



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 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.

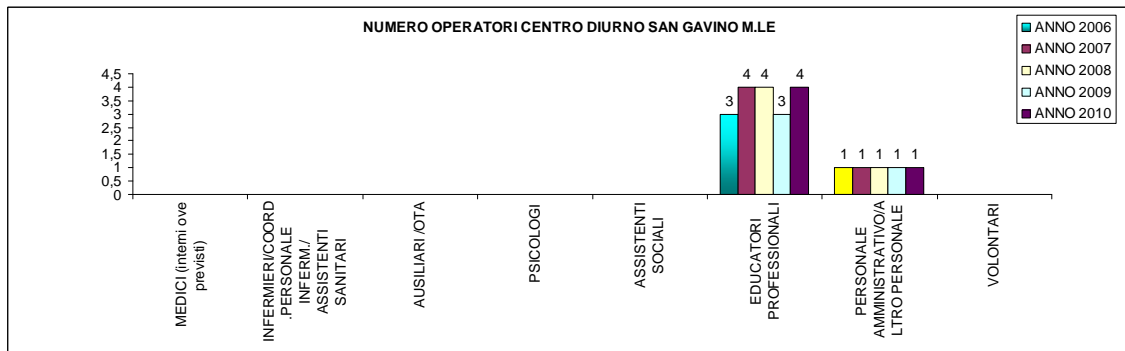


Grafico 1

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.

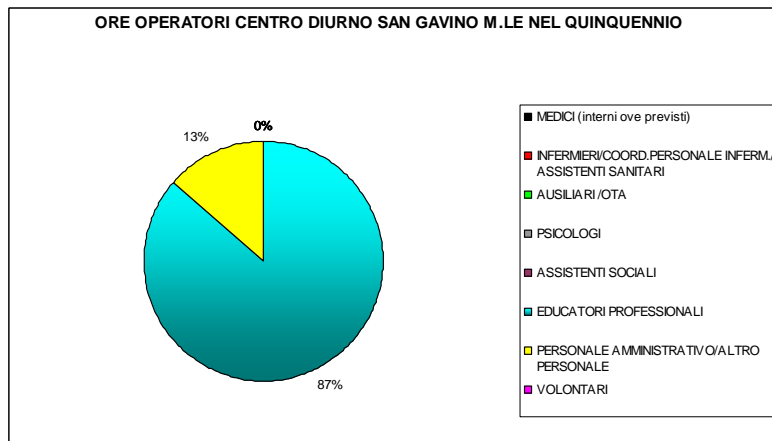


Grafico 2

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;

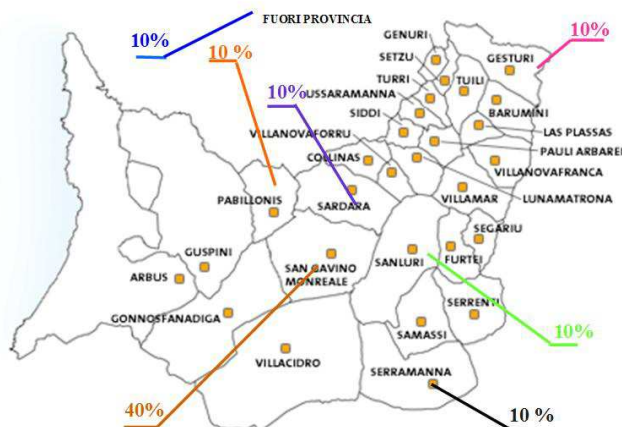
Inoltre, vengono prese in considerazione altre variabili:

- 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.

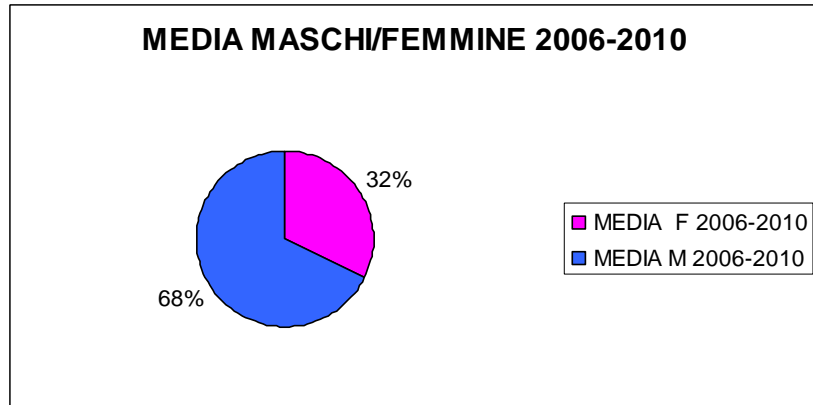


Grafico 3

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).

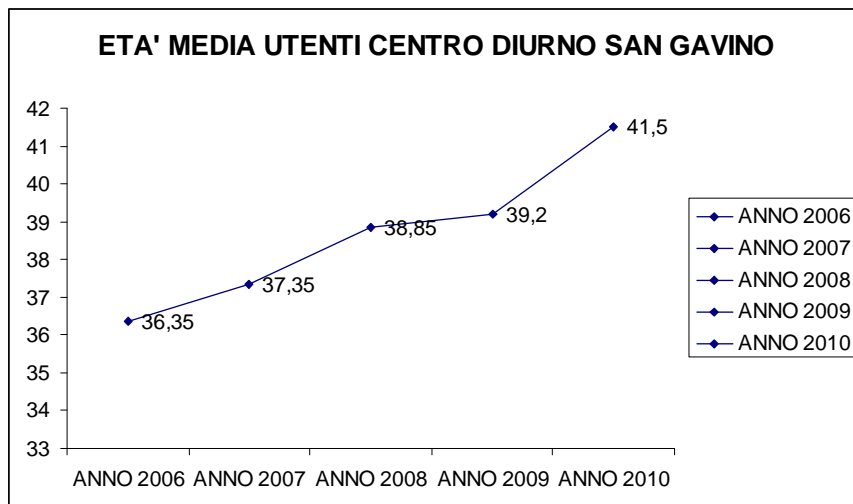


Grafico 4

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).

