



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

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

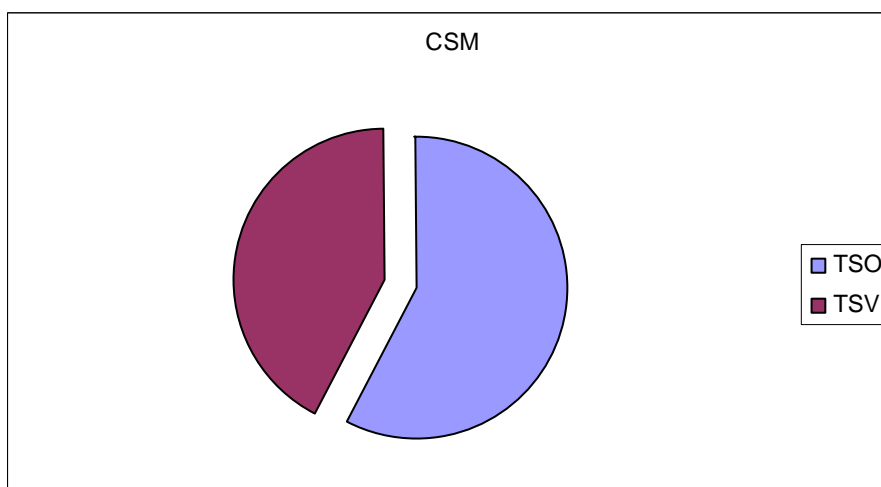


Grafico 1 - Distribuzione dei TSO e TSV effettuati al CSM negli anni 1992-2011

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

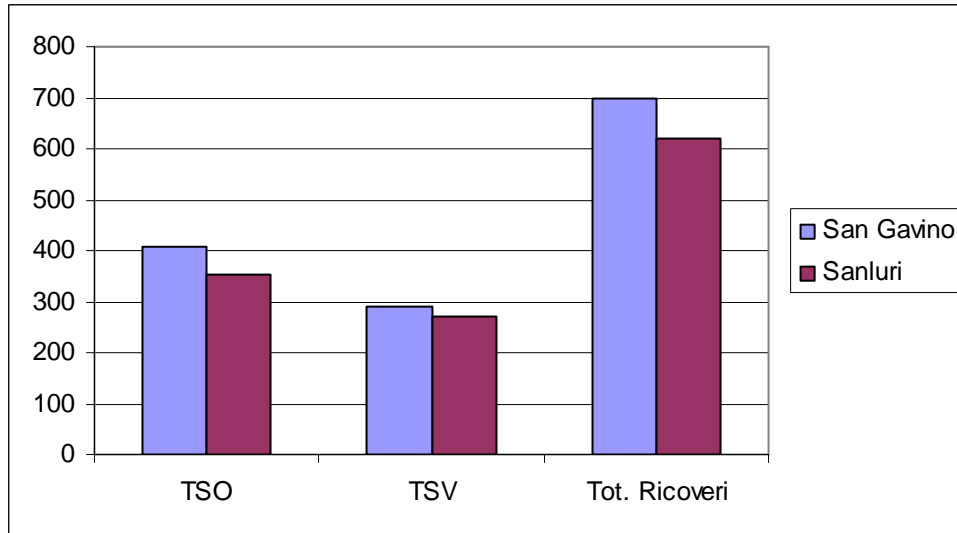


Grafico 2 - Ricoveri ospedalieri effettuati negli anni 1992-2011 nelle due sedi di San Gavino e Sanluri.

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

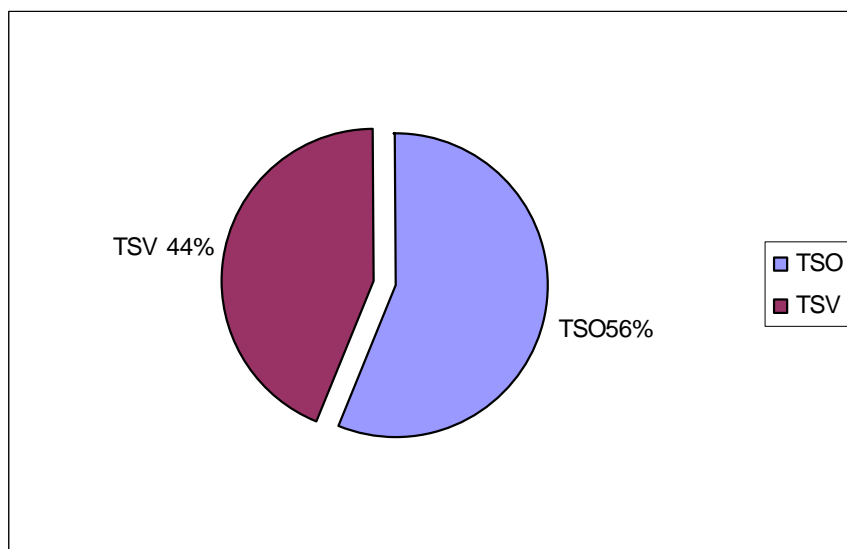


Grafico 3 - Distribuzione di TSO e TSV sul totale dei ricoveri negli anni 1992-2011.

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.

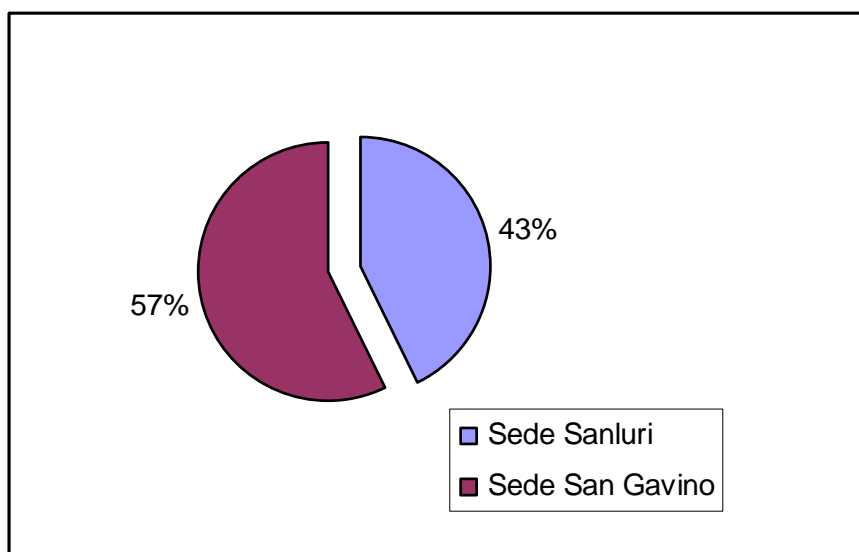


Grafico 4 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nella sede Sanluri e San Gavino sul totale ricoveri del CSM

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).

