

PARTECIPATE ALLA RIUNIONE DEL PROSSIMO DIRETTIVO...!

Discuteremo la PROPOSTA DEL DOTTO RIGHETTI, ILLUSTRATA NEL TESTO ORIGINALE A PAG. 3 e 4 del PRESENTE GIORNALE.

Infatti la proposta sarà consegnata entro il 31 marzo all'Osservatorio Nazionale sulla Psichiatria.

Sarà necessario intervenire presso l'Osservatorio spingendo sui rappresentanti dei familiari affinché queste disposizioni possano essere modificate.

Alcuni punti sono ambigui ed imprecisi e se la normativa non verrà

messa a punto come si deve, le famiglie ed i pazienti correranno diversi rischi. Sul lato economico il passaggio da EX-OSPEDALI a nuove strutture è rischioso ed è basato in larga parte sulle risorse dei pazienti. La proposta prevede la chiusura degli EX-OSPEDALI e quindi anche delle RSA come quella di S. Osvaldo a Udine.

I familiari che hanno ignorato la voce di Psiche2000 nel corso degli ultimi anni si sono quindi sbagliati di grosso: comunità protette e RSA vanno

chiuse senza mezzi termini.

Vi è poi una faccenda da noi segnalata a più riprese: lo *status* o meno di malattia di queste persone.

Secondo la proposta, infatti, UNA CONSISTENTE PARTE DEI PAZIENTI PUO' ESSERE REINSERITA IN TEMPI BREVI IN COMUNITA' ALLOGGIO O RESIDENZIALI.

Questo significa che il personale presente lo sarà per poco tempo al giorno o non ve ne sarà proprio.

In pratica la MAGGIOR parte dei

pazienti saranno spostati in appartamenti di città, raggruppati in 6-20 unità, con la presunzione che possano condurre una vita normale. Senza contare quelli che i medici cercheranno di "rifilare" alle famiglie più sprovvedute. Troviamoci il

26 MARZO 1996
 PRESSO LA CIRCOSCRIZIONE
 DI S. STEFANO A UDINE
 ALLE ORE 20.00
 PER DISCUTERE LA
 PROPOSTA E DARE IDEE

Che cosa dice la legge?

La Finanziaria del 1995, art. 3 comma 5, riferendosi al Progetto Obiettivo 1994-96 del 22/4/94 dispone che le nuove strutture residenziali possono essere attuate "...utilizzando se necessario anche le strutture ospedaliere disattivate o riconvertite a norma del comma 1. Le Regioni provvederanno alla chiusura dei residui ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996. I beni immobili e mobili degli ospedali psichiatrici dismessi sono destinati all'Usl alla produzione di reddito, anche attraverso la vendita parziale degli stessi con diritto di prelazione per gli enti pubblici. I redditi prodotti sono utilizzati per l'attuazione del progetto obiettivo 1994-96".

NON DIMENTICHIAMOCI che dal 1989 la Struttura di S. Osvaldo è già stata riconvertita in Comunità Protetta. Nessuno è sceso in piazza per protestare e chiedere personale. I signori medici hanno atteso il collasso finché è arrivato Rotelli che dal 1993 ha convertito la struttura in RSA. S. Osvaldo non è più manicomio ma nulla o poco è cambiato. Intanto le cooperative aspettano il cedimento del pubblico per appropriarsi dei pazienti.

CONTATTI CON IL DIRETTIVO:
 SIG.RA SILVANA 0432-676476
 SIG. RA MARIA LUISA 0432-402507

Pazienti ancora molto contesi...

Almeno tre i progetti presentati negli ultimi anni per S. Osvaldo. Eccoli in sintesi.

PROGETTO PRIMEVERE

Ideato e portato avanti dal Dott. Zantoni, il progetto che era abbastanza interessante si è perso piano piano smorzandosi nel tempo.

Il progetto prevedeva anche l'istituzione di un CRT (Centro per la Riabilitazione Terapeutica) ed è basato sul fatto di riutilizzare in parte la struttura di S. Osvaldo, pur come RSA, per riabilitare i pazienti e farli vivere dignitosamente.

Ma la legge (p.o. dell'aprile 1994) non favorisce gli ammassamenti dei pazienti e dispone la chiusura dei manicomi.

