo Spadazzi, Noè Brunetti. In seguito fu arrestato anche Alfredo Gianfelici il quale era riuscito ad allontanarsi dalla riunione. Infine, Ferri, Spadazzi e Musio sono stati denunciati in stato di arresto anche per la contravvenzione di cui all'art. 157 del T.U. delle Leggi di P.S., il Musio, a soddisfatta giustizia⁷⁰, sarà tradotto a Cagliari per l'assegnazione al confino⁷¹. Il 21 luglio 1940 Tommaso Musio fu sottoposto a visita medica, presso l'Ufficio del Medico Chirurgo delle carceri di Cagliari, e dichiarato idoneo a sottostare al regime di confino in quanto «è di sana e robusta costituzione esente da difetti o imperfezioni fisiche e da malattie infettive e contagiose»⁷². Successivamente gli venne notificata l'ordinanza della locale Commissione Provinciale del 17 ottobre 1939 con la quale veniva in contumacia assegnato al confino di polizia per la durata di anni quattro. Fu anche reso edotto della possibilità di ricorrere in appello nei termini di dieci giorni a norma dell'art. 184 del T.U.P.S.⁷³. Il Prefetto Leone comunicava al Ministero dell'Interno che, all'irriducibile aderente al noto vietato culto pentecostale Musio Tommaso, «è stata notificata la deliberazione della Commissione Provinciale». Informava inoltre che il Musio «è celibe, non ha beni di fortuna, né parenti tenuti per legge a somministrargli gli alimenti durante la permanenza al confino, la cui decorrenza dovrà avere inizio dal 29 giugno 1940, epoca in cui il Musio doveva essere dimesso dalle carceri di Roma per avere espiato colà una condanna per contravvenzione alla diffida di cui all'art. 157 T.U.P.S.»⁷⁴. Infine avvisava che aveva richiesto la traduzione straordinaria alla Colonia Confinaria di Pisticci (MT)⁷⁵ in quanto là destinato con telegramma 464/441/032091 del 21 settembre 1939.

In una comunicazione dell'11 agosto il Prefetto Leone anzitutto riassumeva le vicissitudini del capo pentecostale Tommaso Musio per poi riportarne i connotati dai quali si evince «la statura media, la corporatura robusta, i capelli folti ondulati, la fronte alta asimmetrica, occhi grandi castani infossati, naso concavo, viso grande, spalle spioventi»⁷⁶. La Direzione Generale di P.S. l'8 agosto informò con una comunicazione urgente il Prefetto di Matera che doveva far predisporre una «rigorosa sorveglianza» sul Musio al quale dovevano essere corrisposti «i consueti assegni»⁷⁷. Il Prefetto Dionisi Vici informava, sia il Ministero dell'Interno che il suo collega

⁷⁰ Per questo episodio scontò trenta giorni presso la struttura carceraria romana. Vedi la comunicazione della RPCA, del 11 agosto 1940, Prot. N. 03255, volta al MI, PS, AGR, Sez. 1[^], e anche al CPC, in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁷¹ Vedi la comunicazione a firma Questore Palma della RQRO, del 14 giugno 1940, Prot. N. 441/014834, ed indirizzata alla AGR, Sez. 1[^], CP, in ACS, CP, b. 659.

⁷² Vedi il Certificato Sanitario rilasciato dal medico visitante in data 21 luglio 1940, foglio n. 345 carceri, a firma del Direttore Celeste Tului, in ACS, CP, b. 659.

⁷³ Vedi il verbale stilato il 26 luglio 1940 nelle carceri giudiziarie di Cagliari dal funzionario di P.S., Vice Commissario, Guglielmo Spadafora, in ACS, CP, b. 659.

⁷⁴ Vedi la corrispondenza a firma del Prefetto Leone, del 7 agosto 1940, Prot. N. 03255, della RPCA, indirizzata al MI, PS, AGR, Uff. CP, in ACS, CP, b. 659.

⁷⁵ Sulla colonia confinaria di Pisticci, in provincia di Matera, fortemente voluta dal Capo della Polizia Bocchini, rimando all'eccellente lavoro di ricostruzione di un'importante pagina di storia lucana effettuato da GIUSEPPE CONIGLIO, *La colonia confinaria di Pisticci. Dal ventennio fascista alla nascita di Marconia*, Pisticci, 1999; vedi inoltre CARLO SPARTACO CAPOGRECO, *I campi del Duce. L'internamento civile nell'Italia fascista (1940-1943)*, Einaudi Editore, Collana "Gli Struzzi", Torino 2004.

⁷⁶ Vedi la comunicazione della RPCA, del 11 agosto 1940, Prot. N. 03255, volta al MI, PS, AGR, Sez. 1[^], e anche al CPC, in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁷⁷ Vedi la lettera del 16 agosto 1940, Prot. N. 7931/17949, della PS, AGR, Sez. 1[^] - CP rivolta alla RPMT, in ACS, CP, b. 659.

cagliaritano, dell'avvenuto arrivo del Musio a Pisticci il giorno 9 settembre e che lo stesso venne immediatamente sottoposto agli obblighi del confino⁷⁸. Come prassi al confinato Tommaso Musio venne fatto firmare il «Verbale di consegna della Carta di permanenza»⁷⁹ che altro non era che un'elencazione di prescrizioni che dovevano essere rigorosamente seguite e rispettate. Esse erano venti e nel dettaglio consistevano in: 1) darsi a stabile lavoro, nei modi indicati dalla Direzione della Colonia, e serbare buona condotta morale e politica, senza dar luogo a sospetti. 2) non varcare il limite di confino. 3) non cambiare il posto di mensa, l'abitazione, o il posto di dormitorio assegnati da questa Direzione, senza la preventiva autorizzazione. 4) non rincasare la sera più tardi, e non uscire il mattino più presto dell'orario precisato dall'art. 348 Legge di P.S. 5) presentarsi tutti i giorni nelle ore e nelle località stabilite dalla Direzione per gli appelli (piazzale dormitorio) rispondendo alla chiamata con voce alta ed intelligibile. Presentarsi entro dieci minuti agli appelli straordinari ogni qualvolta la Direzione li farà eseguire mediante appositi segnali. 6) non detenere o portare armi proprie o strumenti atti ad offendere; non detenere o portare ferri di lavoro che rientrano nella categoria degli strumenti atti ad offendere, senza la esplicita autorizzazione scritta di questa Direzione, la quale né preciserà la qualità e la quantità consentita, designando il luogo ove debbano essere depositati dopo l'uso. 7) non frequentare postiboli, osterie od altri pubblici esercizi; non partecipare a pubbliche riunioni, e non assistere a spettacoli o trattenimenti pubblici. 8) non detenere o far uso di apparecchi per trasmissioni o segnalazioni ottiche, acustiche, o radio telegrafiche, o di macchine per riproduzione di caratteri e disegni. 9) non accedere in abitazioni private. 10) non usufruire o prendere in fitto locali per abitazione o laboratorio, senza esplicita autorizzazione di questa Direzione. 11) non permettere ad altri l'accesso nel laboratorio o nell'abitazione privata di cui alla precedente prescrizione senza permesso scritto alla Direzione. 12) non spedire o ricevere corrispondenza e pacchi di qualsiasi genere se non per tramite di questa Direzione e non acquistare o detenere riviste libri o manoscritti se non preventivamente autorizzati e vistati da questa Direzione. 13) non alienare, deteriorare o distruggere gli indumenti e gli oggetti di casermaggio forniti dall'amministrazione e non imbrattare le pareti del dormitorio o dell'abitazione assegnata. 14) osservare rigorosamente il silenzio nelle ore di riposo prescritte da questa Direzione. 15) portare sempre con se la carta di permanenza, ed esibirla ad ogni richiesta degli Ufficiali ed Agenti della forza pubblica. 16) presentarsi negli uffici di questa Direzione ed in quelli dei CC.RR., ogni qual volta invitati a capo scoperto, ed abbigliati compostamente. 17) non contrarre debiti con chicchessia. 18) non giuocare a carte né detenere carte da gioco. 19) non usare nelle conversazioni lingue estere. 20) osservare rigorosamente tutte le disposizioni che la Direzione crederà opportuno emettere per la disciplina e ordinamento della Colonia. Il verbale, oltre che dal confinato, era firmato anche dal Direttore della Colonia, il Cav. Dott. Ercole Suppa⁸⁰. Nella stessa data la Direzione della Colonia di confino di Pisticci provvede alla compilazione del «Foglio informativo del confinato Tommaso Musio»

⁷⁸ Vedi la missiva del 12 settembre 1940, Prot. N. 05273, volta al MI., PS, CP, e p.c., alla RPCA, in ACS, CP, b. 659.

