

**IN QUESTO
NUMERO SPECIALE**

**I MODELLI
TERAPEUTICI**

- capire cosa sono...
- quali le cure?
- come orientarsi?
- sostenere il progetto di Psiche2000
- mobilitarsi per ottenere strutture ed assicurare i trattamenti e cure

IL PROGETTO DELL'ASSOCIAZIONE PRESENTATO ALL'A.S. DI UDINE

L'Associazione presenta un progetto innovativo per la gestione di una struttura residenziale - Novello ci porta verso una psichiatria di monopolio

NUMEROSI sono stati i contatti e gli incontri con l'A.S., il Dott. Novello e le associazioni interessate per verificare la fattibilità del nostro progetto di cui l'autore è il Dott. Zucconò ed il preciso riferimento è la struttura di Musano (TV) visitata l'estate scorsa da un gruppo di familiari di Udine-Palmanova. Tutt'ora però tutti - ivi compreso l'Assessore Spadetto del Co-

mune di Udine, rimandano al Dott. Novelli che viene da Trieste e - ritratto di Basaglia alle spalle presso il suo studio a Udine - fornisce risposte vaghe ed insufficienti. La nostra proposta si rifà ad un modello ben preciso ed universalmente accettato, ma evidentemente il Dott. Novello è uno dei tanti teorizzatori Basagliano-Copernicani secondo i quali Trieste sta al centro

dell'Universo. Mi ricordo quel lungo articolo apparso sul *British Journal of Psychiatry* nel quale gli psichiatri inglesi dopo una visita in Italia affermarono che a Trieste vi è un modo di pensare rigido ed autoritario, chiuso alle novità. Scritto dieci anni fa, nel 1986, questo articolo conferma a distanza di tempo che tutto è immutato. E' chiaro che il Dott. Novello non sta sopra le parti nè accetta che nell'ambito della propria Azienda convivano due modi di operare diversi. In pratica è il fautore del monopolio psichiatrico di matrice Triestina: esistiamo solo noi, che siamo i bravi, voi non avete esperienza gestionale, ecc. questo in pratica traspare dalle prime risposte, molto deludenti. Non si tiene conto che l'Associazione potrebbe gestire una struttura residenziale ai sensi del DPR. dell'aprile 1994. E' ovvio che si vogliono favorire nella gestione le cooperative di Trieste e Pordenone, già con un primo appalto di 1,6 miliardi per 40 operatori a S. Osvaldo. Deludente e scandaloso, infine, che lo Stato consenta agli psichiatri spesso preposti alle decisioni di affidare appalti di essere iscritti e lavorare contemporaneamente nelle Cooperative implicite, quando a tutto il personale dello Stato è proibito lo svolgimento del secondo lavoro, ancor peggio soggetto a denuncia se questo implica rapporti con il pubblico impiego e per giunta nell'ambito della stessa materia.

Nella riforma della legge 180 Psiche2000 introdurrà alcune richieste per correggere queste aberrazioni ed impedire lo sviluppo di un monopolio culturale, politico ed economico che oggi è inaccettabile.

Bassa

Manca un responsabile e referente; si potrebbe fare di più

Dopo la morte di Gianna Parise, nostro socio attivista che ha lasciato un gran vuoto affettivo e che ricordiamo con immutata stima, la Bassa Friulana ha perso l'ultima persona che poteva effettivamente mantenere contatti e sollecitare le famiglie della associazione. Sono in corso dei contatti con alcuni soci interessati; riferiremo.

Nonostante la costituzione delle due strutture a Ronchis ed Aquileia, le famiglie non partecipano alle riunioni del Centro e molti ancora lamentano la mancanza di una adeguata assistenza.

Ad ottobre un lungo programma a Telefriuli ha illustrato le novità psichiatriche in Regione e a questo punto se in realtà le cose non sono così ottimali sarà necessario informare la stampa.

Un incontro del Presidente con il Dott. Tesei presso il CSM di Latisana si è tenuto a Settembre; il Presidente ha esternato le molte perplessità che hanno accompagnato la politica associativa degli ultimi anni.