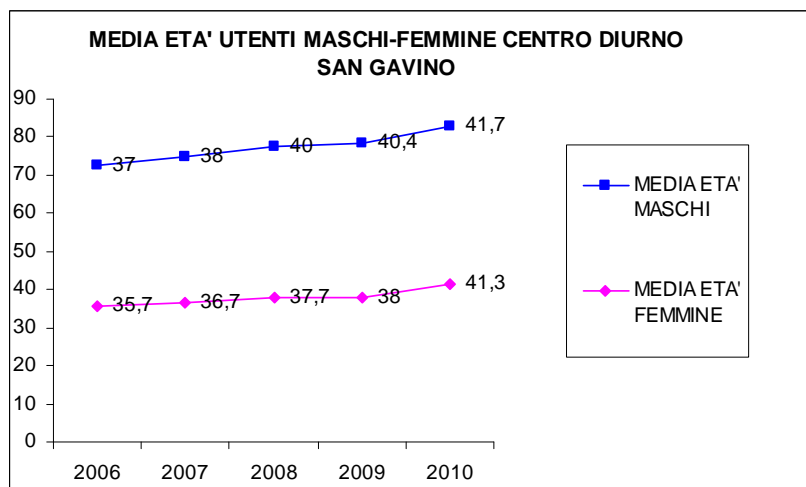


Grafico 5

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).

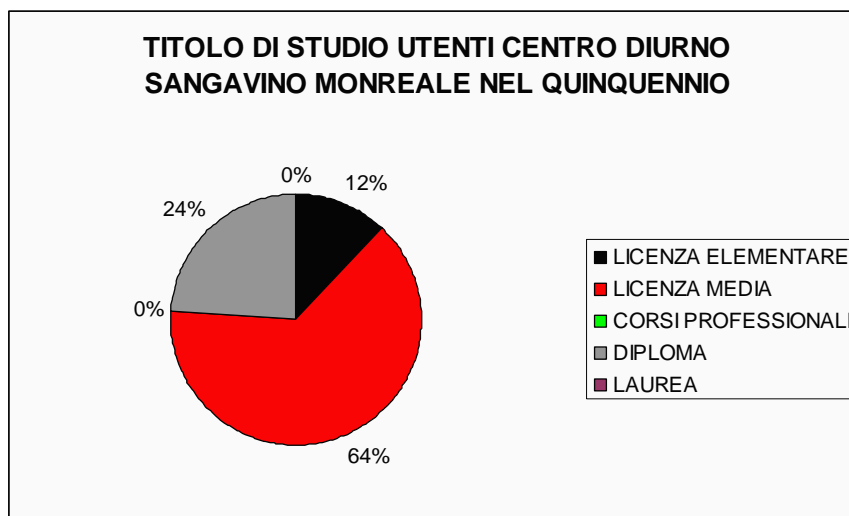


Grafico 6

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%).

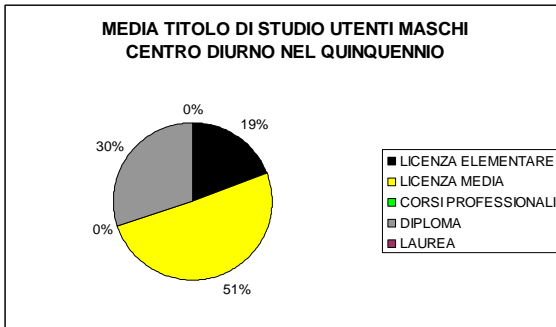


Grafico 7

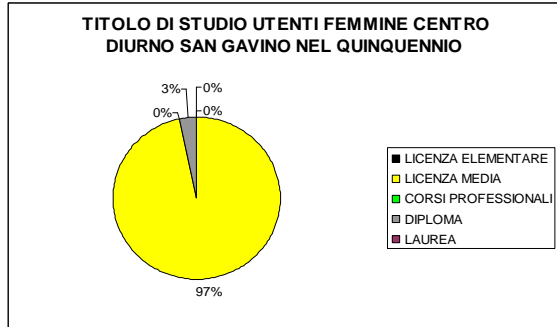


Grafico 8

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.

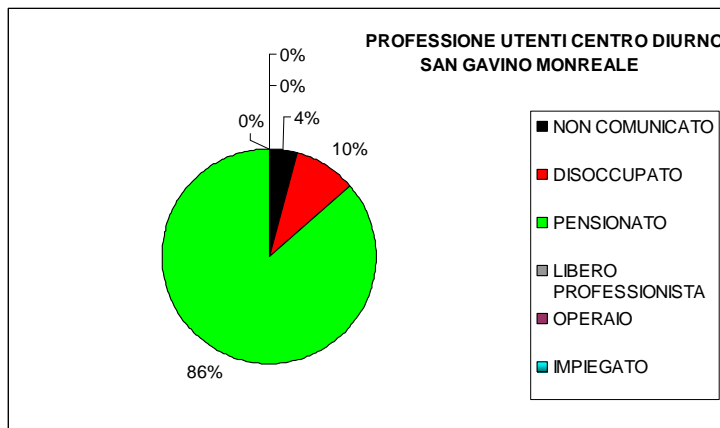


Grafico 9

Sotto vengono riportati i grafici differenziati per genere.

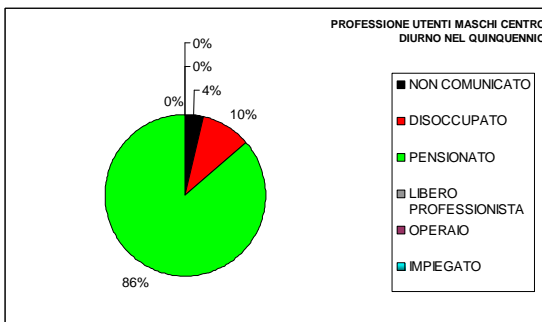


Grafico 10

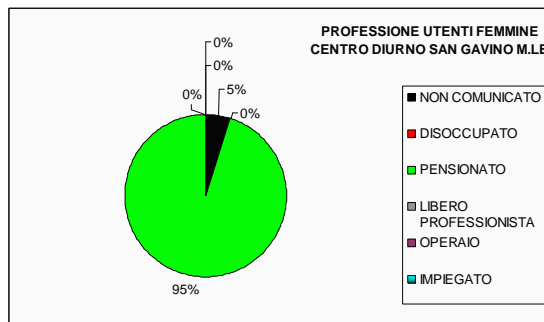


Grafico 11

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).