⁷⁹ Vedi il Verbale di consegna della "Carta di permanenza" stilato in data 9 settembre 1940, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁰ Ercole Suppa (1888-1973) era ispettore del Ministero degli Interni. In seguito, fu nominato direttore del confino politico di Ventotene, con il grado di colonnello, e della colonia confinaria di Pisticci. Cessata la guerra, fu commissario prefettizio a Pisticci nel maggio 1945 e poi fu trasferito col grado di vicequestore a Teramo.

dal quale si evince che lo stesso «deve scontare la pena di anni quattro la cui decorrenza va dal 29 giugno 1940 al 28 giugno 1944. La pena detentiva sarà ridotta di un terzo in quanto beneficerà del previsto condono e pertanto terminerà in data 22 marzo 1943»⁸¹. Il Prefetto Dionisi Vici trasmise sia il verbale di sottoposizione agli obblighi di confino che il foglio note al Ministero dell'Interno⁸².

Il 16 febbraio 1941 Tommaso Musio di proprio pugno rivolse un appello al Ministero dell'Interno affinché venisse concesso un sussidio alla propria famiglia. Così egli ebbe a scrivere: « [...] passare un sussidio al mio padre Musio Pietro di circa 70 e più anni inabile al lavoro e la mamma di 60 e più anni paralizzata da circa 10 anni ed erano da me sovvenuti nella loro vecchiaia quando io ero a casa e ancora erano sovvenuti da un fratello Vincenzo e da un fratello Peppino. Ora io mi trovo confinato da 5 e più mesi e i due fratelli che soccorrevano la famiglia sono richiamati»⁸³. Il Prefetto di Matera, così come il suo collega di Cagliari, non era però dello stesso avviso del confinato. Infatti in una corrispondenza intercorsa con il Ministero dell'Interno espresse parere contrario alla concessione del sussidio ai genitori del Musio senza per altro darne motivazione⁸⁴. Lo stesso espresse parere favorevole affinché al confinato venissero assegnate un paio di scarpe delle quali «ha urgente bisogno»⁸⁵.

Il 1° novembre del 1942 il Duce, in occasione del ventennale della marcia su Roma, dispose il proscioglimento condizionale dal confino con atto di clemenza, per tanto il Musio venne munito di foglio di via obbligatorio, destinazione Roma⁸⁶. Con un telegramma del successivo 3 novembre si informava dell'avvenuto arrivo entro i due giorni prescritti del Musio⁸⁷. Ancora, il 10 novembre il Prefetto di Cagliari comunicava che lo stesso si era presentato nanti la Prefettura e che era stato sottoposto ad opportuna sorveglianza⁸⁸.

Per il regime fascista Tommaso Musio aveva «una capacità criminale generica con particolare tendenza a commettere delitti contro la religione cattolica e capace di commettere qualsiasi azione inconsulta determinata dal fanatismo religioso. Egli era in possesso di un'intelligenza piuttosto sveglia anche se di scarsa cultura. Era di volontà tenace ed ostinato nell'affermazione e nella propaganda dei canoni della propria setta. Non rispettava l'autorità». Egli era considerato «socialmente pericoloso per le attività propagandistiche relativi ai suoi principi settari di cui si è dimostrato un irriducibile e fervente fanatico e incorreggibile»⁸⁹. A parere del vice commissario aggiunto, dott. Delogu, estensore del rilievo, «difficilmente i

⁸¹ Vedi il Foglio informativo del confinato in ACS, CP, b. 659.

⁸² Vedi la missiva del 12 ottobre 1940, Prot. N. 05273, volta al MI, PS, CP, e p.c., alla RPCA, in ACS, CP, b. 659.

⁸³ Vedi la lettera manoscritta del 16 febbraio 1941, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁴ Vedi l'epistola del 1 aprile 1941, Prot. N. 07851, della RPMT indirizzata al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁵ Vedi la corrispondenza del 4 maggio 1942, della RPMT, rivolta al MI, PS, CP, alla quale era allegata l'istanza del Musio, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁶ Vedi la comunicazione dell'1 novembre 1942, Prot. N. 0547, della Direzione Colonia Confino Politico Bonifica di Pisticci indirizzata alla RQRO, e p.c., al MI, PS, AGR, Sez. 1^, ed alla RQMT, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁷ Vedi il telegramma del 3 novembre 1942 a firma del Questore Palma, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁸ Vedi la missiva del 10 novembre 1942, Prot. N. 05480, intercorsa tra la RPCA e il MI, PS, AGR, Sez. 1^, alla RPMT, alla RQRO, in ACS, CP, b. 659.

⁸⁹ Vedi il fascicolo n. 139205 a lui intestato, IV parte, sezione A) "Giudizi periodici sui caratteri della criminalità", in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, ad nomen.

provvedimenti di polizia assunti nei suoi confronti, lo faranno desistere dai suoi principi settari»⁹⁰.

Musio Tommaso morirà a Roma il 12 dicembre del 1981 all'età di 77 anni⁹¹.

7.2. Severino Mattana di Muravera

Severino Mattana di Efisio e di Angelica Lecca⁹² nacque a Muravera⁹³ il 18 maggio 1894.

Fu chiamato a Cagliari a sostenere la visita di leva e dopo essere stato dichiarato «rivedibile» il 6 ottobre 1915 fu dichiarato abile arruolato come soldato di leva di seconda categoria. Egli risultò alto cm. 165 con un torace di cm. 80. I capelli lisci color castani così come gli occhi. Il colorito era bruno e la dentatura sana. Nell'occasione dichiarò di essere muratore e di non sapere leggere né scrivere. Il 23 novembre 1915 venne chiamato alle armi in forze presso il 322°, per poi traslare dopo qualche giorno, al 210° Reggimento Fanteria con il compito di esploratore. Il 21 marzo 1916 giunse in territorio dichiarato in stato di guerra (Trentino e Carso) e dopo sette mesi fu nominato caporale. Venne catturato dagli austriaci e fatto prigioniero il 18 gennaio 1917 e restò tale sino all'8 dicembre 1918. Fu proposto per una decorazione che però non gli venne assegnata. Fu mandato in congedo illimitato dal 16 settembre 1919 ed iscritto nella forza di congedo di Fanteria del Distretto Militare di Cagliari. All'atto del congedo elesse il proprio domicilio al civico 36 della Via Sant'Anna in Muravera⁹⁴.

Si unì in matrimonio nel grosso centro abitato del Sarrabus l'11 luglio 1920 con Tolu Battistina, nata a Burcei il 3 gennaio 1896. Dalla loro unione nacquero a Muravera i figli Elio il 29 luglio 1921 e Nerio il 13 luglio 1924, e a Roma i figli Luigi il 13 gennaio 1928, Silvano il 3 dicembre 1931 e l'ultimogenita Sara il 15 febbraio 1940⁹⁵. Anch'egli venne perseguitato dal regime fascista in quanto aderente al movimento Pentecostale. La sua conversione avvenne nella capitale ove, per motivi di lavoro - esercitava il mestiere di muratore- ebbe a trasferirsi con la famiglia a far data dal 30 settembre 1926, prendendo residenza in Via Prenestina al n. 290. Egli fu assegnato al confino avendo il Questore di Roma ricevuta la debita autorizzazione ministeriale in

⁹⁰ Vedi il fascicolo a lui intestato e dagli uffici debitamente compilato, sezione B) "Rilievi e giudizi sulla pericolosità sociale", in ACS, CPC, b. 3466, f. 139205, *ad nomen*.