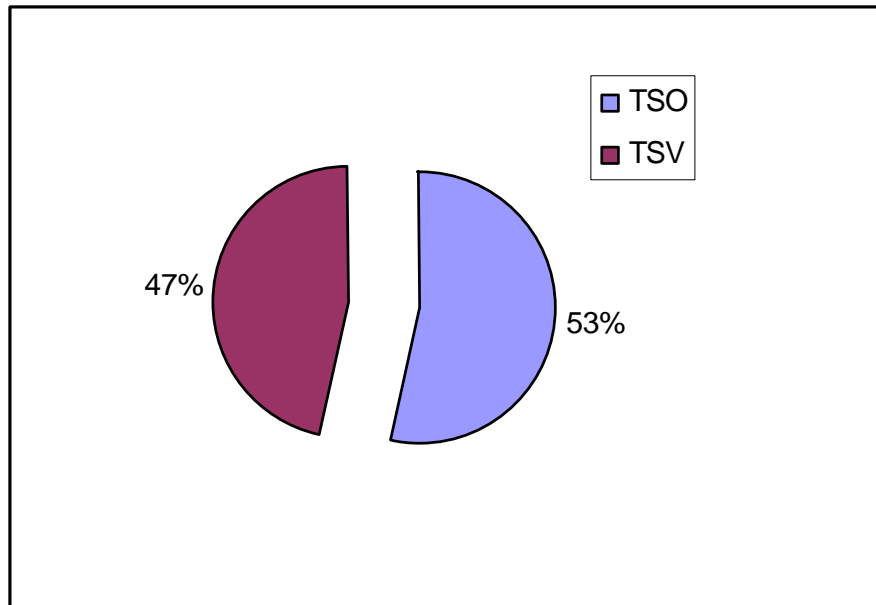


Grafico 5 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di Sanluri

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.

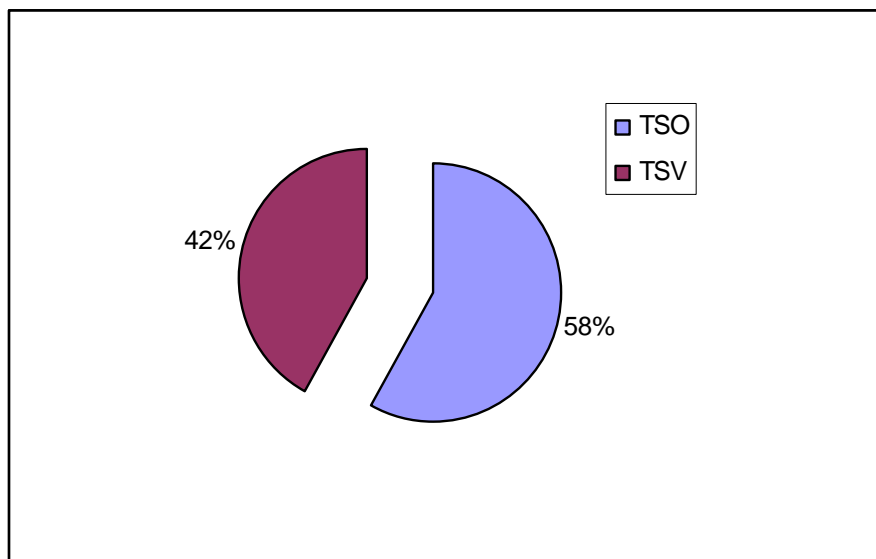


Grafico 6 - Distribuzione di TSO e TSV nella sede di San Gavino.

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

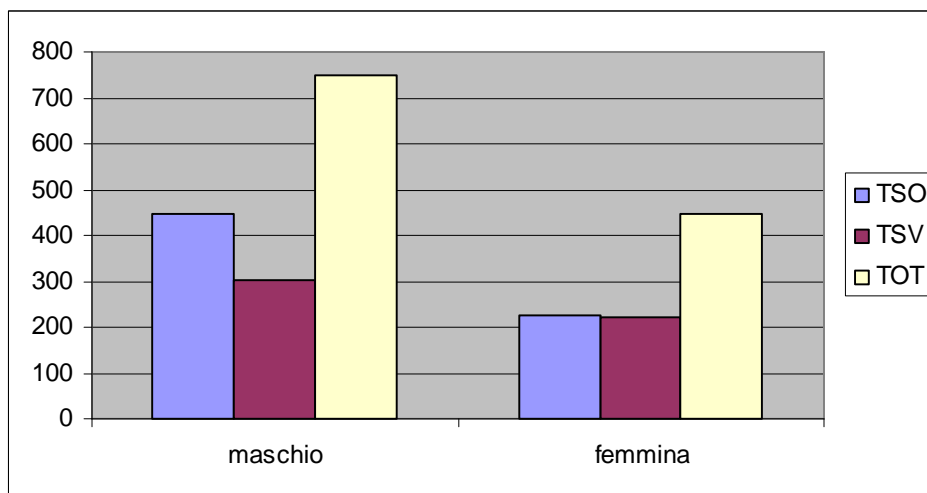


Grafico 7 - Differenze di genere nei trattamenti sanitari

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

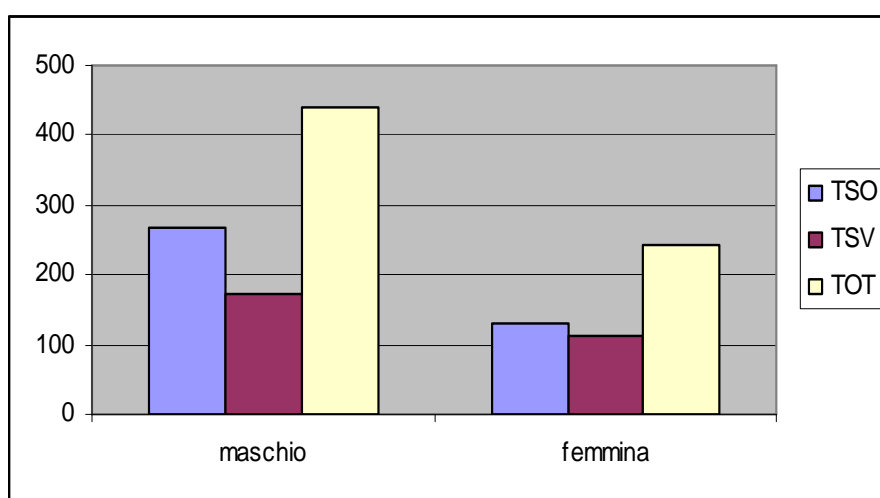
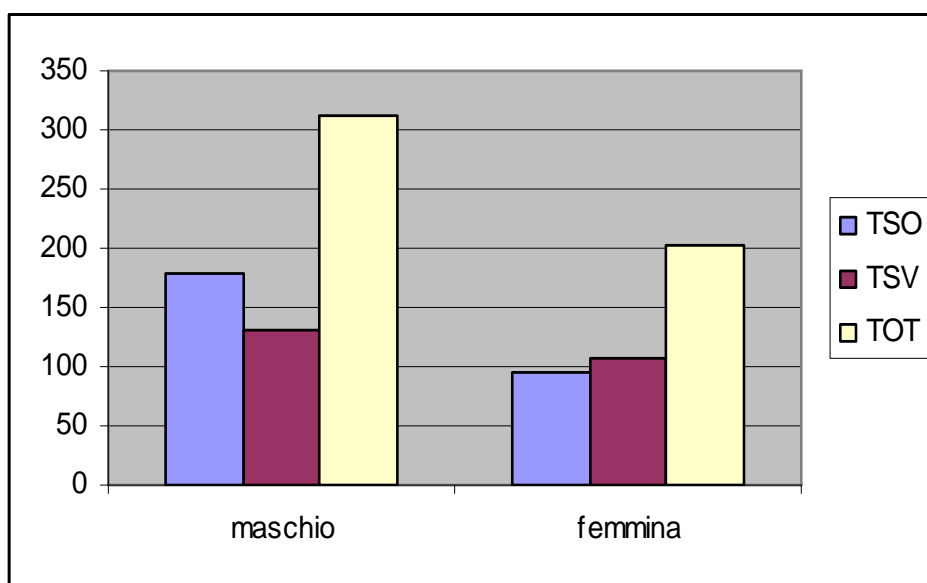