Alcuni collaboratori di Zantoni mettono in crisi il piano abbandonando la scena; i familiari, pur sostendendo la bontà, sanno che il progetto, nonostante la visita di alcune autorità Regionali - non va avanti. E per tre motivi principali:

1. non c'è un vero appoggio politico: i progetti infatti partono quando sono sostenuti da personaggi "grossi". Zantoni ha tentato il coinvolgimento di molte persone ma la questione "ristagna".
2. In regione comanda Rotelli & co., ovvero gli psichiatri Triestini.
3. le leggi sono cambiate da quando è partito il Progetto Primevere (v. anche la proposta a pag. 3 e 4).

IL "PIANO ROTELLI"

Piaccia o meno Rotelli viene nominato dall'ex-Commissario Dott. Drabeni quale consulente per S. Osvaldo. Nel 1994 sfodera un piano di 24 punti, a disposizione di chi ne fa richiesta, molti dei quali ci lasciano perplessi. Tra i più salienti, vi è "la concessione delle indennità di accompagnamento in maniera diffusa"; operazione consistente nel fornire strumenti economici in previsione di un trasferimento verso il privato sociale. Ovvero: siccome il piano è basato largamente sulle cooperative, sul privato sociale-imprenditoriale tanto caro agli ambienti Triestini, bisogna dare un "reddito" ai pazienti prima di trasferirli; nessuno vuole i "poveri". Si prevede l'allestimento di molti appartamenti esterni, ma si tratta di capire tutt'oggi quanti sono i pazienti riabilitabili ed effettivamente trasferibili. Il 1995 è stato caratterizzato da molti trasferimenti presso ricoveri, ospizi, ecc. ma anche da qualche incidente (pazienti scomparsi e trovati morti).

Il piano poi prevede l'attivazione di vari Centri, day-hospital, ecc. La situazione psichiatrica triestina viene definita la migliore al mondo (ci sono molti altri modelli): vedremo cosa potrà comportare questo piano.

IL PROGETTO PAESE

Questo progetto è stato avviato da Don Sburliano, cappellano di S. Osvaldo, dopo anni di silenzio da parte della Chiesa che dal 1978 in poi ha avuto, come altri medici di Udine, la possibilità di poter intervenire. Don Sburliano ha già da tempo le mani su S. Osvaldo con la Coop. Partecipazione e il privato sociale è una realtà che si occupa di servizi ausiliari (lavanderia, supermercato interno, riabilitazione di pazienti, ecc.). Ma molti hanno espresso dubbi sull'operato della Coop.

La Vita Cattolica sostiene il progetto e lancia una campagna per la ristrutturazione della chiesetta e la costruzione di un nuovo campanile. Dopo aver raccolto oltre trecento milioni, tutto si blocca. Un pò per l'arrivo del Rotelli, che probabilmente vuole un tipo di privato-sociale operante con altre Cooperative, un pò perché la costruzione del campanile fa un pò ridere, con tutti i problemi reali che hanno i pazienti e perché la colletta non ha fruttato quanto sperato. Così a fine estate 1995 proteste della Coop. che si sente abbandonata dalla Usl. Guerra tra cooperative laiche e religiose?!

vogliono scendere in piazza, si vergognano. Chissà quanti parteciperanno alla manifestazione dell'on. Guidi?
Intanto sorgono molte domande e perplessità: dipaniamo la matassa.

CHIUDENDO SI RISPARMIA

Quando operatori e politici si presentano alla stampa dipingono la struttura di S. Osvaldo come un "pozzo" di denaro senza fine, che assorbe gran parte delle risorse da destinare ai Centri esterni. Quanto c'è di vero?

Per prima cosa consideriamo che S. Osvaldo con 300 e passa malati da sfamare, vestire, curare, ecc. è un vero e proprio paese. La struttura per marciare ha bisogno di molte figure più o meno professionali, già ridotte all'osso: infermieri, autisti, psicologi, medici, psichiatri, ecc. e di servizi: lavanderia, bar interno, cucine, docce, ecc.

Una simile organizzazione effettivamente costa (si stima oltre 12 md. l'anno), ma fornisce anche dei servizi, considerati giustamente scadenti a causa la mancanza di personale.

Anni fa al reparto 7 c'erano una quarantina di donne e una sola infermiera - una situazione incredibile - con una paziente mezza svestita, un'altra che picchiava alla porta gridando perché voleva uscire e un'altra ancora che cercava di entrare in una stanza dove c'erano i farmaci per cercare una pillola. Un vero e proprio inferno nel quale hanno operato infermiere impaurite: come poter fare la riabilitazione con un rapporto di uno a quaranta?!?