⁹¹ Vedi l'Annotazione riportata nell'Estratto per riassunto dai registri degli Atti di nascita, Anno 1904, parte I, n. 24, del Comune di Serrenti, rilasciato in data 9 luglio 2013.

⁹² Vedi l'Estratto per riassunto dai registri degli Atti di Nascita, Anno 1894, Parte I, n. 30, rilasciato in data 15 luglio 2013. Certificato presente anche in ASMT, Div. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

⁹³ Muravera era sede di mandamento, faceva parte del collegio elettorale di Lanusei e della diocesi di Cagliari Territorio fertilissimo bagnato dal Flumendosa. È situato presso il mare. Il territorio è ricco di boschi ghiandiferi, di mandorli, di ulivi, di cedri, di palme, di pinete rigogliose. Abbonda di selvaggina si pratica l'apicoltura e la pesca. Vi è la presenza di un piccolo porto in cui approda il piroscalo diretto per Genova. Nel territorio insiste la miniera argentifera di Baccu Arroddas. Si produce vino, frutta, agrumi in abbondanza, cereali, patate, mandorle, canapa, lino, gelsi, legna, carbone, bestiame grosso e minuto, caccia e pesca. Vi è una chiesa principale più altre cinque filiali e diverse chiesette fuori del centro abitato. Tratto da STRAFFORELLO, *Geografia dell'Italia. La Sardegna. La provincia di Cagliari alla fine dell'Ottocento*, cit., p. 99.

⁹⁴ Vedi ASCA, FDMCA, FM, N. 877.

⁹⁵ Vedi il Certificato rilasciato in data 4 marzo 1940, dall'Ufficio Servizi Demografici del Governatorato di Roma per la composizione del nucleo familiare, in ACS, CP, b. 643; presente anche in ASMT, Div. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*. Vedi anche l'Estratto per riassunto dai registri degli Atti di Nascita, Anno 1894, Parte I, n. 30, rilasciato in data 15 luglio 2013, per la data in cui contrasse matrimonio.

data 23 febbraio⁹⁶. Il giorno successivo gli agenti di P.S. Albino Frosconi e Vincenzo Nipoti - addetti al Commissariato di Quadraro, della Regia Questura di Roma - procedettero alle ore 23,45 a stilare, nell'abitazione di via Prenestina al civico 290, il verbale di arresto a carico di Severino Mattana⁹⁷.

Il Questore di Cagliari a seguito dell'arresto richiese prontamente al Procuratore del Re il certificato del Mattana di tutte le iscrizioni nel Casellario Giudiziario dal quale emergono le seguenti registrazioni: fu condannato a 15 giorni di reclusione per lesioni personali volontarie con sentenza della Pretura di Cagliari del 27 gennaio 1910. Venne condannato a Lire 20 di multa per ingiurie con sentenza della Pretura di Muravera del 28 aprile 1924. Fu assolto dall'accusa di furto per insufficienza di prove con sentenza del Tribunale di Frosinone del 3 dicembre 1931. Con sentenza della Pretura di Roma del 12 agosto 1936 fu arrestato per 3 mesi per contravvenzione al monito. Il 17 febbraio 1937 con sentenza della Pretura di Roma venne condannato a versare Lire 1.500 per ammenda e fu anche arrestato per 4 mesi e 15 giorni in quanto contravenne alle norme del T.U. Legge di P.S. Il 20 maggio 1937 con sentenza della Pretura di Roma fu arrestato per 3 mesi e 15 giorni per contravvenzione all'art. 174 Legge P.S.⁹⁸ Il giorno 28 febbraio egli venne sottoposto a visita medica presso l'Ufficio del medico chirurgo delle carceri giudiziarie di Roma per verificare se lo state di salute fosse compatibile con l'invio al confino. L'esito della visita medica fu positivo in quanto come viene riportato nel documento «Mattana Severino è in condizioni di salute tali da poter essere inviato al confino di polizia»⁹⁹. Il Questore di Roma, così scriveva di Severino Mattana in una missiva del 1° marzo 1940, al Prefetto capitolino:

Severino Mattana, ex ammonito per essere stato sorpreso più volte mentre, con altri correligionari, partecipava a cerimonie religiose del culto dei "pentecostali" continua ancora, non solo a professare detto culto, ma anche a farne propaganda per la diffusione. La di lui casa, infatti, da accertamenti esperiti e dopo alcune sorprese fatte eseguire da dipendenti Funzionari ed Agenti, è risultata destinata a "casa di adorazione". In essa infatti, spesso si riuniscono tutti coloro che professano lo stesso culto che, come è noto, raggiunge un fanatismo tale da fare sottoporre i seguaci a pratiche nocive alla integrità fisica e psichica della razza. Si è tentato ricondurre il Mattana sulla buona strada, ma egli ha, esplicitamente, dichiarato che non abiurerà mai la propria religione e che anzi cercherà di propagandarla, allo scopo di acquisire sempre più numerosi proseliti. Il Mattana, che ha anche precedenti per lesioni, furto, ingiurie e contravvenzioni al monito, è coniugato ed ha 3 figli a carico; non è iscritto al P.N.F.; è ex combattente e non consta che abbia altre benemerienze militari, versa in misere condizioni economiche. In considerazione di quanto sopra e poiché il provvedimento dell'ammonizione dal quale fu prosciolto in occasione della nascita di S.A.R. il Principe di Napoli, si è dimostrato insufficiente, si denuncia il Mattana perché sia assegnato al confino di polizia giusta autorizzazione del Ministero dell'Interno di cui al fonogramma n. 3223/441/03130 del 13/2/u.s.¹⁰⁰.

⁹⁶ Vedi la copia del fonogramma ministeriale N. 3223, del 23 febbraio 1940, Prot. N. 441/03130, diretto alla RQRO del MI, PS, Sez. 1^, rivolta anche al Ufficio CP, e al CPC, in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319, *ad nomen*; copia del documento è presente anche in ACS, CP, b. 643.

⁹⁷ Vedi il verbale di arresto in ACS, CP, b. 643. Verbale presente anche nel fascicolo conservato in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

⁹⁸ Vedi il documento in ACS, CP, b. 643. Documento presente anche in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

⁹⁹ Vedi il Certificato Medico n. 151, del 28 febbraio 1940, in ACS, CP, b. 643. Certificazione presente anche nel fascicolo in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹⁰⁰ Vedi la corrispondenza del 1° marzo 1940, Prot. N. 023357-U.P.A./8, intercorsa tra la RQRO e la RPRO, in ACS, CP, b. 643. Corrispondenza presente anche in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

La Commissione Provinciale per l'assegnazione al confino di Polizia riunitasi in Roma presso la reale Prefettura il 30 di marzo, visto il rapporto del Questore di Roma dal quale «rilevasi che Severino Mattana è un fervente e propagandista pentecostale», lo condannò a due anni di confino¹⁰¹. Nello stesso giorno il Vice Brigadiere di P.S. Agostino Maione procedette, nelle carceri giudiziarie di Roma in cui il Mattana si trovava detenuto, alla notifica dell'ordinanza della locale Commissione Provinciale relativa alla sua assegnazione al confino di polizia. Lo stesso veniva informato anche che aveva dieci giorni di tempo per inoltrare ricorso alla Commissione di Appello operante presso il Ministero dell'Interno. Il verbale non venne firmato dall'arrestato in quanto si rifiutò di apporre la propria sigla sul foglio di notifica¹⁰². Severino Mattana fece passare solo un giorno prima di inoltrare il ricorso alla Commissione di Appello. Di proprio pugno vergò due pagine riportando la sua contrarietà all'assegnazione al confino in quanto innocente. Il ricorso si enucleava in tre punti:

1) non è esatto che il sottoscritto sia un pentecostale. Se tale è il nome con cui viene, dai profani, designata la fede religiosa che egli persegue, è bensì vero che egli è un fervente "cristiano" ossia un seguace della Divina parola, espressa nel vangelo di Gesù. 2) Poiché la carta costituzionale del regno d'Italia, pur dichiarando la religione cattolica quella ufficiale, ammette gli altri culti, il sottoscritto non ha commesso atti alcuno che sia in contrario alle vigenti Leggi. E se in Italia ha diritto di seguire la sua religione un mussulmano o un buddista, a maggior ragione ha diritto di osservare la sua fede chi, per seguire il vangelo di Cristo, e i più degli altri, affine alla religione ufficiale dello Stato. 3) Non è vero, anzi è assolutamente falso che il sottoscritto sia un propagandista delle sue idee religiose. Egli, come tutti i suoi fratelli di fede, esplica una unica e sola propaganda, quella della vita retta, onesta e cristiana, fedele anche in questo alla Parola Divina, che bisogna operare più che parlare¹⁰³.