Grafico 8 - Differenze di genere sul numero di ricoveri nella sede di San Gavino

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

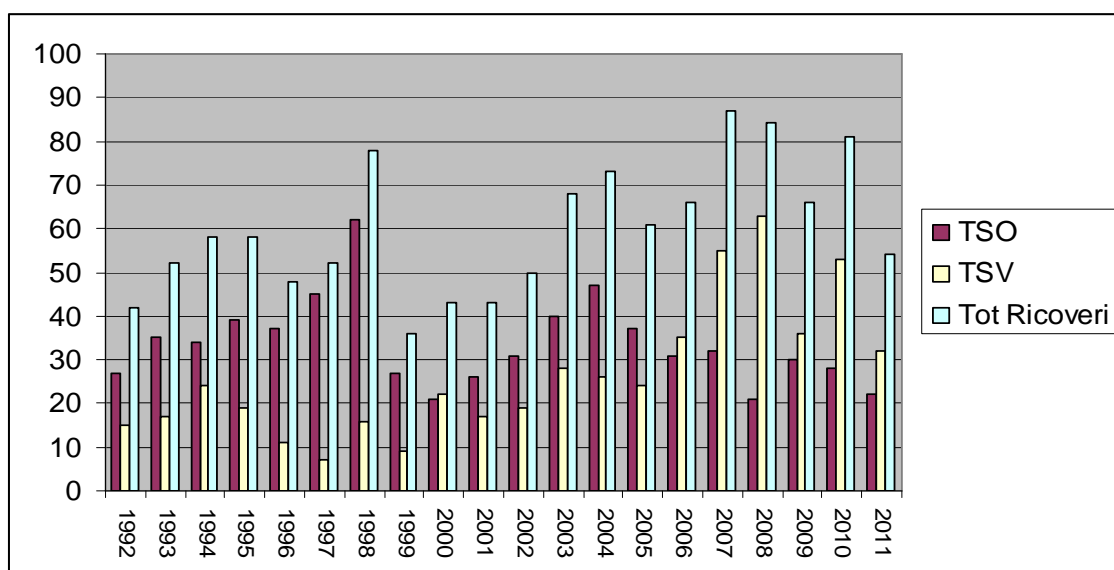


Grafico 10 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011

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

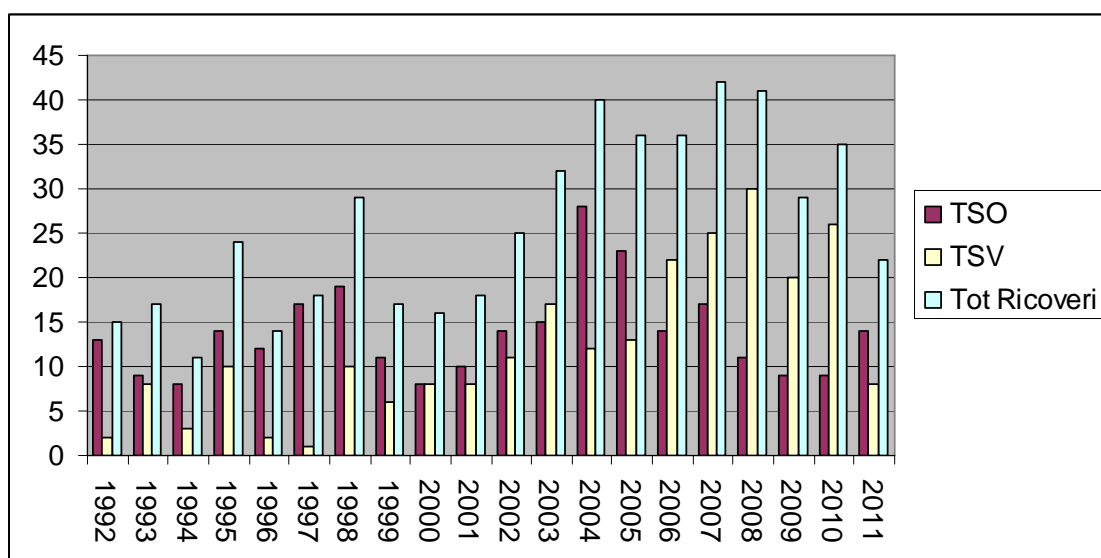


Grafico 11 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di Sanluri)

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

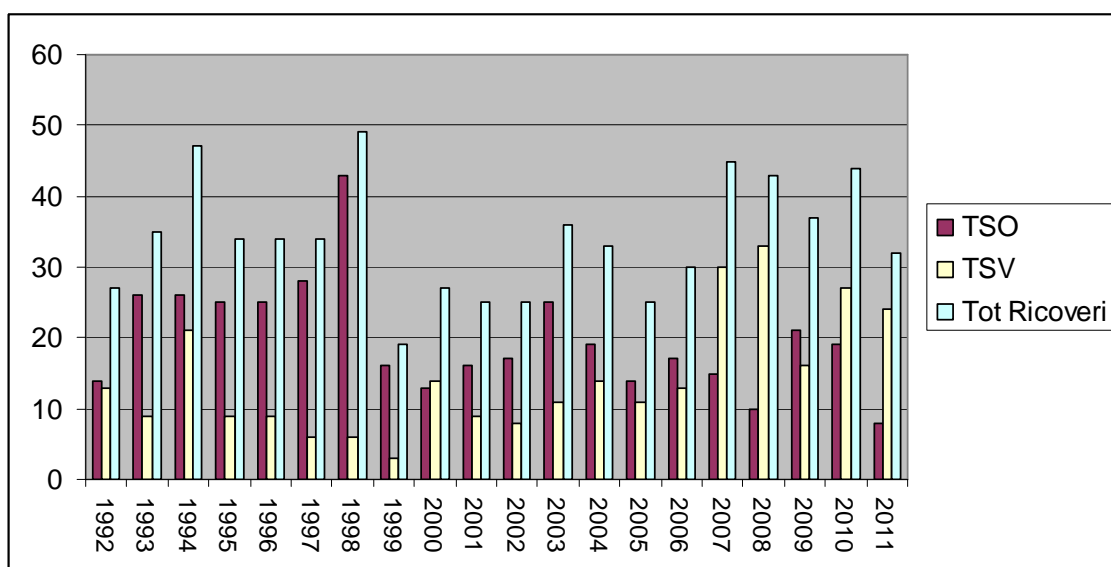


Grafico 12 - Distribuzione dei trattamenti sanitari negli anni 1992-2011 (sede di San Gavino).