Paradossalmente il discorso del personale non è stato affrontato da alcuno. Infatti l'ordine è di chiudere e dimenticare S. Osvaldo. Sparpagliare i pazienti in piccoli gruppi e, secondo i progetti Triestini, ridurre la presenza ad una trentina di persone. Motivo portato spesso ad esempio è il notevole risparmio per la Usl. Ci vuol poco per capire che, passando l'assistenza all'esterno, presso gli ospizi, molte persone dovranno pagarsi la retta: saranno trasferite da una istitu-

zioni e tutto purtroppo raccolto in un'anno di tollerato

- Come vivranno i pazienti cui non è stata assegnata l'indennità di accompagnamento?
- Perché il denaro per S. Osvaldo non è ancora stato utilizzato?
- Perché alcuni medici forzano i familiari insistendo al fine di trasferire o dimettere i pazienti?
- Perché vi è stato un ingiustificato aumento delle rette?
- Cosa si cela dietro l'affitto del campo sportivo interno?

- Perché vendere e non ristrutturare due/tre padiglioni?
- Perché, nonostante le promesse, gli esposti e i trasferimenti dei pazienti abbiamo dei reparti ancora sovraffollati?
- Come mai le autorità della Usl e Fasola non hanno risposto ad un nostro chiarimento sulle rette?
- Le condizioni di vita all'esterno miglioreranno, ma con quale grado di protezione?

zione ad un'altra che può anche essere peggiore.

In secondo luogo il risparmio c'è perché il paziente non costa più all'Usl. Se viene trasferito in un appartamento esterno o rispedito a casa, deve campare con il proprio reddito o con quello dei familiari.

Infine, pur necessitando di una struttura protetta, cadrebbe in mano ad una cooperativa che gestisce la struttura e nel vicino Veneto si parla addirittura di cifre che vanno da 1 a due milioni il mese, pur esistendo una convenzione con la Usl.

Infine, la nuova forma di assistenza si basa sulla concessione di indennità di accompagnamento. Il paziente non graverà sui costi della Usl, ma sul fondo della previdenza sociale.

Quindi c'è un vero e proprio *passaggio* di costi da un ente ad un altro: è vero che la Usl risparmia, ma per lo Stato le cose non cambiano poi molto. Anzi aumentano le difficoltà dei familiari che vengono chiamati per legge a contribuire.

Così l'Utsam ha chiesto all'assessore regionale Fasola l'applicazione di una disposizione ministeriale per evitare di chiedere denaro alle famiglie, ma non ha ancora ricevuto risposta.

I trasferimenti, l'assistenza basata sui redditi dei pazienti o sulla contribuzione delle famiglie riduce sì i costi, ma dà il via ad una preoccupante forma di assistenza sanitaria basata sui redditi, e questo è preoccupante.

Le cooperative - che dovrebbero gestire tutte queste persone - non si muovono certamente per nulla, avranno pur il loro tornaconto. Ecco perché gli operatori che sostengono l'intervento delle cooperative e del privato sociale dicono che i costi saranno ridotti:

perché il denaro avanzato, dopo aver spostato pazienti altrove o in famiglia, sarà utilizzato per finanziare l'attività delle cooperative. E nelle cooperative ci sono molti medici ed infermieri in pensione, pronti ad arrotondare il loro stipendio.

RETTE, secondo PSICHE2000 e il parere Pres. C. Ministri (nota del 15/4/94 prot. DAS/4390/1/H/795) e lettera Min. Interno del 27/12/93 i familiari degli assistiti NON devono versare contributi agli enti pubblici. Non pagate!

IL PERICOLO DI UNA ASSISTENZA DELEGATA SOLO ALLE FAMIGLIE

Le dimissioni frettolose possono incentivare situazioni di abbandono o di difficoltà per le stesse famiglie e soggetti malati.

Come poter accogliere un internato dopo anni e anni di malattia? Non è facile.

Ai problemi economici possono aggiungersi anche quelli relativi ad una difficile convivenza, come sperimentato ormai da anni dagli altri familiari che non hanno il paziente a S. Osvaldo, ma lo devono spesso "sopportare" 24 ore su 24.