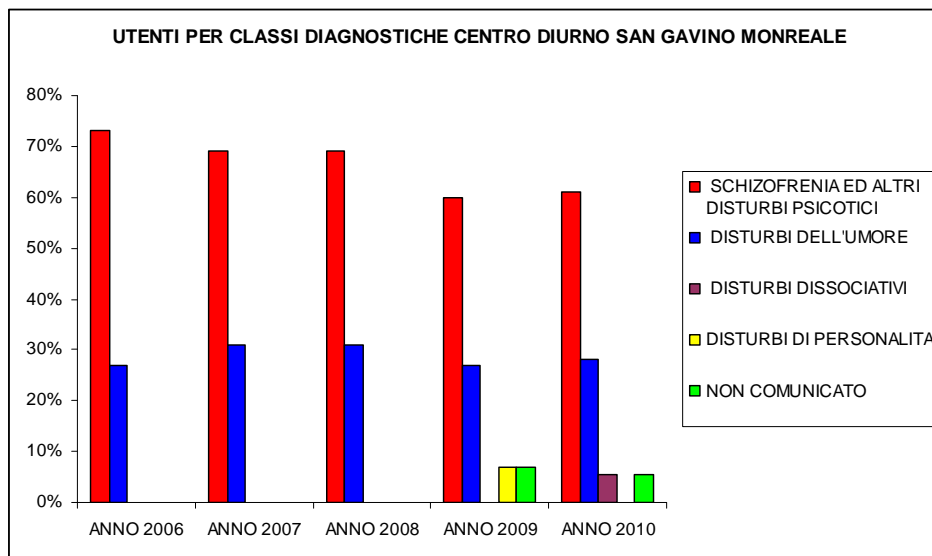


Grafico 12

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.

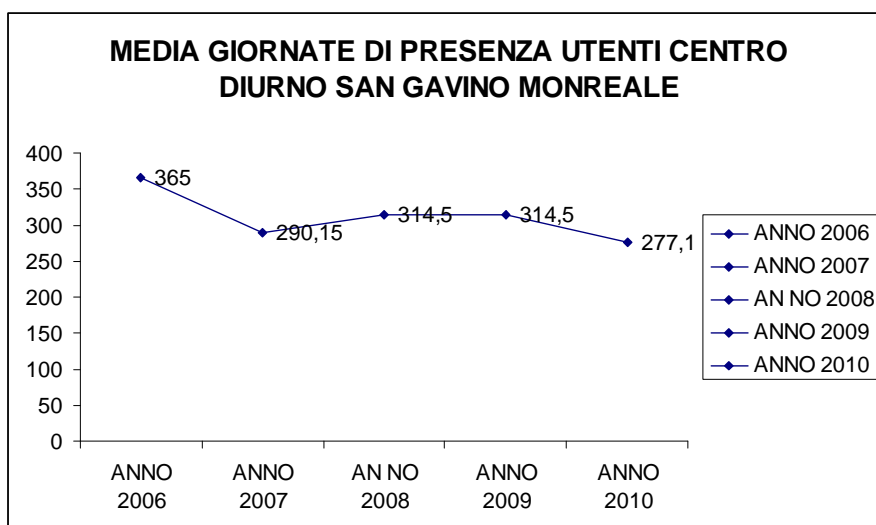


Grafico 13

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).

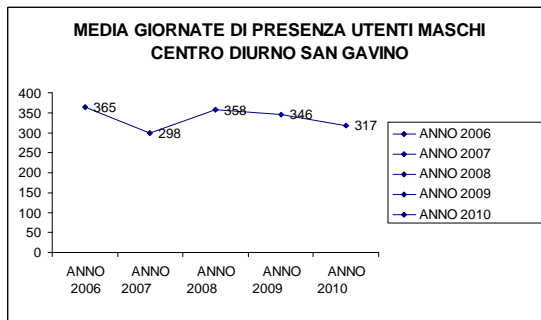


Grafico 14

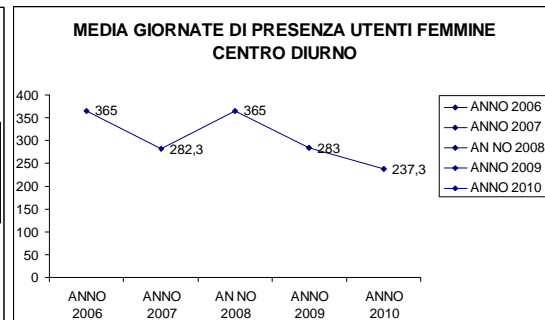


Grafico 15

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.

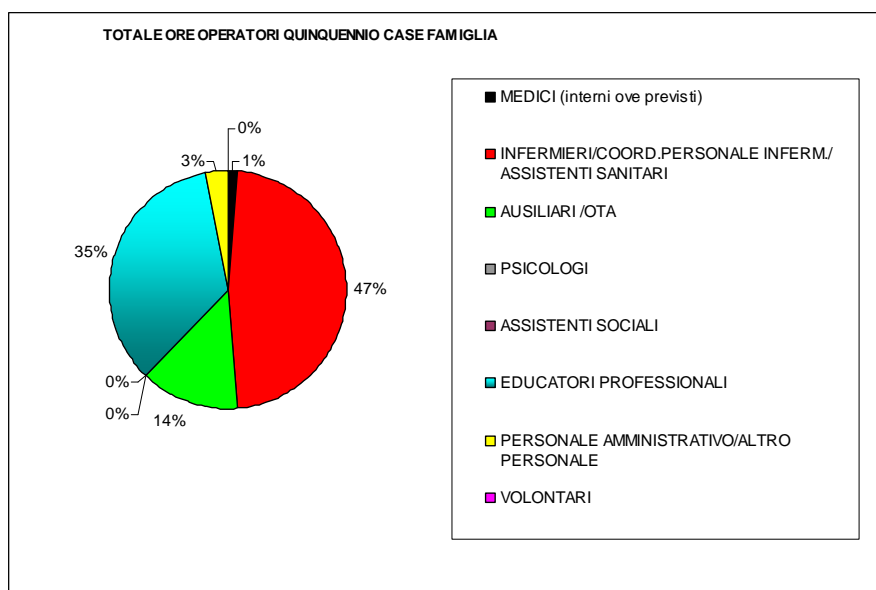


Grafico 16

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).