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

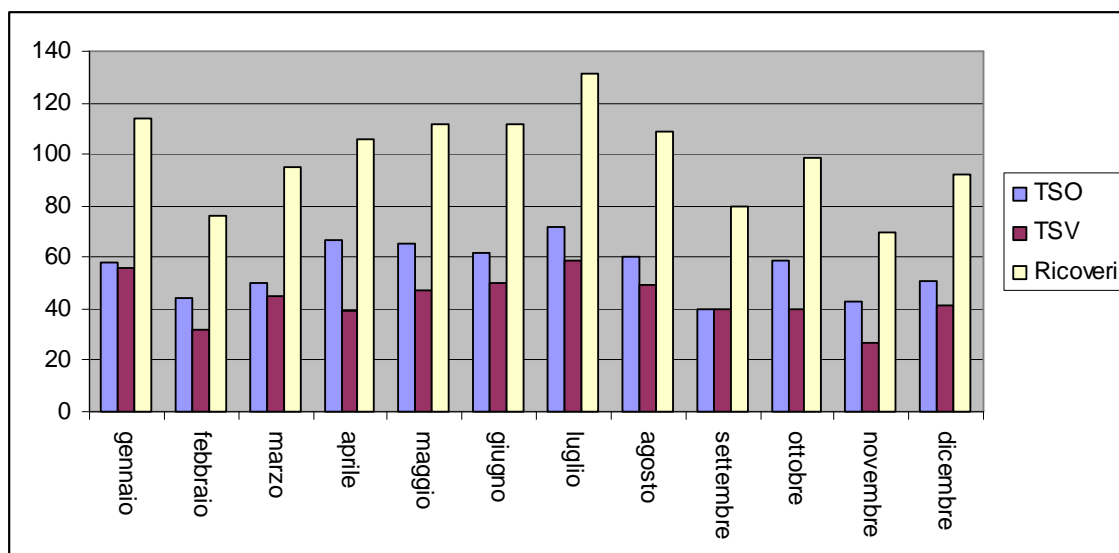


Grafico 13- Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011.

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

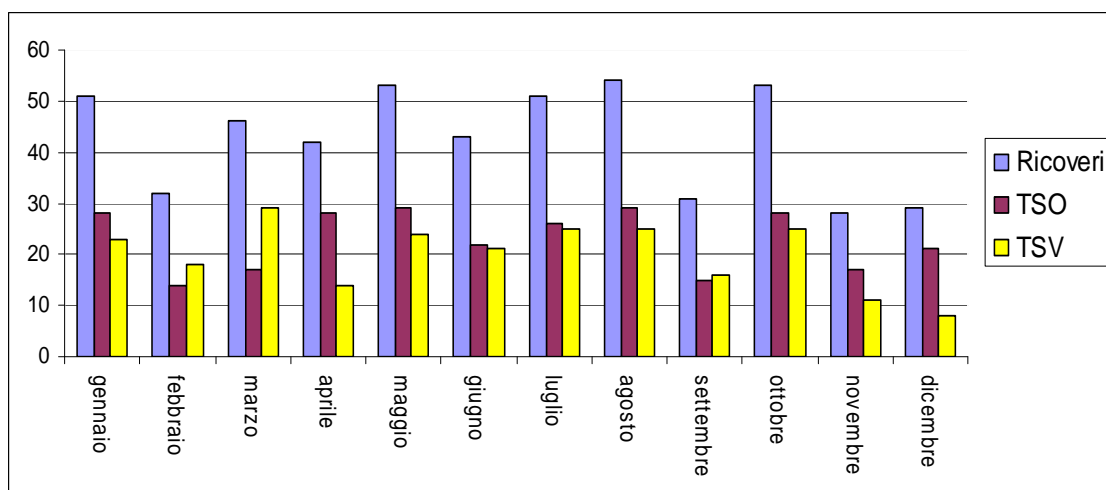


Grafico 14 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno del totale dei

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

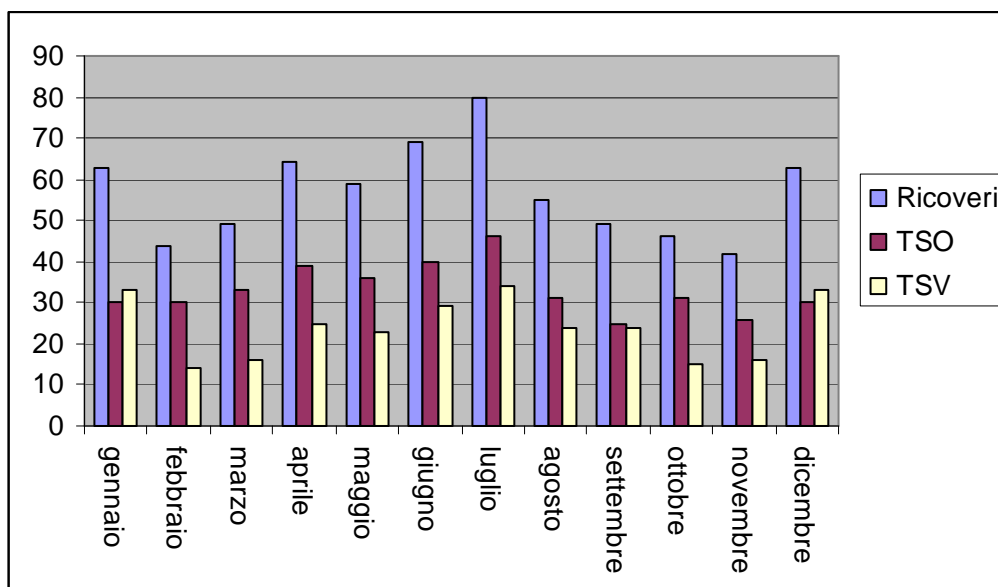


Grafico 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari nei dodici mesi dell'anno sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