I Centri, così come sono organizzati, non fanno molto. Inoltre i pazienti inviati a domicilio verranno visitati sì e no un paio di volte al mese. Molti operatori poi si aspettano che sia il paziente stesso (che manca di volontà a causa della malattia) a presentarsi periodicamente al Centro. Molti hanno bisogno di visite su base quotidiana e di forme di controllo: dubitiamo che ciò possa avvenire e che vi sia la volontà, da parte degli operatori, di intervenire in questo senso.

Il trasferimento altrove può crea-

re problemi di carattere psichico allo stesso paziente, secondo alcuni. Oppure possono nascere e svilupparsi situazioni di abbandono. Non dimentichiamoci che per una CONSISTENTE parte dei pazienti è prevista una vista quasi normale all'esterno e ciò significa che non vi saranno forme di protezione o stretto controllo.

LA RIABILITAZIONE E LE COOPERATIVE

Parlare di reintegrazione lavorativa non è facile per gli ex-degenti di S. Osvaldo. Per anni chiusi in quattro mura, dovrebbero essere in grado di lavorare o di ritrovare una dignità. Ce lo auguriamo tutti, ma di fatto la stessa Cooperativa Partecipazione, da un documento in ns. possesso, ha seguito una quindicina di pazienti nel corso di un anno, alcuni dei quali provenienti dal territorio ed anche da fuori Usl. Che fine hanno fatto gli altri 350 pazienti che potevano essere impiegati nelle attività?!?

Molti degli ex-internati hanno capacità limitate: tutti comunque hanno diritto a condizioni di vita migliori ed anche di poter giocare ancora una carta.

Giusto quindi riabilitare ed errato pensare che tutti possano riacquistare le abilità perdute.

A nostro avviso, molti saranno suscettibili di qualche miglioramento, ma non in modo tale da poter vivere autonomamente. Laddove ci sono state dimissioni incontrollate di massa i pazienti sono stati trasferiti altrove ed hanno vissuto sì all'interno della società, ma con ridotte abilità e molti rischi.

Così c'è chi ha vissuto e vive nella sporcizia e nel pericolo, per strada, senza cura e nell'abbandono. E' giusto tutto questo?!?

La Usl ci ha assicurato che nessuno sarà abbandonato, ma vi sono molte perplessità legate alla interpretazione della Finanziaria 94 (v. proposta a pag. 3 e 4). Se al paziente mentale viene data la massima libertà di curarsi o meno, di recarsi o meno al Centro e dove le famiglie devono spesso *lottare* con i medici per ottenere interventi domiciliari.

Si, qualcuno di voi avrà letto male il titolo, avrà capito poco, nulla o tutto. Non è un errore di stampa: la proposta che pubblichiamo per intero prevede la chiusura degli *EX Ospedali*. Quindi, dopo tante avvisaglie ed interventi di Psiche2000 sulla stampa regionale, tutti i familiari avranno apriranno finalmente gli occhi sulla VERA situazione degli EX-Ospedali. Se questa proposta va in porto, potranno essere chiusi gli Ex-Ospedali e le RSA: il Dott. Novello, responsabile del Dsm di Udine è intenzionato a farlo.

La proposta è stata formulata dal Dott. Angelo Righetti, membro dell'Osservatorio Nazionale per la Psichiatria e Resp.le del Dsm Bassa Friulana. Sarà presentata entro la fine di marzo 1996 e probabilmente approvata grazie all'appoggio dell'avversaria UNASAM.

Fate attenzione al punto *Sottoprogetto Dimissioni e Sottoprogetto Riabilitazione*: da qui si evince che i pazienti che realmente godranno di protezione saranno proprio pochi.

Molti dubbi anche sul punto riguardante le *Disponibilità economiche*, dato per scontato che negli ultimi anni si sente battere su questo argomento in modo nauseante: si vuol mettere mano in qualsiasi modo - addirittura in attesa dell'approvazione di un progetto di legge - ai beni dei pazienti, anche se non interdetti. Tutte queste proposte comportano molti rischi legati alla protezione ed alla mancanza di trasparenza gestionale.

Psiche2000 si adopererà con alcune proposte correttive che verranno discusse nelle prossime riunioni dei soci e direttivi.

Attenzione, infine, perché ormai TUTTO è considerato Ospedale Psichiatrico: RSA, strutture più o meno protette, ecc. e TUTTO potrà gestito dal privato sociale.