Tutt'ora girandonei Centri si notano operatori che iniziano a lavorare tardi la mattina, sbadi-

Friulana

gliando davanti al telefono o al Messaggero Veneto.

E' probabile che la flessione di presenze dei familiari sia legata a mancate risposte sul piano pratico e a simili comportamenti che denotano un disinteresse. Se parte del personale ozioso venisse realmente impiegato per assistere i pazienti probabilmente le famiglie comprenderebbero meglio l'operato dei Centri.

Di fatto siamo ancora lontani da un vero rapporto collaborativo.

L'Associazione ha proposto la stampa in larga scala di un opuscolo - preparato interamente dal Presidente - che illustra le attività dei Centri, i campanelli di allarme che consigliano una visita ed altro intitolato *Prevenzione e Servizi*; ma finora nessuna risposta certa nemmeno per le discussioni da avviare su *6 problemi di pazienti e famiglie*. Atteggiamento di chiusura?!? Dopo le polemiche medici-associazione che hanno caratterizzato gli ultimi anni c'è da parte nostra un avvicinamento, a patto che siano chiari i modelli, gli intenti, il modo di operare e vi sia una maggiore comprensione e migliore assistenza. Le cose sono

migliorate, ma il modo di operare è ancora insoddisfacente.

I soci devono ricordarsi che secondo i medici e l'A.S. la nostra zona è privilegiata, disponendo di strutture non attivate altrove.

Se c'è qualcosa che non va è inutile lamentarsi via telefono con il Presidente - anzi - è necessario portare alla ribalta i problemi; diversamente viene data una cattiva informazione che viene creduta dall'opinione pubblica e le cose per noi non cambieranno mai. Dopo anni di nostre richieste manca ancora l'attivazione di una seria emergenza psichiatrica, si vociferano trasferimenti da S. Osvaldo a Sottoselva e le dimissioni delle pazienti (diversamente da quanto a noi promesso) ed altri disservizi (mancati ricoveri, risposte vaghe ed insufficienti, pazienti abbandonati a casa, frequenze non annotate ai corsi, ecc.). Non si tratta quindi di una lotta per le strutture (le abbiamo) ma contro la mentalità e modo di operare non condiviso. La "gara" a chi chiude prima i manicomi non deve tradursi nello scaricare nuovamente i pazienti in famiglia o in altre istituzioni, per motivi puramente economici. Tutte queste cose negative richiedono l'impegno diretto delle persone per migliorare l'assistenza.

Speciale: MODELLI ALTERNATIVI IN PSICHIATRIA

Che cosa sono i modelli? Cosa spiegano? Come si opera in psichiatria? Le riposte in questo articolo!

Un modello in psichiatria è un termine già difficile per molti familiari, ma consente di capire meglio il modo di operare nell'ambito della propria azienda sanitaria.

Che cos'è modello - Un modello spiega chiaramente come sono definite e studiate le malattie mentali e soprattutto come vanno curate.

Notoriamente un modello si rifà a degli studi avviati da psichiatri di fama internazionale ed agli effettivi risultati ottenuti

nell'ambito della sua implementazione. E' utile per i familiari capire quali siano i modelli seguiti dal medico cui affidiamo in cura il paziente.

Perché è importante conoscere il modello?

Il modello è in un certo senso il modo di porsi di un servizio o comunque di uno psichiatra, il quale mette poi in atto le azioni più idonee per curare e riabilitare i pazienti mentali.

Il modello - per semplicità - è il

modo di operare. Per fare un paragone, quando voi familiari vi trovate di fronte ad un chirurgo che deve operare un vostro parente ad un braccio, il medico seguirà un *metodo* di operare o ne preferirà comunque uno ad un altro. Ad esempio potrà intervenire con un bisturi o un laser, oppure attraverso altre modalità.

Pertanto è di importanza primaria conoscere il tipo di modello adottato da chi cura i nostri cari; da questo è possibile considerare l'operato e la sua validità.