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

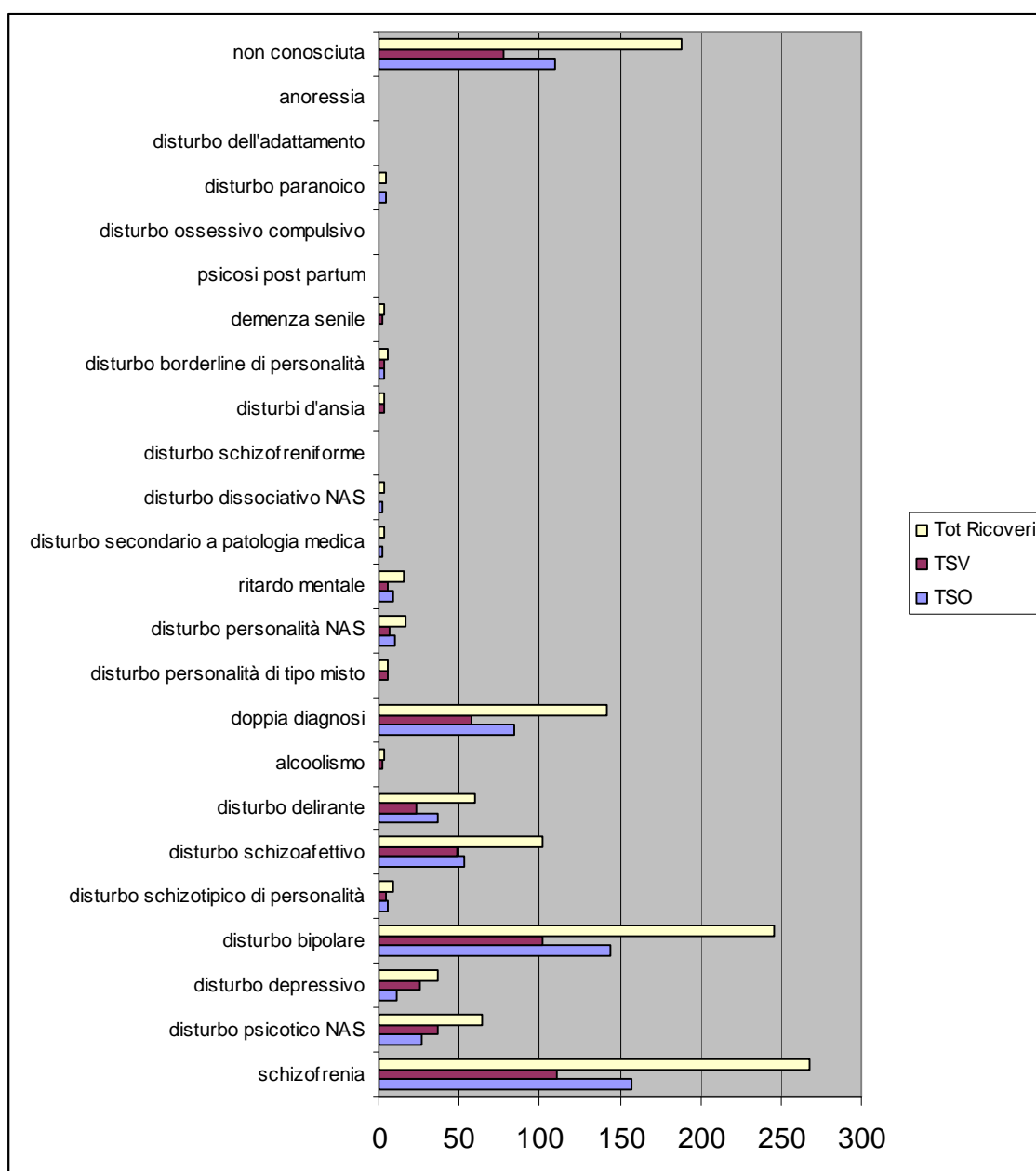


Grafico 16 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati al CSM negli anni 1992-2011

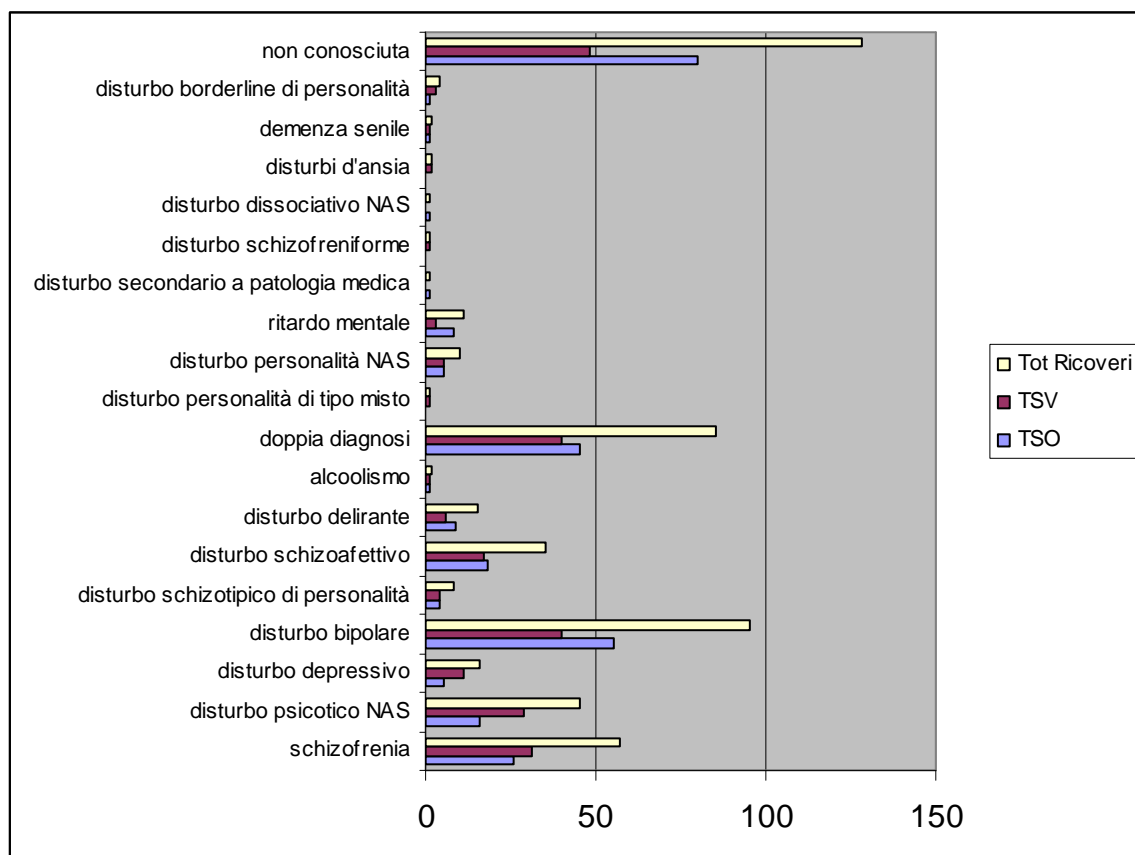
Come si evince dal grafico 16, la diagnosi di schizofrenia raggiunge un picco più alto in relazione ai trattamenti sanitari, con un maggior numero di TSO rispetto al numero di TSV. Registrano un alto numero di ricoveri anche i pazienti con diagnosi di disturbo bipolare e, a seguire, di doppia diagnosi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