Facciamoci poche illusioni sul recupero degli EX-ospedali psichiatrici o su quelli attualmente aperti. Leggete con cura il testo e partecipate alle riunioni per fornire il vostro supporto ed idee. Per facilitare la lettura riportiamo in corsivo le frasi soggette a critiche, incongrue rispetto alla realtà notata.

formulata dal
Dott. Angelo Righetti
febbraio 1996

Premessa

La definitiva chiusura degli EX-Ospedali Psichiatrici, previsto dalla legge 833/78, Art. 64 e riconfermato dalla legge 724/94 che fissa il termine del 31/12/96 richiede un impegno preciso da parte delle Aziende, USL e Regione e degli altri Enti Locali affinché la norma non si configuri prevalentemente come processo a esclusiva valenza economica.

La chiusura non deve verificarsi né attraverso interventi che *hanno determinato in passato dimissioni definite "selvagge" né attraverso trasformazioni che non cambiano nella sostanza la realtà istituzionale, né attraverso trasmissioni in massa in strutture per la cronicità* (lungodegenze, pensionati, RSA, istituti ortofrenici) pubbliche e/o private che non garantiscono i diritti ad una corretta assistenza e i necessari interventi riabilitativi.

Per la popolazione ancora residente negli EX-Ospedali Psichiatrici è necessario elaborare progetti riabilitativi personalizzati che tengono conto della durata del ricovero, della storia personale della storia della malattia, della disabilità attuale, delle possibilità concrete di recupero, *delle risorse personali e familiari* nonché dei servizi territoriali ed istituzionali.

I progetti di deistituzionalizzazione e di riabilitazione devono essere realizzati dal Dipartimento di Salute Mentale (Dsm) attraverso la stretta collaborazione e comune responsabilità tra l'unità operativa operante negli EX-Ospedali Psichiatrici e quella operante nei servizi territoriali, mediante collaborazione di appositi protocolli operativi.

I Dsm delle Aziende Sanitarie si fanno carico delle azioni riorganizzative per il raggiungimento degli obiettivi limitatamente ai lungo degenti di pertinenza territoriale. Le Aziende all'interno della negoziazione Regionale sul budget, inseriscono le "quote parte" del finanziamento relative alle azioni di quegli EX-OP che si trovano in altre Aziende ma che ospitano

Definizione di EX-OSPEDALE PSICHIATRICO

Con il termine di EX OP che deve sostituire ogni altra definizione (ed in particolare quella di residuo manicomiali) devono intendersi *tutte le strutture pubbliche o private (comprese le "succursali")* che negli anni antecedenti la promulgazione della legge 180 hanno svolto la funzione di Ospedali Psichiatrici e che, seppure in epoca successiva, *hanno cambiato denominazione*, hanno continuato a mantenere caratteristiche organizzative e gestionali analoghe a quelle dei vecchi OPP.

Gli EX-OP trovano la loro tipologia prevalentemente dalle caratteristiche dei pazienti ospitati e cioè:

- strutture che ospitano pazienti ricoverati anteriormente alla legge 180;
- strutture che ospitano pazienti del punto a) e pazienti riammessi successivamente alla legge 180;
- strutture che ospitano oltre ai pazienti di cui al punto a) e b) anche pazienti ricoverati a vario titolo in epoche successive.

Entro il 30 giugno 1996 le Regioni e Province Autonome censiscono il patrimonio immobiliare degli EX-OPP utilizzato direttamente o indirettamente

in regime ospedaliero, vuoi in regime di RSA, comunità protette, residenze, ospitanti in prevalenza ex lungodegenti psichiatrici. Ne stabiliscono il valore di mercato e possono alienarle con vincolo di destinazione del reddito all'allestimento, all'organizzazione o gestione di strutture protette altrimenti collocate.

Situazione degli EX-OP alla data del 31.12.1994

Rispetto al censimento CENSIS-LABOS del 31.12.1994 le unità censite sono 20 in meno, mentre rispetto al 1992 sono inferiori di 10 unità, a segnalare una recente tendenza alla disattivazione di tali realtà. In alcuni casi, però, relativi a strutture private, il loro superamento è avvenuto in termini più formali-burocratici che sostanziali mantenendo le strutture una non dismessa funzione di intervento sulla *vecchia cronicità e lungodegenza psichiatrica*. L'utenza complessivamente accertata nelle 84 strutture, pubbliche e private, è di oltre 17.000 unità di cui il 15% negli Istituti Privati. In media vi sono ancora 204 pazienti per struttura. Il contributo delle strutture private al riguardo è superiore di quasi tre volte. (Vedi tabella seguente, fonte: Ist. Italiano Medic.Sociale-Min.Sanità).