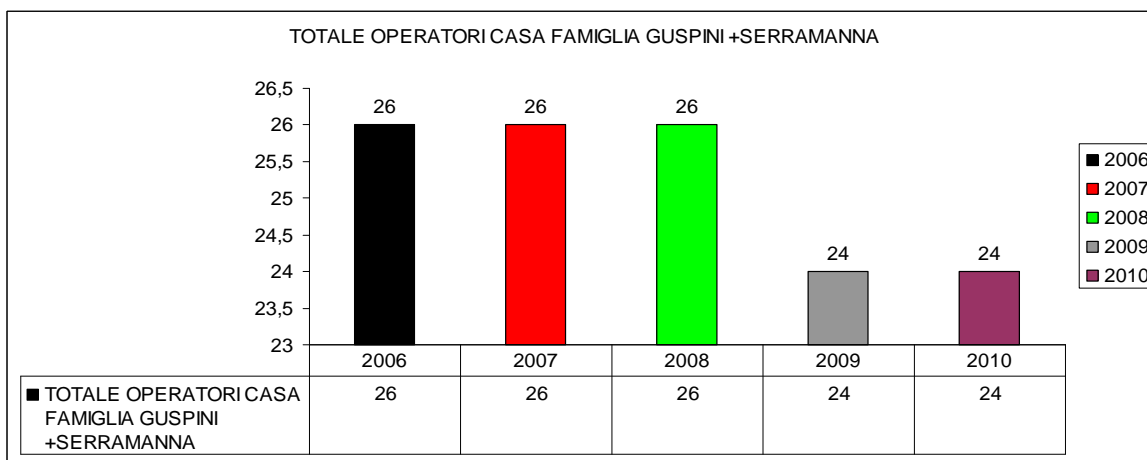


Grafico 17

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).

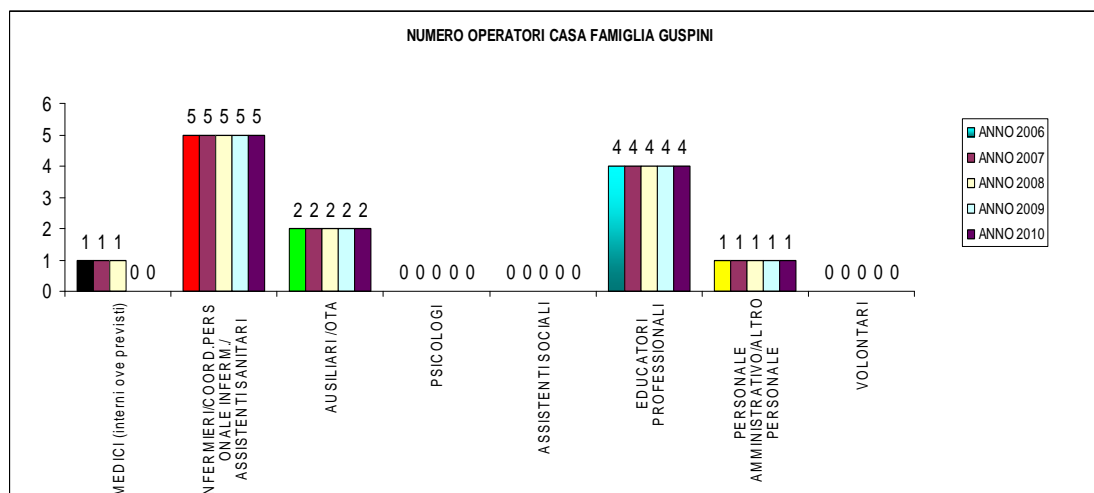


Grafico 18

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).

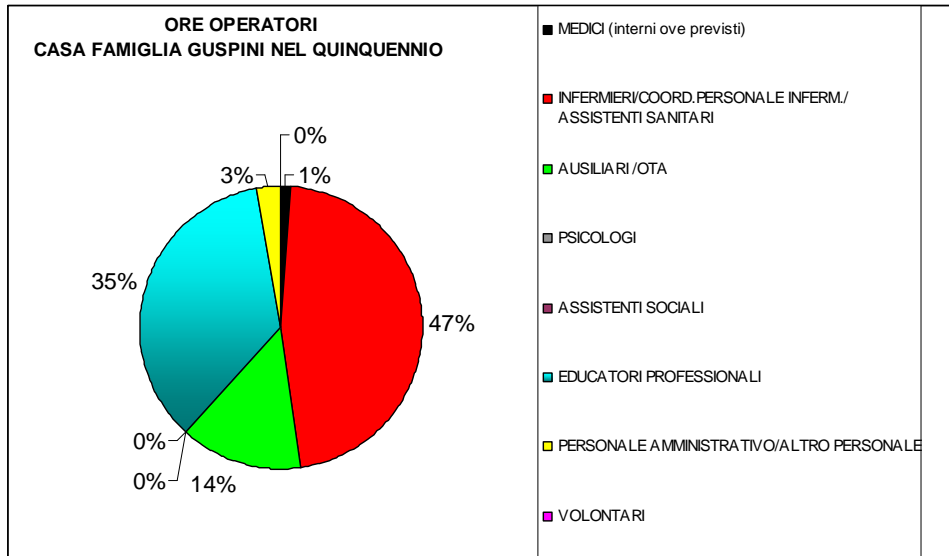


Grafico 19

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).