Quali sono i modelli in psichiatria?

I modelli in psichiatria sono molti. Basti pensare che nel caso della depressione, esistono centinaia di modelli seguiti, che spesso tra di loro hanno delle piccole differenze. Semplificando, i modelli possono essere ricondotti a tre.

Freud, Kraepelin e Watson, famosi psichiatri del passato, rappresentano tre diversi modi di agire e sono gli ispiratori degli attuali modelli.

La valutazione

In tema di modelli va introdotto un importante discorso: la valutazione. Infatti un modello è efficace quando poi viene sottoposto a dei rigorosi test scientifici che ne attestano la validità. Per esempio sarà necessario verificare quanti sono i pazienti migliorati, quelli guariti, quelli tornati a vivere in comunità, ecc.

Essendovi svariati modelli comunitari le famiglie devono stare attente per capire qual'è il modello più confacente alle loro esigenze.

Specialmente in psichiatria c'è la necessità di chiarezza e trasparenza *in primis* da parte degli operatori.

Il modello più accreditato negli Stati Uniti è il PACT, l'unico sottoposto a molti test e rifiniture. Questo modello, che è molto simile a quello di Lieberman e Fallon, è stato sottoposto fin dagli anni '60 a numerosi tests. Un'ampia documentazione sul PACT è disponibile chiedendo un opuscolo alla associazione.

Flessibilità

Per essere veramente efficace un modello deve essere sottoposto continuamente a *rifiniture*, come nel caso del PACT, capaci di adattare il modello alle novità ed esigenze del momento.

Psicoanalitico

Detto anche *psicodinamico* Deriva dagli scritti dei Freud; molti autori psicoanalisti hanno portato aggiunte e modifiche alle idee originarie di Freud.

Il modello ha come centro di interesse la mente ed individua le cause della malattia mentale nella dinamica perturbata e nelle esperienze infantili.

Prevede metodi di studio quali l'introspezione (libera associazione delle idee, analisi dei sogni, ecc.)

Si prefigge di curare i disturbi leggeri (nevrosi e disturbi della personalità), agendo attraverso la psicoanalisi.

Questo modello - che può essere di utilità per i disturbi minori - attualmente negli Stati Uniti non ha un gran seguito in quanto numerosi malati mentali sono stati letteralmente *rovinati* da metodi psicoanalitici sbagliati che prevedono anche l'interruzione della terapia farmacologica con gravi rischi per il paziente.

Le accuse circa alcuni modelli psicoanalitici inadeguati o poco attinenti alla realtà, vengono dalle associazioni di familiari operanti negli Usa e da diversi esperti.

Biologico

Sostenuto da Kraepelin, uno psichiatra, si prefigge di studiare il cervello umano individuando le cause della malattia mentale negli squilibri biologici e/o chimici del cervello.

Come metodo di studio afferisce alle neuroscienze (neurochimica, genetica del comportamento) e vuole curare le malattie moderate e gravi (depressione, manie, schizofrenie).

Prevede un tipo di trattamento medico.

Ovviamente questo modello che appare interessante, in quanto molto probabilmente all'origine della malattia mentale vi è uno squilibrio chimico o biologico di base fornisce alcune spiegazioni. Infatti i farmaci - inclusi quelli dell'ultima generazione - sono sempre più affidabili ed efficaci ed hanno effetti collaterali minori.

La malattia mentale non può però essere curata in modo assoluto ed esclusivo con i farmaci e pertanto chi si attiene in modo assoluto a questo modello commette gravi errori. Infatti i pazienti necessitano di interventi farmacologici combinati con psicoterapia e terapie di risocializzazione.

Comportamentale

Ispirato a Watson ha come centro di interesse il comportamento ed individua l'origine delle malattie nelle abitudini apprese. Ha come metodo di studio lo sviluppo di esperimenti controllati (uso del condizionamento, ricerche su animali) e si prefigge di curare le malattie da leggere a gravi e prevede quali metodi di trattamento la modificazione del comportamento.