REGIONI	N.RO STRUTTURE	N.RO PAZIENTI RICOVERATI
PIEMONTE	4	671
LOMBARDIA	12	2.382
LIGURIA	2	837
PROV. TRENTO	1	300
FRIULI V.G.	3	430
VENETO	17	2.042
EMILIA ROMAGNA	7	916
TOSCANA	5	740
MARCHE	4	406
UMBRIA	2	122
LAZIO	3	629
ABRUZZO	2	412
PUGLIA	3	382
CALABRIA	1	234
SICILIA	5	1.517
SARDEGNA	2	612
ITALIA	79	14.577

Note: abbiamo eliminato alcuni dati superflui per descrivere il fenomeno (incidenza su 100.000 abitanti e raffronto con l'anno precedente) per semplificare la lettura dei soci.

di proporzioni doppie) e nel Veneto e più basse in Calabria, Piemonte e Umbria. Anche la Toscana e l'Emilia R. sono un po' al di sotto del tasso medio nazionale. La Puglia invece compensa il più basso tasso delle strutture pubbliche con quello delle strutture private, mentre la Basilicata ha il tasso più elevato in ragione della esclusiva presenza della struttura privata.

PUGLIA	1	1.127
BASILICATA	1	783
TOTALE	5	2.575

Fonte: censimento 1994 dell'Ist. Italiano di Medicina Sociale del Ministero della Sanità.
Per semplificare la lettura abbiamo abolito il confronto 1992-1994 che ha visto la disattivazione di 7 strutture private. Secondo il relatore i dati sono ancora da verificare e completare.

Processo di

CHIUSURA DEGLI EX-OP

Nel rispetto della norma che prevede la chiusura degli EX-OP appare opportuno ribadire la necessità che *in queste strutture non debbano avvenire nuove ammissioni a qualsiasi titolo eccezion fatta per i pazienti ricoverati attualmente* e che possono momentaneamente essere dimessi (e quindi riaccolti) per i seguenti motivi:

- inserimento in progetti sperimentali di riabilitazione;
- Periodi di vacanza;
- Visita a parenti;
- Ricovero in altri ospedali.

Gli interventi riabilitativi e di deospedalizzazione e reinserimento sociale devono essere personalizzati e realizzati attraverso progetti dettagliati tra operatori degli EX-OP, operatori dei servizi territoriali del Dsm, del privato sociale (*cooperative sociali, associazioni*) e del privato imprenditoriale.

Nella fase attuale è possibile prevedere 4 filoni di intervento in base alla tipologia dei bisogni individuati:

A) per persone con prevalenti problemi psichiatrici per le quali è possibile prevedere in tempi medio-brevi di 6/12 mesi il reinserimento *all'esterno* e per le quali sarà necessario formulare progetti di reinserimento in strutture idonee, con la responsabilità dei servizi territoriali del Dsm;

B) per persone con prevalenti problemi psichiatrici che nella fase attuale non si trovano nelle condizioni di cui al punto A) per le quali è necessario prevedere un intervento riabilitativo di più lunga durata (in comunità terapeutico-riabilitativa (intra od extra-ospedaliera) e per le quali

siano definite norme e caratteristiche, e cioè i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali per poter operare secondo tale regime assistenziale).

C) Persone con prevalenti problemi di disabilità

D) Persone con prevalenti problemi di tipo geriatrico.

Strutture di DEOSPEDALIZZAZIONE E LORO TIPOLOGIA

1. Sottoprogetto "Dimissioni"
Una consistente parte della popolazione ancora residente negli EX-OP può essere dimessa in tempi relativamente rapidi (6/12 mesi) perché presenta patologie o disabilità che non necessitano di assistenza nelle 24 ore, ma di interventi riabilitativi psicosociali.

Queste persone che per il lungo tempo di ospedalizzazione hanno perso i contatti con le famiglie di origine, possono essere ospitate in strutture con tipologia familiare capaci di accogliere da 2 a 6 persone (gruppi appartamento) fino ad un massimo di 10-20 persone (comunità alloggio). Queste strutture da reperire come riserva nell'edilizia popolare tra i beni immobili di Enti Pubblici, fanno parte dei servizi gestiti dal Dsm competente territorialmente e svolgono una attività mirata al reinserimento e risocializzazione, devono essere sanitarie in quanto ospitano persone invalidate da un lungo periodo di ospedalizzazione.