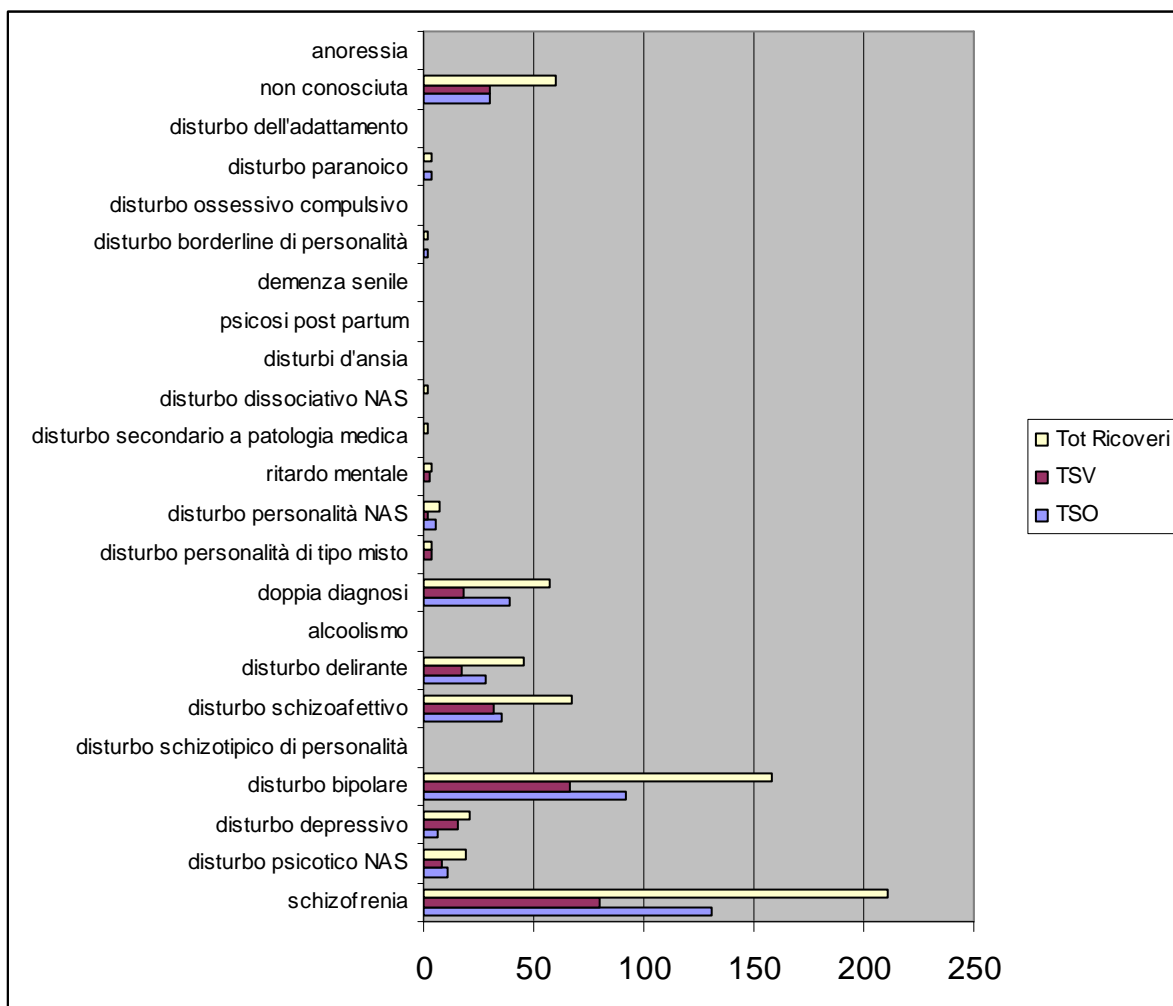


Grafico 18 - Prevalenza delle diagnosi cliniche in relazione al numero di TSO, TSV e sul totale dei ricoveri effettuati nella sede di San Gavino negli anni 1992-2011

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.

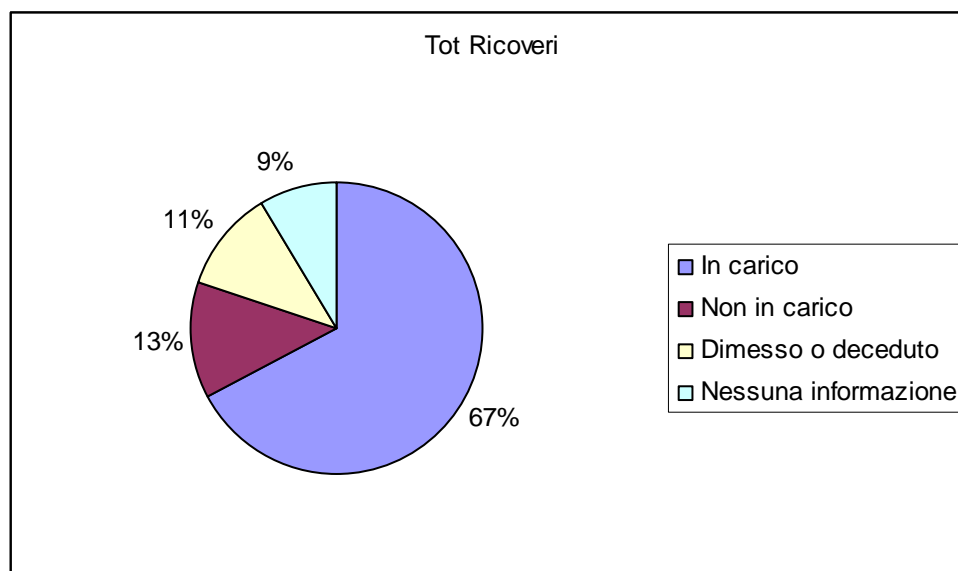
Tab. 15 - Distribuzione dei trattamenti sanitari in relazione alla diagnosi ed al genere nelle due sedi del CSM di Sanluri e San Gavino