Al modello di base comportamentale si rifanno alcuni modelli sviluppati in seguito, come ad esempio il modello ispirato a *Liebermann e Faloon* che nell'ambito del nostro bollettino andiamo a spiegare in modo estensivo perché attualmente è accreditato in modo pressoché universale.

A tale modello si ispira in pratica gran parte della psichiatria americana, l'Istituto Nazionale Americano sulla Salute Mentale, numerose strutture italiane attivate ed operanti e l'associazione NAMI negli Stati Uniti. La combinazione di adeguata psicoterapia con saggi interventi farmacologici, nonché le terapie psicosociali e riabilitative sono la base di questo interessante modello.

CHIUSURA DEI MANICOMI ENTRO LA FINE DI DICEMBRE

Psiche2000 ha già incontrato Violante e fatto avere documenti al Min. Bindi. C'è un giornale di 4 pagine intitolato "Noi e i Manicomi"; sarà distribuito su vasta scala (giornalisti, politici, ecc.) chiedetelo chiamando lo 0432-672249. Previsti contatti con mass-media; scritto anche a Don Mazzi.

Dossier: QUALI SONO I MODELLI ITALIANI?

Negli anni '70 si diceva: chiudiamo i manicomi. E nessuno si preoccupava del "dopo". Oltre la battaglia antimanicomialista ne serve un'altra che spieghi alla gente come agire nell'interesse dei pazienti mentali.

Non è solo un problema di strutture mancanti ma anche di come si opera nei servizi.

La psichiatria italiana tradizionale è stata attaccata nei tempi meno recenti dal movimento antipsichiatrico di Basaglia. Tutt'ora esistono denunce e denunce di organizzazioni che poco lasciano a desiderare, come la chiesa di Scientology, operativamente più forte negli Usa ove le sette religiose sono più forti, dell'UCLA (Unione per le Libertà Civili) che si scontra più volte con l'associazione di familiari NAMI ed infine di alcune altre organizzazioni e leaders antipsichiatri.

L'antipsichiatria è ancora viva

In Italia il movimento antipsichiatrico trova il suo leader in Basaglia, che a capo di un folto gruppo di psichiatri italiani decide di andare all'arrembaggio ed abbattere la psichiatria tradizionale.

Nasce la febbre da manicomio: chiudiamo tutto ed in fretta, non importa cosa accadrà: ci sarà sempre qualcosa di meglio. E si arriva così alla promulgazione della legge 180 nel 1978 e poi a tutti i drammi legati alla mancanza di fondi. Giusto chiudere i manicomi, ma dopo?

I risvolti si son visti, eccome: pazienti abbandonati, altri suicidati e soprattutto il dramma delle nuove famiglie che, in mancanza assoluta (e prevedibile) di strutture ha causato danni enormi: abbandono dei pazienti – conosciuto ampiamente all'estero – cronicizzazione diffusa determinata anche dalla mancanza di servizi. E spesso, dove i servizi sono sorti, la malattia è stata negata e le famiglie lasciate in gravi difficoltà.

Modello "made in Italy"

Esiste un modello tutto italiano? Nel 1986 il *British Journal of Psychiatry* descriveva la stessa Psichiatria Democratica, l'associazione di medici di sinistra tutt'ora operativa, diversificata nel modo di fare ed operare post-180.

Primari che seguono un modello, altri medici che ne seguono un'altro.

Alcuni poi, vengono interrogati nel corso delle riunioni dei familiari e rispondono che *non si rifanno ad alcun modello*.

Per assurdo, sarebbe come rivolgersi ad un meccanico e sentirsi dire che lui opera l'auto senza aver studiato da alcuna parte o aver imparato un particolare metodo!

Basaglia, Cancrini, Pirella & company

Forse in luogo di company sarebbe meglio dire "e compagni", dato il taglio che è stato conferito alla psichiatria negli ultimi anni ed i numerosi collegamenti tra PCI ed ora PDS sulla questione psichiatrica e l'assoluta negazione di qualsiasi ritocco alla legge 180.