Il progetto "dimissioni" deve fare parte integrante dei Progetti Obiettivi Regionali e terrà conto oltre che della provenienza territoriale anche dei progetti personalizzati di reinserimento

ricoverare gli alloggi degli IACP riservati per legge.

Gli Ospiti devono contribuire alle gestione economica dei gruppi appartamento in base alle disponibilità del proprio reddito personale.

2. Sottoprogetto "Riabilitazione"

Per le persone ancora ricoverate (ndr. ovviamente una minima parte secondo il Dott. Righetti) e per le quali non è possibile prevedere nel breve periodo un reinserimento è necessario organizzare un intervento riabilitativo mirato al superamento dell'invalidazione causata dal lungo periodo di ospedalizzazione ed al reinserimento sociale.

Le strutture idonee per tale intervento sono comunità terapeutico-riabilitative per 20 ospiti al massimo, con progetti individualizzati ispirati alle più moderne pratiche di intervento integrato (medico sociale) e di riabilitazione psichiatrica. L'equipe composta da diverse figure professionali deve assicurare l'assistenza adeguata nelle 24 ore ed il rapporto operatore/utente non può scendere al di sotto di 1:2 (ndr.: attenzione: calcolatelo nel turno!)

Non hanno caratteristiche ospedaliere, accolgono gli ospiti in stanze ad uno, due letti; hanno servizi igienici adeguati e locali di soggiorno per attività comuni. A tali fini le Aziende Sanitarie utilizzano l'istituto della convenzione (come previsto dal progetto obiettivo 1994-96) adottano le misure e gli atti appropriati per avvalersi di idonei organismi del privato sociale e privato imprenditoriale.

Quando è possibile e conveniente questi organismi possono utilizzare locali degli EX-OP che vanno gradualmente riordinati allo scopo (inaudito! ad Udine si smantella ma questa proposta, che ha dell'ambiguo, lascia anche questa possibilità!?!)

Ove sia possibile le strutture devono essere reperite all'esterno (pubbliche, privato sociale, riconversione di case di cura neuropsichiatriche, ecc.).

Omissis: poche righe sull'Osservatorio Naz.le di Psichiatria, di non rilevante importanza, sono state estromesse dal testo

EX-OP e possono svolgere attività consultoriali di Day-Hospital in favore dell'utenza territoriale. Una volta esaurita la richiesta di degenza proveniente dagli EX-OP queste RSA possono ospitare persone con problemi geriatrici e di disabilità provenienti dal territorio.

Le RSA debbono avvalersi del Dsm per la gestione delle prestazioni psichiatriche:

-in quanto possono ospitare persone non degenti attualmente in aree ospedaliere psichiatriche non possono mai essere istituite presso edifici degli EX-OP;

- viceversa con assoluto divieto di nuove ammissioni possono essere riconvertiti temporaneamente in RSA gli attuali OP purché sia esplicitata la destinazione "ad estinzione o ad esaurimento delle strutture" e l'assoluto divieto di nuove ammissioni.

Possibilità di utilizzare LE RISORSE ECONOMICHE DEI PAZIENTI

Possono essere utilizzate per il superamento degli EX-OP ed in particolare per la realizzazione del Sottoprogetto Dimissioni.

In attesa dell'approvazione del progetto di legge sull'Amministrazione di Sostegno e senza dover ricorrere all'Istituto della Tutela o Curatela, si raccomanda che le Aziende Sanitarie in accordo con l'Ufficio del Giudice Tutelare, istituiscano uno specifico Ufficio di supporto ai pazienti non interdetti e che non siano in grado di amministrare i loro patrimoni (Ufficio Tutela), nominando un Amministratore Straordinario (ndr. faccenda molto pericolosa!) così come previsto dall'art. 35 legge 833/78. I beni personali dei ricoverati possono concorrere alla realizzazione di progetti di reinserimento sociale secondo le linee del P.O. 1994-96 e non al mantenimento negli EX-OP; in particolare queste risorse economiche possono essere destinate per tutto ciò che non rientra nei livelli uniformi di assistenza previsti per l'assistenza psichiatrica.