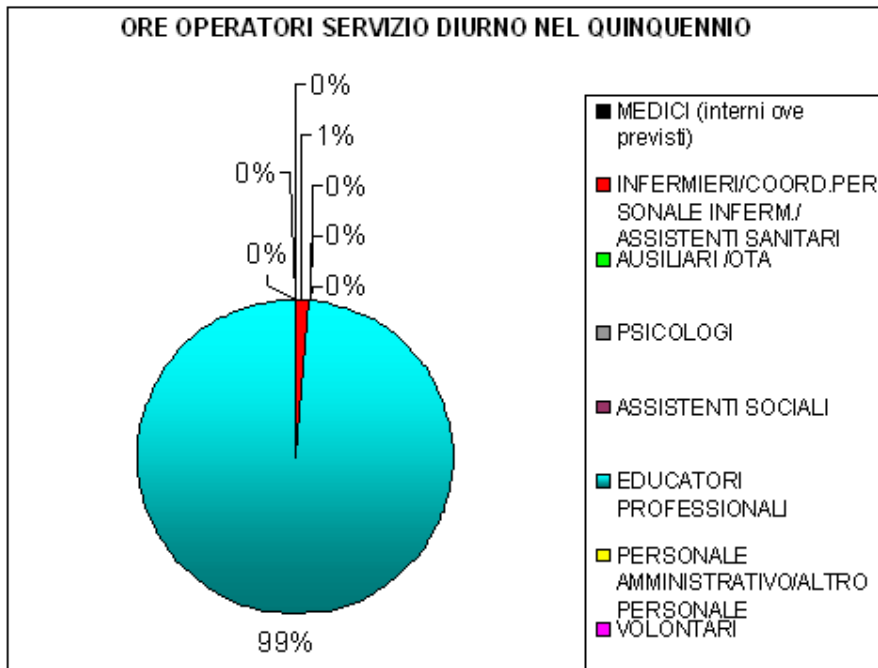


Grafico 20

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

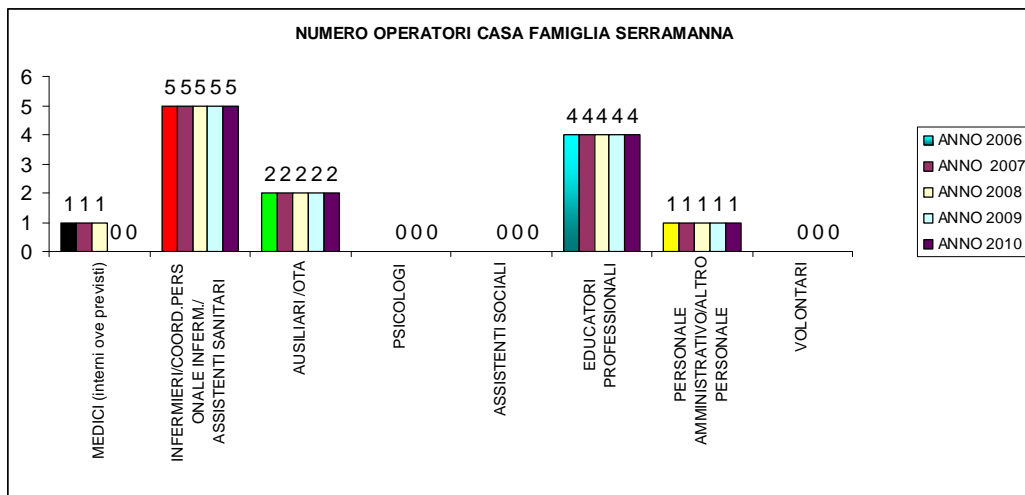


Grafico 21

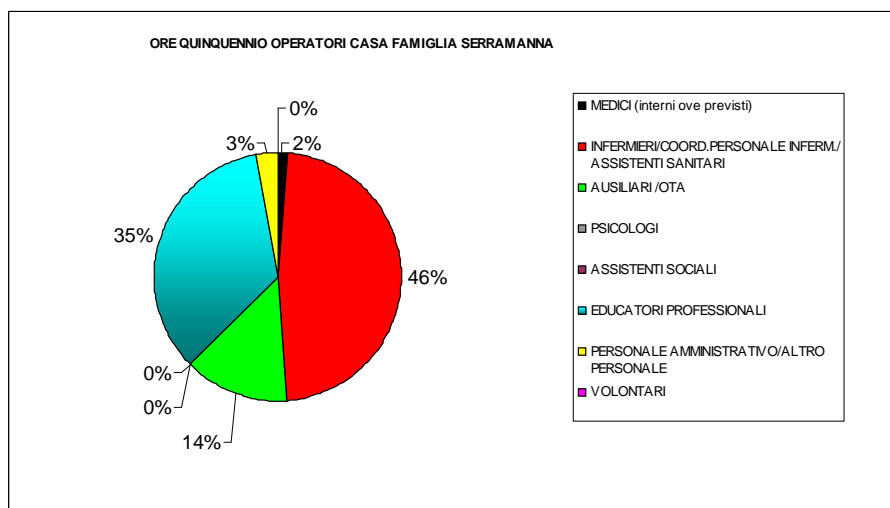


Grafico 22

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:

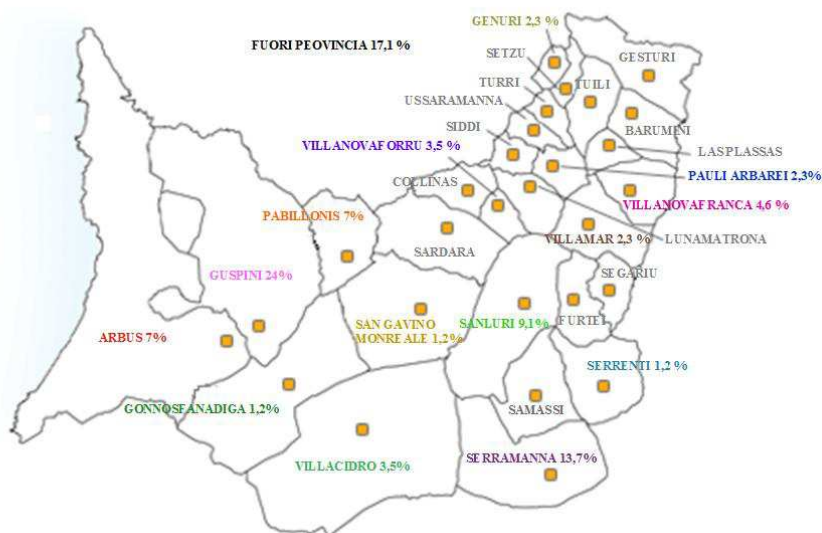
- media di giornate di presenza nel servizio.
- classi diagnostiche.