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

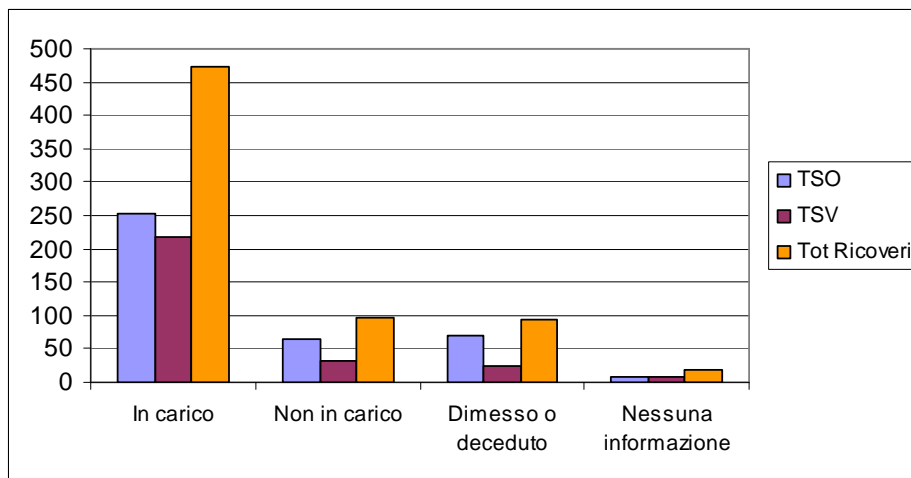


Grafico 20- Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di San Gavino

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

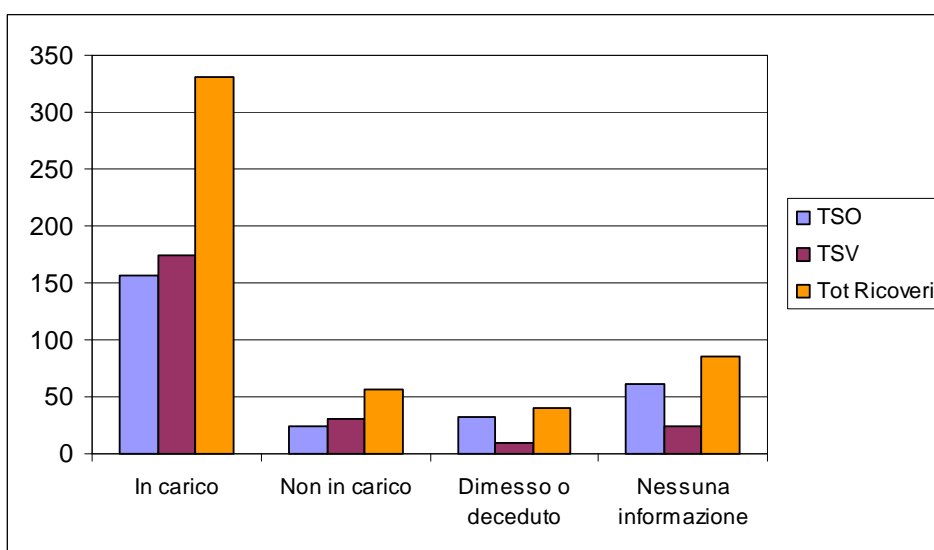


Grafico 21 - Situazione attuale dei pazienti che hanno effettuato un ricovero negli anni 1992-2011 nella sede di Sanluri

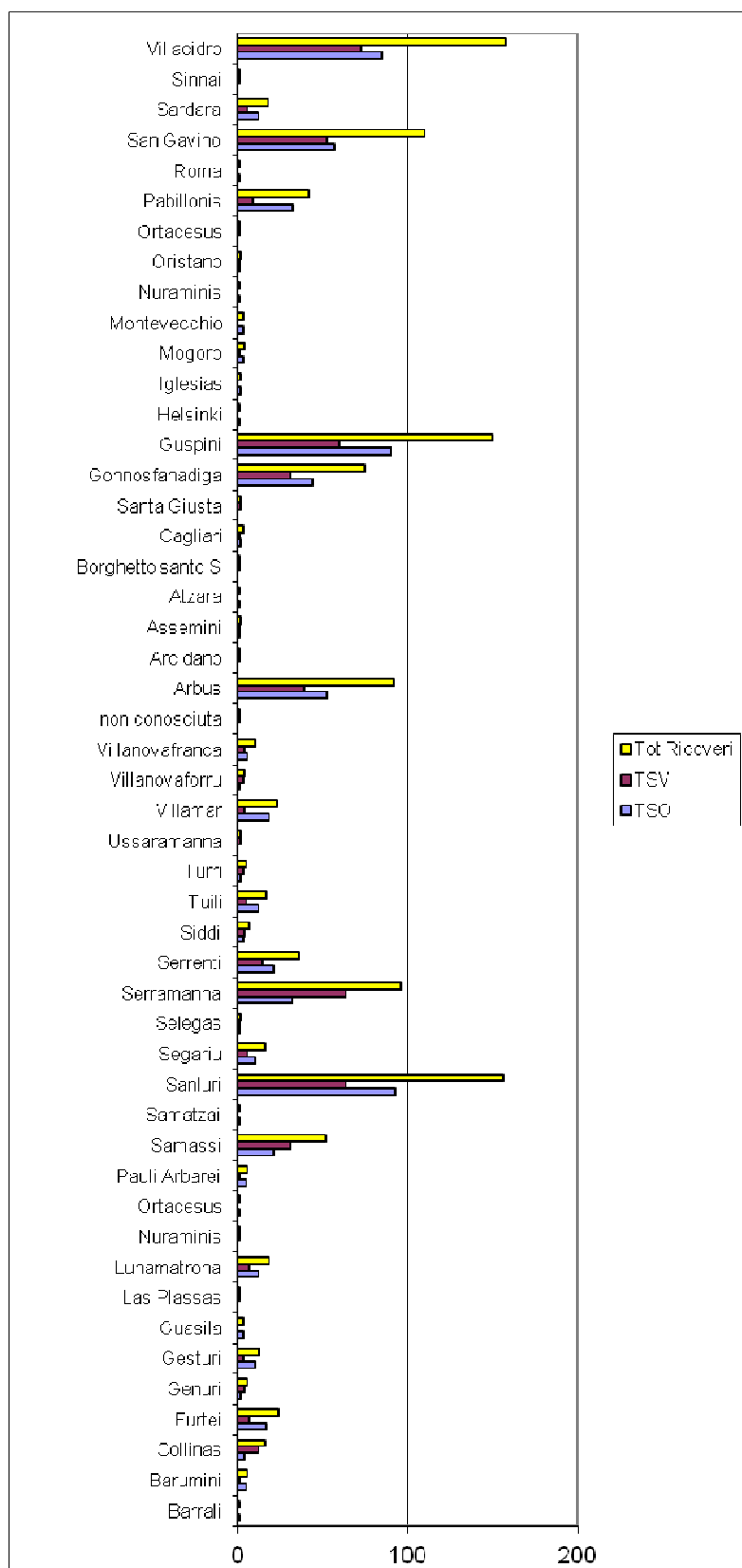


Grafico 22 - Distribuzione ricoveri in relazione ai paesi di residenza

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.