Il giorno successivo il Direttore Superiore del Carcere Giudiziario di Roma provvide «per dovere d'ufficio» all'inoltro del ricorso alla Commissione d'appello per il confino operante presso il Ministero dell'Interno,¹⁰⁴. Il giorno 8 aprile il Questore di Roma scrive una missiva al Ministero dell'Interno e per conoscenza al suo collega di Cagliari nel quale oltre che riassumere la situazione del mattana esprime l'opportunità che lo stesso essendo un operaio venga inviato in una colonia agricola¹⁰⁵. Il Capo della Polizia il 15 aprile provvide ad informarlo che il Mattana era destinato alla colonia di Pisticci (MT)¹⁰⁶. Il giorno successivo il Questore di Roma

¹⁰¹ Vedi il verbale della riunione stilato in data 30 marzo 1940 dal segretario Santini Dr. Armando, Vice Commissario Aggiunto. La commissione venne presieduta dal Prefetto, Speciale Comm. Rosario, e vi parteciparono il Procuratore del Re Parlatore Comm. Tito, il Questore Verdiani Comm. Ciro, il Colonnello dei CC. RR. Natale Cav. Uff. Giuseppe, il Console M.V.S.N. Gangemi Cav. Giosuè, in ACS, CP, b. 643. Vedi anche ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹⁰² Vedi il verbale di notifica del 30 marzo 1940, in ACS, CP, b. 643. Presente anche in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹⁰³ Vedi il ricorso presentato in data 1° aprile 1940 e consegnato per il suo inoltro alla Direzione del Carcere Giudiziario di Roma, in ACS, CP, b. 643.

¹⁰⁴ Vedi il documento di trasmissione del 2 aprile 1940, Prot. N. 12328, in ACS, CP, b. 643.

¹⁰⁵ Vedi la missiva del 8 aprile 1940, Prot. N. 023357 U.P. A.4.A., della RQRO, indirizzata al MI, PS, CP, e p.c., alla RQCA, alla quale erano allegati il certificato di nascita, quello penale e lo stato di famiglia, nonché il cartellino segnaletico ed una fotografia nelle prescritte tre pose, riprodotti dalla Scuola Superiore di Polizia, in ACS, CP, b. 643.

¹⁰⁶ Vedi il Fonogramma del 15 aprile 1940, N. 6302/793/6803, a firma Bocchini, indirizzato alla RQRO, in ACS, CP, b. 643.

richiese la straordinaria traduzione a Pisticci del confinato Mattana¹⁰⁷. Dell'assegnazione al confino a Pisticci venne informato il Prefetto di Matera il quale doveva preoccuparsi di predisporre rigorosa sorveglianza a di corrispondere i consueti assegni al confinato¹⁰⁸. Con un appunto dell'ufficio Confino Politico del Ministero dell'interno si informava il Casellario Politico Centrale che Severino Mattana era stato assegnato al confino per due anni da scontarsi a Pisticci¹⁰⁹. Il giorno 22 aprile egli arrivò alla colonia confinaria di Pisticci e gli venne consegnata la carta di permanenza da parte del Cav. Dott. Ercole Suppa Direttore della Colonia con su riportate tutte e venti le note prescrizioni¹¹⁰. La direzione compilò il Foglio informativo del confinato dal quale si evince che il periodo di decorrenza del confino terminava in data 23 febbraio 1942 ma, tenuto conto del beneficio del condono di un terzo, la durata cessava il 13 luglio 1941¹¹¹.

Intanto a seguito del ricorso presentato dal Mattana avverso l'assegnazione al confino, vennero chieste il 22 aprile alcune informazioni e pareri alla Questura di Roma da parte della Direzione Generale di P.S. Anzitutto si volevano conoscere i fatti che determinarono il ricorso; poi le condizioni economiche in cui versava la famiglia. Infine si richiedeva il parere su «quale impressione produrrebbe una eventuale revoca o commutazione dell'impugnato provvedimento» gradendo conoscere «il vostro parere circa l'accoglimento o meno del ricorso»¹¹². Stesso tenore aveva la lettera inoltrata al Comando Generale dell'Arma dei CC.RR. qualche giorno dopo¹¹³. Nel frattempo il Prefetto di Matera Dionisi Vici, dopo aver ricevuto comunicazione dal direttore della Colonia di Pisticci Ercole Suppa¹¹⁴, informava i suoi superiori che il Mattana era giunto alla colonia confinaria e che era stato sottoposto ai relativi obblighi¹¹⁵. Il Questore di Roma rispose alla richiesta proveniente dall'Ufficio della Direzione Generale di P.S. esprimendo parere contrario all'accoglimento del ricorso presentato dal Mattana, «significando che una eventuale revoca o commutazione del provvedimento adottato produrrebbe cattiva impressione»¹¹⁶. Stessa risposta, articolata in ben tre pagine dattiloscritte, si ebbe dai Carabinieri i quali espressero «parere contrario ad un atto di clemenza in suo favore». L'Arma tra l'altro scrisse le

¹⁰⁷ Vedi la comunicazione del 16 aprile 1940, Prot. N. 23357 U.P., A.4.A., della RQRO, indirizzata al MI, PS, CP, e alla RQRO e alla RQCA, in ACS, CP, b. 643.

¹⁰⁸ Vedi la lettera del 18 aprile 1940, Prot. N. 7931/6805, della PS, AGR, Sez. 1[^], CP, rivolta alla RPMT, in ACS, CP, b. 643. Vedi anche il documento in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹⁰⁹ Vedi l'appunto del 18 aprile 1940, in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319, *ad nomen*.

¹¹⁰ Vedi il verbale di consegna della "Carta di permanenza", stilato il 22 aprile 1940, in Pisticci, nella Direzione della Colonia di Confino, in ACS, CP, b. 643. Verbale presente anche in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*. Per la disanima delle venti disposizioni si veda quanto riportato nel paragrafo dedicato al perseguitato Musio Tommaso.

¹¹¹ Vedi il Foglio informativo del confinato Mattana Severino di Efisio, in ACS, CP, b. 643. Vedi anche la missiva Prot. N. 0668 Div. Gab. del 29 aprile 1940, della Direzione Colonia confino politico di Pisticci, e indirizzata alla RQMT, nella quale oltre le date su citate, si chiedeva anche di «conoscere i dati dell'autorizzazione ministeriale in base alla quale deve corrispondersi il sussidio», in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹¹² Vedi la comunicazione con carattere urgente del 22 aprile 1940, Prot. N. 793/6304, della PS, AGR, Sez. 1[^] CP, volta alla RQRO, in ACS, CP, b. 643.

¹¹³ Vedi la comunicazione con carattere urgente del 4 maggio 1940, Prot. N. 793/8808, della PS, AGR, Sez. 1[^] CP, volta al Comando Generale Arma CC. RR. di Roma, in ACS, CP, b. 643.

¹¹⁴ Vedi il telegramma n. 122 del 22 aprile 1940, a firma Ercole Suppa, indirizzato alla RPMT, in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹¹⁵ Vedi il telegramma n. 793/8195, del 26 aprile 1940, della RPMT, inoltrato al MI, e alla RQRO, in ACS, CP, b. 643.