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.

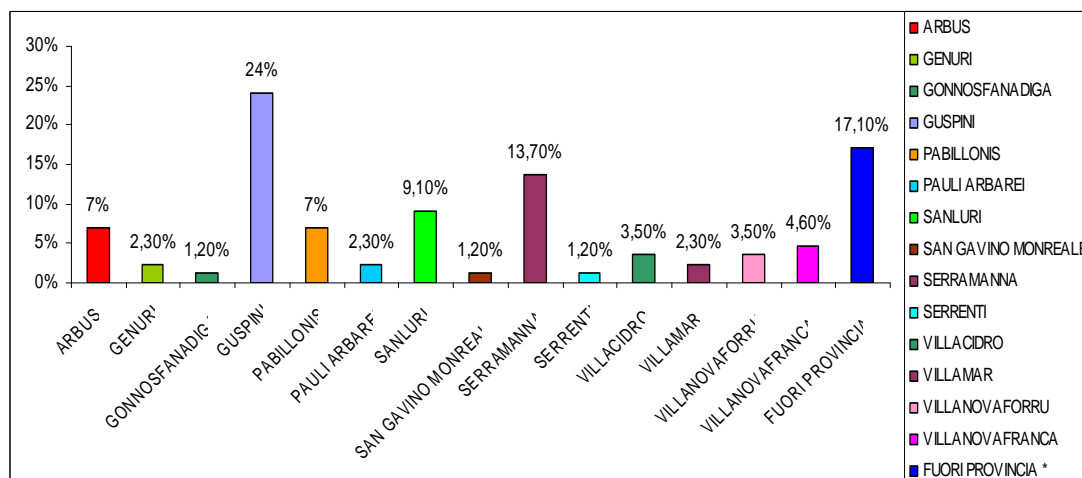


Grafico 23

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).

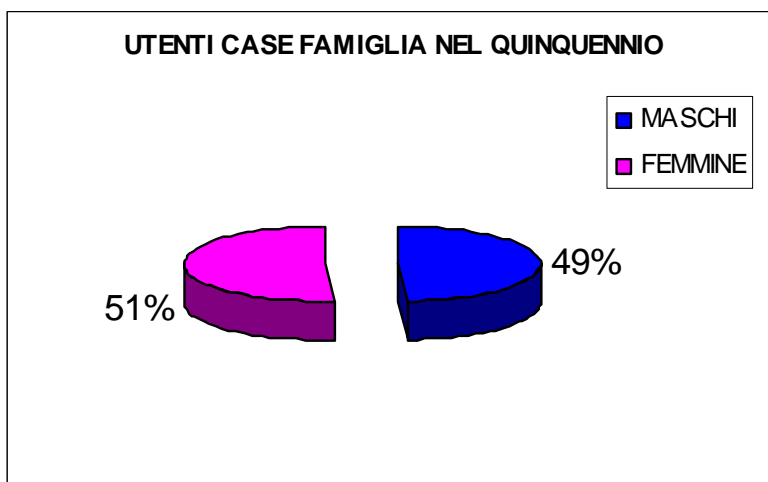


Grafico 24

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).

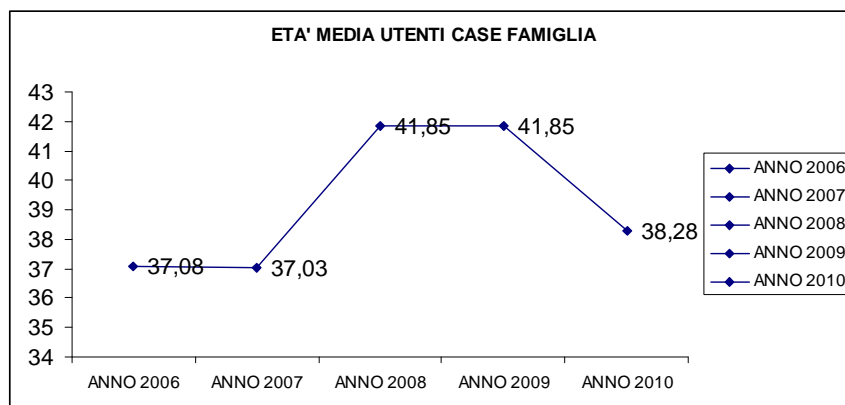


Grafico 25

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).

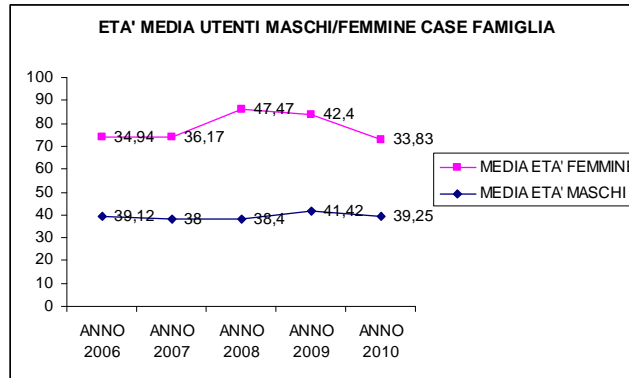


Grafico 26

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).

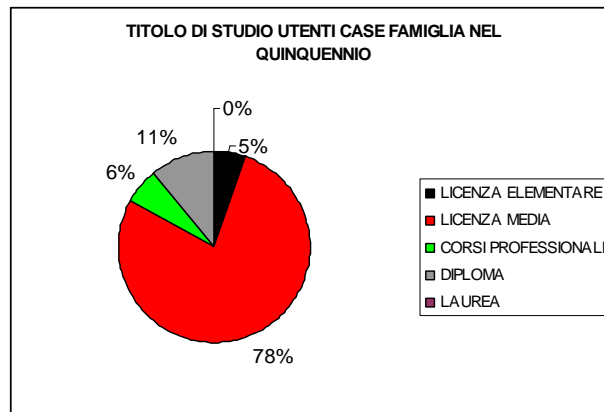


Grafico 27

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).