La legge 180 infatti andrebbe modificata in alcuni punti (vedasi i numerosi documenti di Psiche2000); essa infatti influenza i modelli e proprio alla luce di questi dovrebbe subire delle modifiche. Negli altri Stati mondiali sono state emanate - nel corso degli ultimi anni - numerose leggi che poi consentono in pratica di affinare i modelli e di rendere la legislazione più consona alle esigenze di pazienti e famiglie.

E' possibile una convivenza?

E' una bella domanda. Qui dovrebbe rispondere chi segue schemi rigidi e non presenta alcuna apertura culturale. E' possibile e significa riconoscersi a vicenda, non imporre ostinatamente le proprie idee.

Esistere anche accessi diversificati e forse un aspetto "concorrenziale" e non monopolista in grado di sollecitare chi la pensa in modo diverso a dare di più.

Doppio legame

Detto anche "doppio laccio", questo modello è stato ricopiato pari-pari dalle teorie di uno psichiatra americano, *Bateson*, che sostenne le gravi responsabilità della famiglia in un tipo di comunicazione errata.

Comportamento giudicato tutt'ora professionalmente scorretto ed inadeguato, che ha provocato veri e propri disastri nel passato.

Chi ha seguito queste teorie oramai screditate e sconfessate?

In Italia l'associazione di Psichiatria Democratica ha contribuito in modo determinante alla loro diffusione.

Anche se oggi molti non si proclamano più antipsichiatri - per ripensamento o senso di vergogna - gran parte di essi continuano in altri modi (es. riunioni dei familiari) ad incolpare i familiari, in maniere più sottili e subdole.

Gran teorico del doppio legame è stato il Prof. Cancrini - che di recente ha tenuto banco in un Convegno a Latisana sulla malattie psicosomatiche.

Chi vuol farsi un'idea deve leggere il libro *Verso una teoria della Schizofrenia*, che è la traduzione del testo di Bateson *Toward a Schizophrenia*

Theory. Fuller Torrey - che di recente di è scontrato in un faccia a faccia televisivo con Thomas Sasz, l'antipsichiatra americano tuttora vivo e vegeto che pensa che la malattia mentale non esiste, ha chiaramente scritto nel suo libro *Surviving Schizophrenia* dal quale abbiamo estratto il materiale per il nostro opuscolo "Schizofrenia: 6 importanti problemi", che il testo di Bateson è uno dei peggiori quattordici libri sulla salute mentale.

Così la pensano anche i familiari negli Stati Uniti e Torrey è il loro leader: anch'essi vogliono un trattamento comunitario, ma con precisi modelli e non con l'improvvisazione.

Che dire infine? Una sola considerazione: c'è bisogno di una psichiatria territoriale ispirata a modelli reali e provati e di nuovi leader tra i medici.

Come se ne sono andati i vecchi politici e tangentisti, anche questi medici devono lasciare il posto a chi è dalla parte delle famiglie.

Ed i familiari dovrebbero ricordarsi, infine, che il doppio legame - invece di spiegare la malattia mentale, è stato un capio al collo loro appeso da questi sconsiderati.

MA ESISTONO ANCORA MODELLI AUTORITARI

Non esistendo alcun modello assoluto - e naturalmente eliminati quei modelli antiquati e dannosi - non resta che informarsi in dettaglio sui reali modelli applicabili in campo psichiatrico.

In questo senso le esperienze di Basaglia e ciò che dopo è nato - ivi compresi i primi gruppi residenziali protetti avviati a Trieste molto tardivamente (1980) - costituiscono certamente la presa di coscienza di un possibile - anche se lento - cambiamento.

Bisogna fare i conti però con la negazione della malattia e le colpe ingiustamente attribuite. Un paio di anni fa in un programma televisivo si sono presentati alcuni operatori con un cartello "Non è una malattia"; nel 1993 Psiche2000 non è stata ammessa ad un programma a rai3. Soprattutto da Trieste viene il messaggio - interpretato correttamente nel *British Journal* e vissuto da familiari e medici, che deve esistere un solo modello, assoluto e rigido. Noi pensiamo invece che il paziente abbia diritto a scegliere, nell'ambito della propria zona, il tipo di cura e chi lo deve curare, così come accade nelle malattie fisiche.