¹¹⁶ Vedi la lettera del 30 aprile 1940, Prot. N. 023357, U.P., A.4.A., della RQRO, rivolta al MI, DGPS, CP, in ACS, CP, b. 643.

vicissitudini del Mattana che «nel '36 abbracciò il culto dei pentecostali dimostrandosi convinto e tenace sì da essere in breve ritenuto negli ambienti della setta uno dei maggiori esponenti. Il 22 agosto dello stesso anno fu sottoposto all'ammonizione perché sorpreso nei locali di Via Adige 20 durante una cerimonia religiosa. Successivamente subì tre condanne per violazioni inerenti alla sua posizione di ammonito. Infine il 3 dicembre venne sorpreso a Rignano Flaminio in un'adunata di pentecostali mentre spiegava ai convenuti capitoli della Bibbia». ¹¹⁷ Con una comunicazione da parte del Ministero dell'Interno si richiedeva al Questore di Roma «la trasmissione delle complete generalità, dei connotati e del mestiere ed il consueto “stralcio” delle informazioni» sul conto di Severino Mattana ¹¹⁸. Egli rispondeva il 10 maggio allegando quanto richiesto ed anche il cartellino segnaletico e due fotografie nelle solite tre pose riprodotti dalla Scuola Superiore di Polizia ¹¹⁹. Il Prefetto di Matera provvedeva ad informare il Ministero dell'Interno che il periodo di assegnazione del Mattana terminava il 13 luglio 1941 ¹²⁰. Nel mese di maggio del 1940 il Mattana chiese alla Direzione della Colonia l'autorizzazione a tenere corrispondenza con la moglie Tolu Battistina, con la sorella Mattana Virginia e col padre Efisio, autorizzazione che venne concessa dopo aver interpellato le Regie Questure di Roma e di Cagliari ¹²¹. Severino Mattana preoccupato per la condizione di estremo disagio della famiglia richiese un sussidio inoltrando il 16 aprile del 1940 un'istanza al Ministero ¹²². Il Prefetto Dionisi Vici inoltrò la richiesta in data 20 giugno e dopo un'articolata spiegazione della situazione economica in cui versava la famiglia Mattana in Roma, grazie alle notizie assunte dalla Questura di Roma all'uopo richiesta dalla Direzione della Colonia di Pisticci, espresse «parere favorevole alla concessione del chiesto sussidio» ¹²³. La richiesta venne accolta e fu assegnato un sussidio di Lire 250 a favore della moglie Tolu Battistina ¹²⁴. Il Prefetto di Firenze assicurò con missiva del 3 luglio il pronto adempimento per la elargizione del dovuto alla signora Tolu ¹²⁵. Il 29 giugno la Commissione di Appello per gli assegnati al confino si riunì per la disamina del ricorso presentato dal Mattana il quale respingeva l'addebito e chiedeva il riesame della sua posizione. Ma dalle informazioni avute dal Prefetto di Roma e dai Carabinieri il parere espresso dalla Commissione di Appello fu di respingere il ricorso ¹²⁶. Di questo fatto fu informato il Prefetto di Matera il quale

¹¹⁷ Vedi la missiva riservata del 18 giugno 1940, Prot. N. 28/2, della Legione Territoriale dei CC. RR. di Roma, Gruppo esterno di Roma, a firma del comandante del gruppo Maggiore Gino Ercolani, indirizzata al Comando Generale dell'Arma dei CC. RR., Ufficio Servizio e Situazione, in ACS, CP, b. 643. Questa comunicazione fu trasmessa al Ministero dal responsabile dell'Ufficio Servizio e Situazione del Comando Generale dell'Arma, Colonnello Capo di Stato maggiore Casimiro Delfini, in data 25 giugno 1940, Prot. N. 98/205, in ACS, CP, b. 643.

¹¹⁸ Vedi la epistola del 1° maggio 1940, non protocollata, del MI, PS, AGR, Sez. 1^, CPC rivolta alla RQRO, in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319, *ad nomen*.

¹¹⁹ Vedi la missiva del 10 maggio 1940, Prot. N. 045175 GAB, A.8., della RQRO, volta al MI, PS, CPC, in ACS CPC, b. 3153, f. 140319, *ad nomen*.

¹²⁰ Vedi la lettera dell'8 maggio 1940, Prot. N. 02715, della RPMT, volta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹²¹ Vedi la comunicazione del 30 maggio 1940, Prot. N. 0688 Div. Gab., da parte della Direzione Colonia Confino politico di Pisticci e indirizzata alla RQMT, in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹²² Vedi il manoscritto del 16 aprile 1940, in ACS, CP, b. 643.

¹²³ Vedi la corrispondenza del 20 giugno 1940, Prot. N. 02715, della RPMT, volta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹²⁴ Vedi la missiva del 26 giugno 1940, Prot. N. 793/12502, dal MI, PS, CP, indirizzata alla RPF (Ragioneria), in ACS, CP, b. 643.

¹²⁵ Vedi la nota del 3 luglio 1940, Prot. N. 35214, Div. Rag., della RPF, volta al MI, DGPS, AGR, Sez. 1^, in ACS, CP, b. 643.

¹²⁶ Vedi il documento del 29 giugno 1940, in ACS, CP, b. 643.

venne investito dell'incombenza di darne partecipazione all'interessato¹²⁷. Un ulteriore richiesta di aiuto per la famiglia fu inoltrata al Ministero dal Mattana con una lettera manoscritta l'11 settembre 1940¹²⁸. Anche in questo caso il Prefetto Vici inoltrò la richiesta al Ministero previa informazioni assunte dalla Direzione della Colonia di Pisticci che investì del problema la Questura di Roma la quale espresse parere favorevole alla concessione del sussidio chiesto¹²⁹. Pure questa volta la richiesta ebbe esito favorevole e con una missiva del 24 dicembre 1940 si trasmetteva l'assegno di Lire 250 alla Regia Questura di Roma raccomandandone l'urgenza¹³⁰. Finalmente l'8 gennaio 1941 Tolu Battistina entrò in possesso del vaglia cambiario della Banca Nazionale del Lavoro n. 631775 M. di Lire 250 rilasciandone ricevuta¹³¹. Il 15 febbraio 1941 il Mattana inoltrò al Ministero la terza richiesta di sussidio con lettera manoscritta sempre a sostegno delle impellenti necessità familiari¹³². Questa ulteriore richiesta venne trasmessa dal Prefetto di Matera al Ministero dell'Interno in data 8 marzo¹³³. Il Ministero dell'Interno girò alla Questura di Roma la richiesta chiedendone il parere¹³⁴. Tolu Battistina, moglie del Mattana, richiese al Ministero dell'Interno un sussidio mensile per il sostentamento della famiglia apportando le seguenti motivazioni:

Dal mese di febbraio 1940 ho mio marito confinato alla colonia di Pisticci e sono rimasta con cinque figli a carico. Il primo che poteva darmi un aiuto, è stato chiamato alle armi perché di leva gli altri quattro sono tutti di tenera età e la più piccola ha appena un anno. Essendo stata privata del capo di casa e del figlio maggiore, la mia famiglia versa in tristi condizioni finanziarie, pertanto mi rivolgo a codesto On.le Ministero affinché mi sia accordato un sussidio mensile onde poter tirare avanti la vita con i miei piccoli figliuoli, bisognosi di pane e dei primi alimenti¹³⁵.

L'istanza prodotta dal Mattana, avendo avuto parere positivo da parte della Questura di Roma¹³⁶ venne accolta e la moglie poté ritirare l'assegno n. 927837 della Banca Nazionale del Lavoro di Lire 350¹³⁷. Il Direttore della Colonia Ercole Suppa, comunicava -in data 12 giugno 1941- al Questore di Matera che Mattana Severino avrebbe terminato il periodo di assegnazione al confino il 13 luglio. Egli così scriveva: «Il predetto si è sempre dedicato al lavoro, non ha dato luogo a rilievi, si è mostrato rispettoso verso le Autorità e lo si ritiene meritevole, pertanto, del beneficio del

¹²⁷ Vedi la comunicazione del 3 luglio 1940, Prot. N. 793/2502, della PS, indirizzata alla RPMT, in ACS, CP, b. 643. Vedi anche in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹²⁸ Vedi il manoscritto dell'11 settembre 1940, in ACS, CP, b. 643.