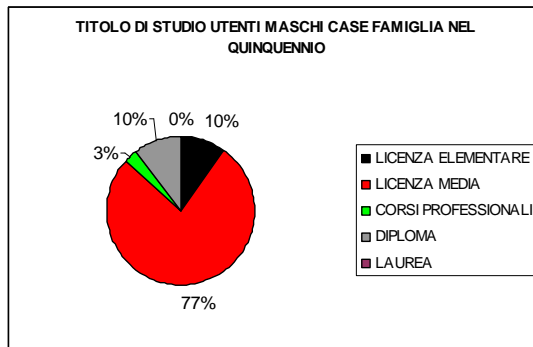


Grafico 28

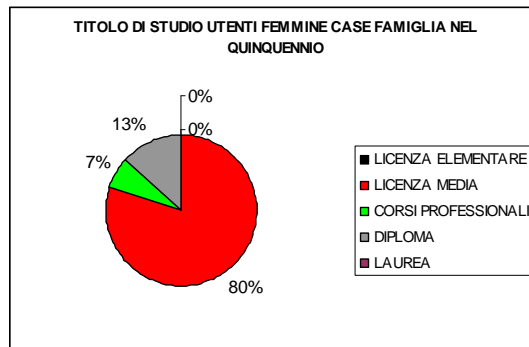


Grafico 29

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).

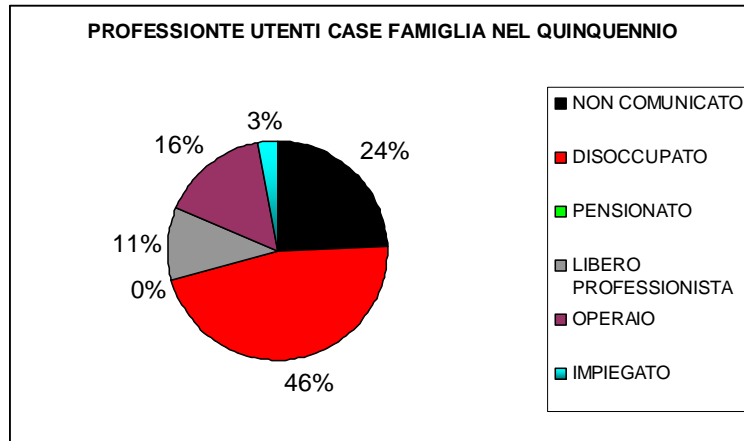


Grafico 30

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%).

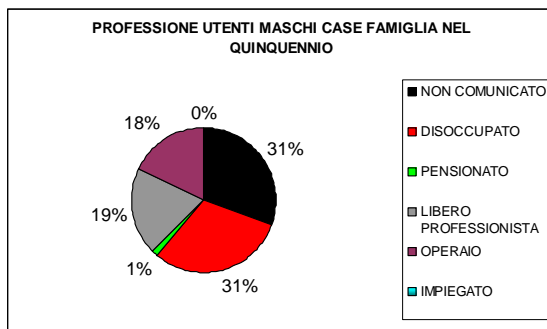


Grafico 31

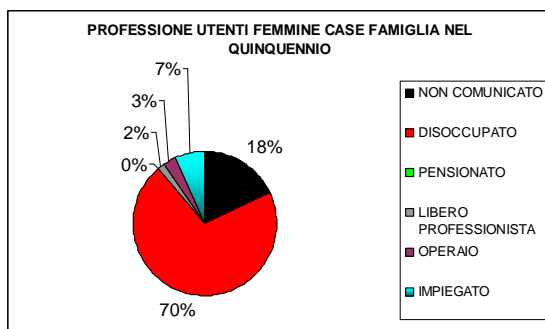


Grafico 32

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).

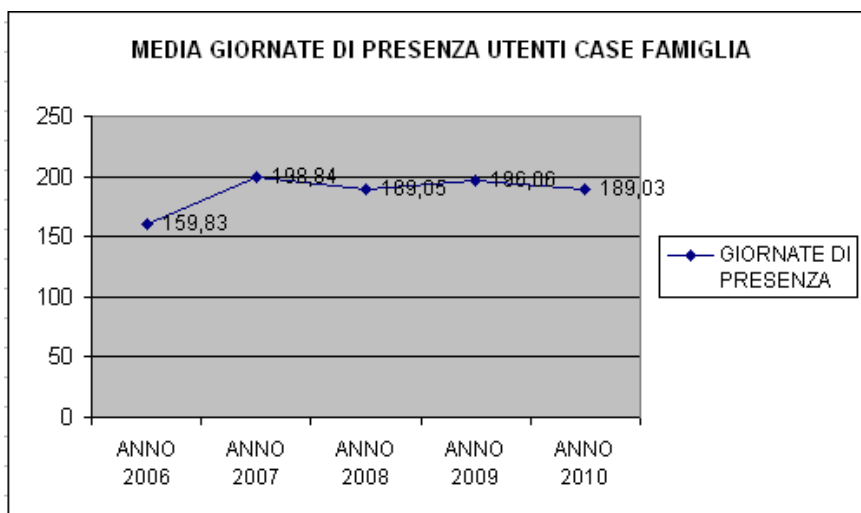


Grafico 33

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).

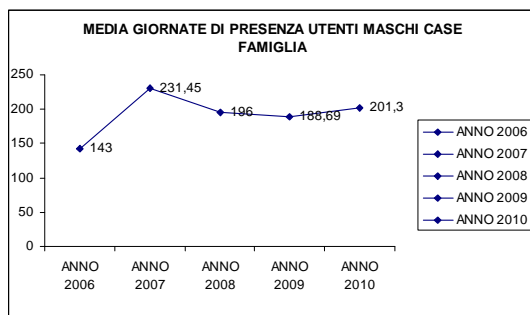


Grafico 34

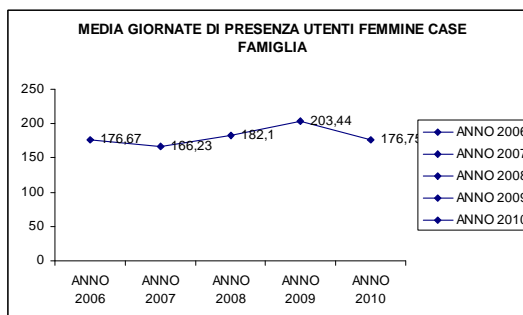


Grafico 35

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).