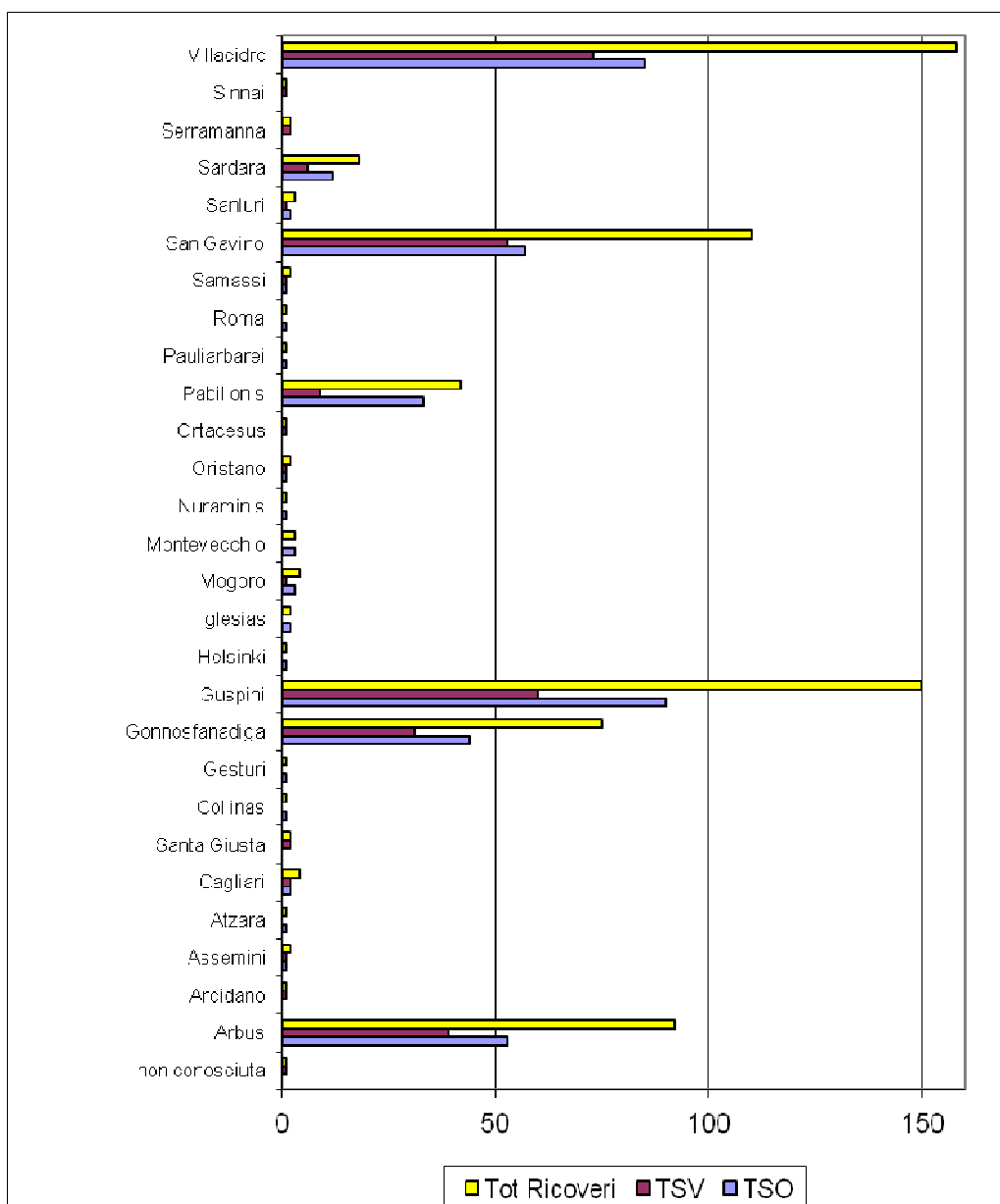


Grafico 23 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di San Gavino

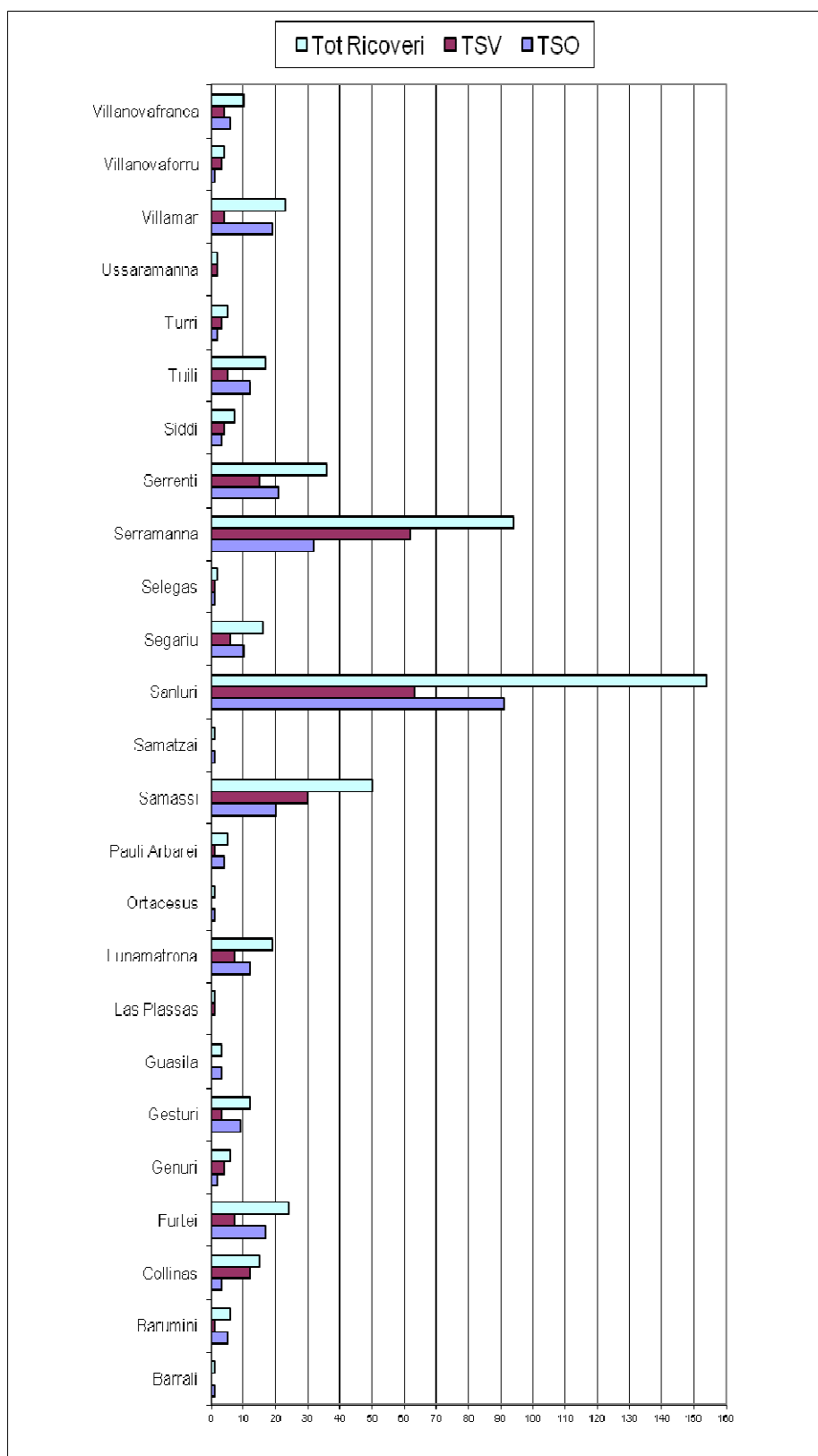


Grafico 24 - Distribuzione paesi di residenza dei pazienti che hanno effettuato un ricovero nella sede di Sanluri.

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