¹²⁹ Vedi l'epistola del 23 ottobre 1940, Prot. N. 02715, della RPMT, volta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643. Vedi anche la lettera della Direzione Colonia Confinamento Politico del 14 ottobre 1940, Prot. N. 0688 Div. Gab., volta alla RQMT, in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹³⁰ Vedi la missiva del 24 dicembre 1940, Prot. N. 799/24819, del MI, PS, AGR, Sez. 1[^], indirizzata alla RQRO in ACS, CP, b. 643.

¹³¹ Vedi la comunicazione del 8 gennaio 1941, Prot. N. 045175, Div. U.P. Categ. A.8, della RQRO, volta al MI, DGPS, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹³² Vedi il manoscritto del 15 febbraio 1941, in ACS, CP, b. 643.

¹³³ Vedi l'epistola di accompagnamento del 8 marzo 1941, Prot. N. 01509, della RPMT, rivolta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹³⁴ Vedi la lettera del 13 marzo 1941, Prot. N. 793/3408, del MI, volta alla RQRO, in ACS, CP, b. 643.

¹³⁵ Vedi il manoscritto del 10 marzo 1940, a firma Tolu Battistina, ed indirizzato al MI, sezione CP, in ACS, CP, b. 643.

¹³⁶ Vedi la corrispondenza del 7 aprile 1941, Prot. N. 034270, Div. U.P., cat. A .8., della RQRO, volta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹³⁷ Vedi la lettera del 11 giugno 1941, Prot. N. 034270, Div. GAB., Categ. A.8., della RQRO, volta al MI, PS, CP, in ACS, CP, b. 643.

condono stabilito per i confinati di questa Colonia. In considerazione di ciò, salvo vostro contrario avviso, il mattana Severino il giorno 14 p.v., sarà rimpatriato a Roma, luogo di sua residenza»¹³⁸. Con comunicazione del 19 giugno 1941 il Prefetto di Matera Dionisi Vici comunicava al Ministero dell'Interno e alla Questura di Roma che Severino Mattana sarebbe stato rimpatriato a Roma con foglio di via obbligatorio il giorno 14 luglio in quanto il giorno prima terminava il periodo di confino¹³⁹. Dell'avvenuta partenza del Mattana da Pisticci alla volta di Roma munito del foglio di via obbligatorio, con ingiunzione di presentarsi entro due giorni, fu data prontamente notizia al Questore di Roma, con un telegramma spedito dal Direttore della colonia confinaria Ercole Suppa¹⁴⁰. Il Questore Palma del Ministero dell'Interno, dava prontamente notizia del fatto che il Mattana si era presentato entro i termini prescritti¹⁴¹. Il Ministero dell'Interno, Ufficio del confino politico informò con un appunto il Casellario Politico Centrale che il Mattana era stato liberato per fine periodo dal confino¹⁴². Infine la Regia Questura di Roma informava il Ministero che il Mattana aveva fatto rientro a Roma, in Via Prenestina 190 e che era stata disposta vigilanza¹⁴³.

7.3. Pietro Serra di Serramanna

Nelle maglie del regime fascista nel 1942, in quanto anch'egli adepto della Chiesa Cristiana Pentecostale, incappò il sardo Serra Rafaele Pietro¹⁴⁴ di Antonio e di Collu Maria¹⁴⁵, residente a Roma in Via Frontino 33, ma originario di Serramanna¹⁴⁶. Egli nacque nel centro agricolo campidanese il 27 luglio 1901 alle ore 13. Il 18 giugno 1921 fu chiamato a Cagliari per effettuare la visita di leva al cui termine venne dichiarato abile arruolato. Il 5 luglio venne inserito nel 31° Reggimento Fanteria. L'11 novembre del 1921 si imbarcò per Rodi (Egeo), in forze nel 3° Battaglione del 34° Fanteria. Rientrò a Napoli, sbarcò, e si congedò il 26 dicembre 1922. Venne inviato in congedo illimitato, a mente della Circolare n. 7/1923, dal 3 febbraio 1923 ed iscritto nella forza in congedo di Fanteria del Distretto Militare di Roma¹⁴⁷. Nel

¹³⁸ Vedi la missiva Prot. N. 0539 Div., del 12 giugno 1941, indirizzata alla RQMT in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹³⁹ Vedi la comunicazione del 19 giugno 1941, Prot. N. 01509, della RPMT, indirizzata al MI, PS, CP e p.c., alla RQRO, in ACS, CP, b. 643.

¹⁴⁰ Vedi il telegramma n. 15 del 15 luglio 1941 in ASMT, FQ, DIV. I, Cat. A8, fascicolo *ad nomen*.

¹⁴¹ Vedi il telegramma n. 22283, del 16 luglio 1941, del MI, Gabinetto, Ufficio del Telegrafo e della Cifra, diretto all'Ufficio P.S. di Pisticci, alla RQMT, e al MI, CP, in ACS, CP, b. 643.

¹⁴² Vedi l'appunto del 18 luglio 1941, del MI, CP, indirizzato al CPC in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319 *ad nomen*.

¹⁴³ Vedi la lettera del 19 luglio 1941, Prot. N. 034270, Div. U.P., categ. A.8., della RQRO, volta al MI, PS, CPC e alla RQCA, in ACS, CPC, b. 3153, f. 140319, *ad nomen*.

¹⁴⁴ Vedi l'articolo a firma DI BIASE LORENZO, *Ammonito il Pentecostale Pietro Serra di Serramanna*, in «La Gazzetta del Medio Campidano», anno 14°, n. 4, 25 febbraio 2012, p. 25; articolo nel quale si illustra, in particolare, la vicissitudine occorsa al Serra e, in generale, quella vissuta dal movimento pentecostale.

¹⁴⁵ Vedi il Certificato rilasciato dal Comune di Serramanna, in data 06.02.2012, "Estratto per riassunto del registro degli Atti di nascita".

¹⁴⁶ Serramanna era compresa nell'antica curatoria di Parte Gippis, uno dei dipartimenti del regno antico di Cagliari e fa parte della diocesi di Cagliari e del collegio elettorale omonimo. Il territorio è adatto alla produzione di cereali, legumi, vino, olio, agrumi. Presente l'orticoltura, l'allevamento del bestiame, la produzione del formaggio. Tutte le case hanno il cortile con loggie e stalle per il bestiame, od almeno un orticello. Insiste il monte frumentario che presta le sementi ai piccoli possidenti. E' attraversata dalla linea ferroviaria. Descrizione tratta da STRAFFORELLO, *Geografia dell'Italia. La Sardegna. La provincia di Cagliari alla fine dell'Ottocento*, cit., p. 122.

¹⁴⁷ Dalla visita medica emerse che egli era alto cm. 153 con 82 cm. di torace, aveva i capelli neri e lisci e gli occhi castani. Il naso era aquilino e il colorito bruno. La dentatura si presentava sana e il mento era

'39, il 19 del mese di aprile, fu richiamato alle armi per istruzione in forze presso il 226° Fanteria di Macerata ma venne dichiarato «inabile permanentemente al servizio militare a seguito di visita medica effettuata presso l'ospedale militare di Bologna»¹⁴⁸.