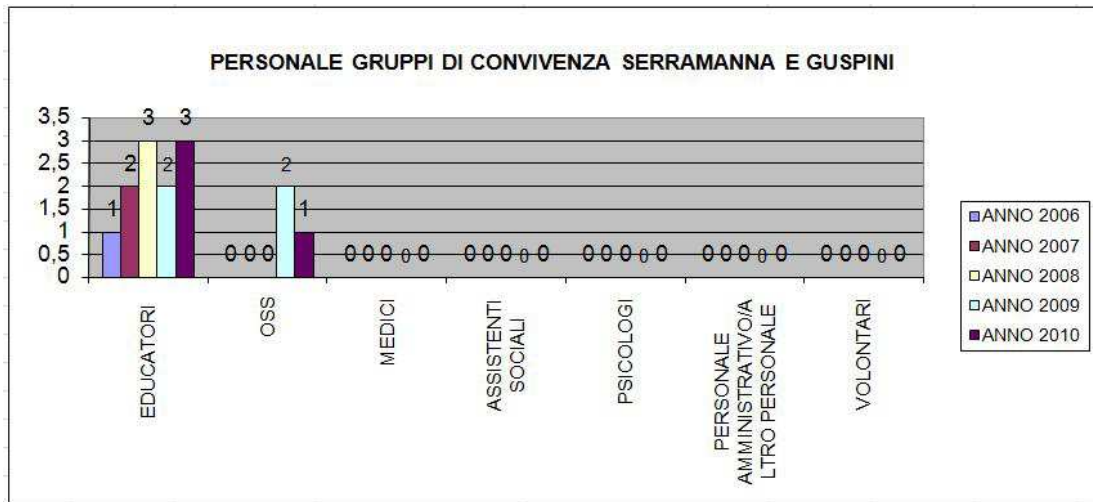


Grafico 36

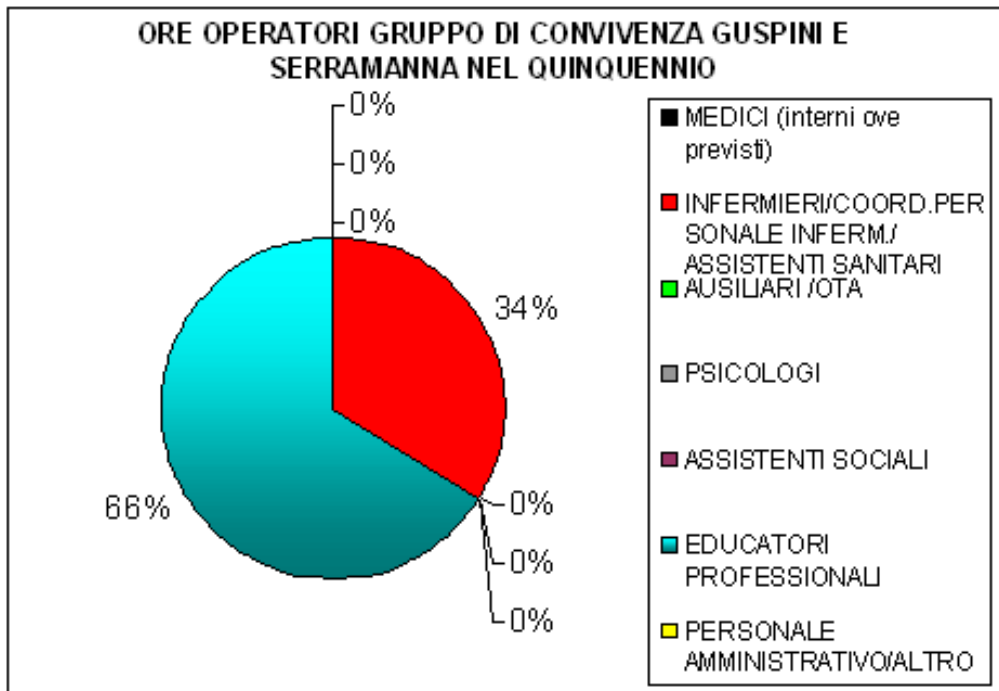


Grafico 37

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.

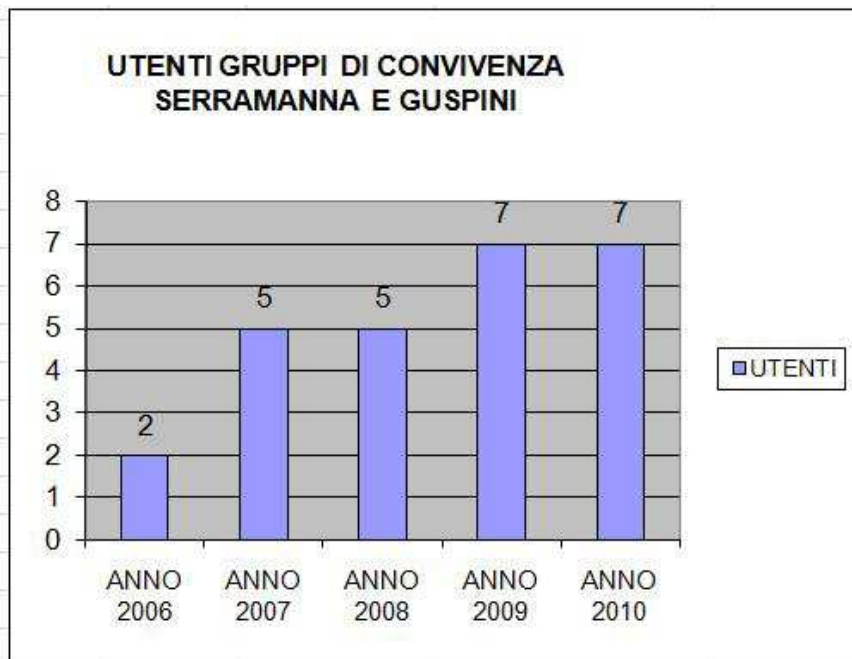


Grafico 38

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.