Il Serra, trasferitosi nella capitale per lavorare come muratore, fu sorpreso il 19 febbraio 1942 in una casa di Via Muzio Attendolo «assieme a numerosi pentecostieri all'atto di svolgere il loro culto» e per tale motivo fu denunciato alla Commissione Provinciale per l'Ammonizione.¹⁴⁹ In una lettera del 16 marzo 1942 -indirizzata all'Ufficio Confino e al Casellario Politico Centrale- a firma del Capo della Polizia Carmine Senise, riportante tutto un elenco di persone da sottoporre al provvedimento del confino o della ammonizione, appare anche quello di Pietro Serra¹⁵⁰. E quest'ultimo fu sottoposto ai vincoli dell'Ammonizione dalla Commissione Provinciale riunitasi il 17 marzo 1942 nei locali della Regia Prefettura di Roma sotto la direzione del Prefetto Fusco Comm. Umberto. Alla riunione inoltre parteciparono il Questore Petrunti Comm. Nicola, il Procuratore del Re Gatta Comm. Enrico, il Colonnello dei CC.RR. Frignani Cav. Uff. Ercole, il Console della M.V.S.N. Guglielmi Cav. Nicola e il Commissario Aggiunto in veste di Segretario della Commissione Santini Dott. Arnaldo. Il provvedimento consisteva in una serie di limitazioni, erano ben undici, così enucleate: 1) fissare stabilmente la propria dimora entro 10 giorni e di farla conoscere nello stesso termine all'Autorità locale di P.S. 2) di non allontanarsi dalla propria dimora senza preventivo avviso dell'autorità di P.S. e senza la esplicita autorizzazione di essa. 3) di non frequentare persone pregiudicate o politicamente sospette. 4) di non partecipare a riunioni pubbliche o politicamente sospette. 5) di non trattenersi abitualmente nelle osterie, bettole o in case di prostituzione. 6) di non dar ragioni a sospetti di qualsiasi genere. 7) di non svolgere qualsiasi attività che possa contrastare colle direttive politiche, economiche, sociali del Regime. 8) di non portare né detenere armi. 9) di non ritirarsi la sera più tardi dell'Avemaria né uscire al mattino più presto dell'alba salvo comprovate necessità professionali da valutarsi di volta in volta dall'Autorità di P.S. locale che per delega accordatale dalla Commissione potrà rilasciare i relativi permessi. 10) di non far parte di associazioni o partito che osteggiano il Regime; 11) di presentarsi all'Autorità di P.S. ad ogni chiamata di essa¹⁵¹.

Inoltre il Serra fu inserito in un elenco di persone da arrestarsi in determinate circostanze (inserito nell'elenco 5° - pregiudicati per delitti comuni al n. 45), e

regolare. Vedi ASCA, FDMCA, FM, N. 28606. Risultava che sapeva leggere e che aveva frequentato la 2^a Elementare. Dichiarò di essere muratore. Vedi ASCA, FDMCA, FPR, N. 28608.

¹⁴⁸ Vedi il Foglio di Proposta a Rassegna conservato presso ASCA, FDMCA, FPR, N. 28608, nel quale si riporta la diagnosi medica a firma del colonnello medico direttore del reparto oculistica, Germino prof. Alfredo.

¹⁴⁹ Vedi il verbale stilato dalla RQRO, il 28 marzo 1942, in ACS, CPC, f. 106943, *ad nomen*.

¹⁵⁰ Vedi la lettera del 16 marzo 1942, Prot. N. 441, del MI - PS- AGR, Sez. 1^a, a firma del Capo della Polizia Carmine Senise, indirizzata all'Ufficio CP e all'Ufficio CPC, in cui si riportano i nomi di 17 persone proposte per il confino o per l'ammonizione. Esse sono: Cintio Alfredo di Stefano - Brunetti Noè di Achille - Martorelli Agesilao di Eugenio - Casale Rocco fu Francesco - Vinciguerra Francesco fu Enrico - Serra Pietro di Antonio - Filolao Costantino fu Evaristo - Muzio Margherita di Pietro - Gentilini Ida fu Salvatore - Malizia Irene di Daniele - Olivieri Angelo fu Geremia - Merlini Danina fu Raffaele - Lucarelli Mario fu Vincenzo - Martorelli Emilia di Pasquale - Leucci Zemira di Gregorio - Sensi Maria fu Carlo - Floridi Margherita fu Luca. In ACS, CPC, f. 106943, *ad nomen*.

¹⁵¹ Vedi il verbale del 17 marzo 1942, anno XX dell'Era Fascista, della Commissione Provinciale per l'Ammonizione, riunitasi in Roma nei locali della Reale Prefettura, in ACS, CPC, f. 106943, *ad nomen*.

venne «disposta opportuna vigilanza»¹⁵². Poi, a seguito di atto di clemenza del Duce, in occasione del Ventennale della Marcia su Roma, Serra Pietro fu prosciolto dai vincoli dell'ammonizione. Per disposizione del Questore di Roma fu sottoposto a vigilanza da parte della polizia politica del regime¹⁵³. Serra Rafaele Pietro morirà a Roma il 28 luglio 1973¹⁵⁴.

7.4. Aurelio Trudu e Fais Margherita in Trudu di Samassi¹⁵⁵

Trudu Aurelio nacque a Samassi¹⁵⁶ (CA) il 18 novembre 1897 da Basilio e da Cabiddu Bonaria. Di professione contadino. Il 10 luglio 1916 venne chiamato a Cagliari per sostenere la visita di leva dalla quale emerse che era alto 156 cm. con il torace pari a 87 cm., aveva i capelli neri e lisci, gli occhi castani ed il colorito bruno. Il naso si presentava arricciato, il mento regolare e la dentatura era sana. Egli venne dichiarato soldato di leva di prima categoria. Nell'occasione asserì di non saper leggere né scrivere e che di mestiere faceva il contadino. Fu chiamato alle armi il 23 settembre 1916 e giunse in territorio dichiarato in stato di guerra il 21 gennaio 1917 in forze presso il 45° Reggimento Fanteria. Dal 20 giugno 1918 e sino al termine della Grande Guerra svolgeva il proprio dovere di soldato presso il 33° Reggimento Fanteria. Venne inviato in congedo illimitato, dal 10 aprile 1920, ed iscritto nella forza in congedo di Fanteria del Distretto Militare di Cagliari. Fece le campagne del 1917 e '18¹⁵⁷.

Nel grosso centro agricolo del Campidano, il giorno 11 del mese di settembre del 1924, Aurelio contrasse matrimonio con la sua concittadina Margherita Fais. La moglie, casalinga, nacque anch'ella a Samassi (CA) il 29 ottobre 1901 da Salvatore e da Setzu Maria. La coppia ebbe sei figli, Adalgisa, Bonaria, Basilio, Salvatore, Anna e Maria, tutti nati nel centro campidanese. La numerosa famiglia, in seguito, si trasferì prima a Cagliari, in via Monte Grappa, al civico 28, -al fine di propagandare il loro credo religioso visto che nel loro paese d'origine furono ostacolati e derisi dalla

¹⁵² Vedi la missiva a firma del Questore, del 28 marzo 1942, Prot. N. 05420, Div. U.P. Categ. A.4.A., della RQRO, diretta al MI, PS, CPC, e alla RQCA, avente ad Oggetto «Ammonito politico - Serra Pietro di Antonio» in ACS, CPC, f. 106943, nella quale si specificava che «la locale Commissione provinciale nella seduta del 17 corrente, con ordinanza che pure si unisce in copia lo ha sottoposto ai vincoli dell'ammonizione». Inoltre alla missiva in questione si univa «il prescritto stralcio, nonché il cartellino segnaletico e la fotografia».

¹⁵³ Vedi la corrispondenza del 11 novembre 1942, Prot. N. 043766 Div. U. P. Categ. A. 4. A., della RQRO, indirizzata al MI, PS, CPC, avente ad Oggetto «Ex ammonito politico - Serra Pietro di Antonio», in ACS, CPC, f. 10694, *ad nomen*.

¹⁵⁴ Vedi le Annotazioni inserite nel certificato rilasciato dal Comune di Serramanna in data 06.02.2012 "Estratto per riassunto del registro degli Atti di nascita".

¹⁵⁵ Nell'Archivio Centrale di Stato di Roma sono presenti i fascicoli intestati ad ognuno dei coniugi, ambedue schedati come antifascisti. Aurelio Trudu, in ACS, CPC, b. 1530, f. 139206, e Margherita Fais, in ACS, CPC, b. 1530, f. 139121. La documentazione conservata al loro interno è però la stessa. Per questo motivo si opta per analizzare il tutto in un unico paragrafo, rimandando, inoltre, a quanto già scritto sui coniugi nel paragrafo inerente a Tommaso Musio.

¹⁵⁶ Samassi fa parte del collegio elettorale di Serramanna e della diocesi di Cagliari da cui dista 37 chilometri. Le case sono di mattone crudo e tutte con cortile più o meno ampio, in cui si accede per un largo portone con tettoie per gli animali e una loggia davanti la casa, ove lavorano le donne. Sono presenti quattro chiese. Si producono i cereali le fave, i legumi, gli ortaggi, il vino. Si alleva il bestiame, e si pratica l'apicoltura. L'aria non è molto salubre nonostante sia stato prosciugato lo stagno di Sanluri non distante dal centro abitato. Vedi STRAFFORELLO, *Geografia dell'Italia. La Sardegna. La provincia di Cagliari alla fine dell'Ottocento*, cit., pp. 122-123.

¹⁵⁷ Vedi il Foglio Matricolare tenuto presso ASCA, FDMCA, FM, N. 11708.

popolazione¹⁵⁸- e poi traslocò a Civita Castellana (VT). Con telegramma ministeriale del 30 settembre 1939 si autorizzava la prefettura di Cagliari a promuovere nei loro confronti il provvedimento dell'ammonizione¹⁵⁹, mentre per il loro amico Tommaso Musio si aprivano le porte del confino. Il Ministero dell'Interno richiedeva al Prefetto di Cagliari, per ognuno dei due coniugi¹⁶⁰, la trasmissione «delle generalità complete, dei connotati, del mestiere ed il consueto stralcio delle informazioni sul conto del nominato in oggetto e le prescritte fotografie del medesimo». In risposta alla menzionata richiesta il Prefetto Leone così scrisse:

Nel mese di agosto del 1938 la nominata Fais Margherita -di Salvatore e di Setzu Maria, nata a Samassi il 29 ottobre 1901, casalinga, coniugata con prole, residente a Civita Castellana, ammonita politica- unitamente al marito Trudu Aurelio abiurato il cattolicesimo abbracciò la religione professata della setta pentecostale ed allorquando il locale capo dei tremolanti venne arrestato per vilipendio alla religione, assunse il ruolo di fanatica propagandista. Nel successivo anno chiamata in Tribunale a deporre in qualità di testimone ed invitata a giurare si rifiutò energicamente asserendo che tale atto era contrario ai dettami dei tremolanti. Giudicata per direttissima fu condannata a L. 500 di multa. Tenne in casa propria riunioni della setta facendo altresì propaganda contraria alle istituzioni del regime. Il Ministero dell'Interno riscontrata la di lei pericolosità autorizza l'adozione dell'ammonizione con telegramma 464/441/032091 del 20 settembre 1939 - XVII. La Commissione provinciale di Cagliari per la pronuncia dell'ammonizione in data 17 ottobre 1939 la sottopone all'ammonizione in contumacia. In data 29 marzo 1940 la reale questura di Viterbo la sottopone ai relativi vincoli siccome colà immigrata nel paese di Civita Castellana. Non ha precedenti in genere”¹⁶¹.

La missiva concludeva con l'annotazione dei connotati salienti. «Fais Margherita era di statura piccola e di corporatura debole; aveva la testa curvilinea e i capelli lisci di colore castano scuro. Gli occhi erano grandi e neri ed il colorito della pelle era bruno. Ella aveva le spalle spioventi». Infine alla comunicazione erano allegate tre fotografie. Per le limitazioni -legate alla libertà di movimento e di frequentare persone- che discendono dal provvedimento dell'ammonizione rimando a quanto già riportato nel paragrafo dedicato al Serra.

¹⁵⁸ Vedi la comunicazione della RQCA del 9 ottobre 1939, Prot. N. 010660 Gab., rivolta alla Commissione Provinciale per l'ammonizione e confino di polizia di Cagliari, in ACS, CP, b. 659, f. 139205, intestato a Musio Tommaso.

¹⁵⁹ Vedi il telegramma ministeriale del 30 settembre 1939 n. 46489, spedito dal MI, PS, AGR, Sez. 1°, n. 441/032091, volto al CPC e al CP, la cui copia diretta all'Ispettore Gen. di P.S. Dino Fabris presso la RQCA e, p.c., al Prefetto di Cagliari, in ACS, CPC, b. 1530, f. 139121, intestato a Fais Margherita. Stesso telegramma in ACS, CPC, b. 5232, f. 139206, intestato a Trudu Aurelio.

¹⁶⁰ Vedi la missiva del 5 marzo 1940, Prot. N. 81192/139121, MI, PS, AGR, Sez. 1° (C.P.C.), indirizzata alla RPCA, in ACS, CPC, b. 1530, f. 139121, intestato a Fais Margherita. Vedi la corrispondenza del 15 gennaio 1940, Prot. N. 81684/139206, del MI, PS, AGR, Sez. 1° (cas. P.C/le), indirizzata alla RPCA, in ACS, CPC, b. 5232, f. 139206, intestato a Trudu Aurelio.

¹⁶¹ Vedi l'epistola del 29 maggio 1940, Prot. N. 010661 della RPCA, GAB. P.S., indirizzata al MI, PS, AGR, Sez. 1°, e volta anche al C.P.C., in ACS, CPC, b. 1530, f. 139121, intestato a Fais Margherita. Stessa corrispondenza è presente nel fascicolo intestato al marito Trudu Aurelio, tranne che nella parte finale relativa ai connotati. Per Trudu Aurelio si riportavano i seguenti tratti: statura media - corporatura media - colorito bruno - capelli brizzolati - occhi piccoli infossati - zigomi sporgenti - spalle spioventi . Anche per il Trudu, il quale dichiarava di essere bracciante, come per la moglie, venivano allegate tre fotografie. In ACS, CPC, b. 5232, f. 139206.

Trudu Aurelio morirà il 16 maggio del 1980 e la moglie Fais Margherita il 16 febbraio del 1984, entrambi cessarono di vivere ad ottantatre anni. Ambedue perirono a Civita Castellana¹⁶².

¹⁶² Per i dati riguardanti la data di nascita, quella del matrimonio e la data del decesso, vedi quanto riportato nell'Estratto per Riassunto di Atto di Nascita di Trudu Aurelio ed in quello di Fais Margherita, certificati rilasciati dal Comune di Samassi in data 26 settembre 2013.

Ringraziamenti

Ringraziamo sentitamente il dott. Alessandro Coni, direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) della ASL di Sanluri e, insieme a lui, tutto il personale medico, infermieristico e amministrativo e i tirocinanti dei Centri di Salute Mentale di Sanluri e San Gavino, per aver collaborato e contribuito in varie forme alla realizzazione del Dossier *Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo*. Ringraziamento che desideriamo estendere ai responsabili e al personale della Cooperativa Sociale CTR di Cagliari che operano nelle Case Famiglia di Guspini e Serramanna e nel Centro Diurno di San Gavino per la loro preziosa collaborazione. E poi ancora ringraziamo il prof. Gianni Persico per il prezioso aiuto nella traduzione dei testi in inglese, il dott. Carlo Pillai per le traduzioni in sardo-campidanese e le dott.sse Irene Maestre e Marina Molina, con il personale di Altalingua Traducciones di Madrid, per le traduzioni in francese, spagnolo, portoghese, catalano e, in parte, in inglese. Un particolare ringraziamento, per impegno, disponibilità e spirito di fattiva e costruttiva collaborazione, alla prof.ssa Carolina Muñoz-Guzmán dell'Universidad Católica de Santiago (Cile) che si è anche assunta l'onere di leggere pazientemente i saggi del Focus *Familias modernas en América Latina* prima e dopo la valutazione.