Riforma della 180: Diverse proposte in discussione; anche una di RC!

Adesione a PSICHE2000

Dopo anni di ideologia, demagogia e lotte, ecco che sullo scenario della riforma della legge 180 si affaccia una proposta di Rifondazione Comunista....

Non abbiamo ancora degli elementi di valutazione in quanto tra non molto ci perverrà la proposta di legge di RC, ma il fatto che dalla sinistra - che ha sempre ostacolato qualsiasi modifica alla legge 180 - venga questa proposta fa riflettere sulla legittimità di tutte le battaglie di Psiche2000, Arap, Diapsi ed altri che sono state fatte negli ultimi anni.

Contemporaneamente vi sono altre proposte presentate. A Roma ad ottobre vi è stata anche una

audizione cui hanno partecipato varie associazioni: Psiche2000, Arap, ecc. per quanto riguarda la paventata chiusura degli ex OP: è pacifico che non potrà avvenire entro la fine dell'anno come prevede la legge, a meno che non si dimettano i pazienti anche se mancano le strutture esterne, così come capitato nella 180.

La proposta dell'Utsam di Palmanova è di creare un giornale sull'argomento, da inviare a cura di tutte le Associazioni a Parla-

mentari, autorità, ecc. Parliamo anche dell'UNASAM, l'altra associazione nazionale che raccoglie alcune organizzazioni di familiari e non vuole modificare la legge. Si è espresso in questo senso il CLP (comitato lombardo per la psichiatria), rifiutando anche la proposta di RC. Non ci sembra sensata questa risposta; nel contempo continuano i drammi delle famiglie di fronte alle irresponsabilità di operatori e vaghezza delle leggi sul trattamento.

Nuove e vecchie proposte in un documento di PSICHE2000

Il Presidente Tuveri si è fatto carico di alcune proposte, in relazione alle ultime novità regionali; speriamo vengano recepite da Psiche2000 ed integrate nelle varie proposte di modifica:

EQUIPARARE le associazioni di familiari e volontariato alle Cooperative per la salute mentale, sia per gli obblighi di legge che per le agevolazioni, nel caso dette associazioni si prendano l'onere di gestire una struttura.

FAVORIRE e tutelare le associazioni di familiari che vogliono gestire le strutture con il privato sociale e senza finalità di lucro, dando loro la precedenza negli appalti.

CHIARIRE il minimo standard previsto per ottenere la gestione di una struttura: garanzie, personale, ecc.

MODELLI TERAPEUTICI nell'ambito di ogni A.S. vanno tutelati più modelli terapeutici "in concorrenza" tra di loro. Differenti orientamenti possono migliorare la qualità della assistenza e combattere il nocivo monopolio.

CONFLITTO DI INTERESSI - Stop a medici che da una parte rivestono la carica di responsabili di Dipartimento e contemporaneamente lavorano nelle Cooperative. Nell'assegnazione di appalti costoro privilegiano le Cooperative nelle quali prestano servizio e

questo è inammissibile e vergognoso.

VOLONTARIATO - prevedere la deducibilità dalle tasse per chi versa a favore delle organizzazioni di familiari e volontariato, in una quota massima annua. Così si eliminano sprechi Statali, distribuzione di denaro pubblico legata a progetti inutili e si combatte realmente il clientelismo.

Per quanto riguarda la proposta di modifica di legge si richiama l'attenzione dei soci a quanto detto in passato con l'intenzione di inviare un giornalino - appena pronto - a coloro che ne fanno richiesta (telefono: 0432-672249).

DOPO alcune difficoltà legate alla incapacità di raggiungere i 2/3 da parte dell'Utsam, si è deciso che in seconda convocazione NON valgono i voti dei presenti che alla unanimità hanno aderito a Psiche2000. Niente adesione, quindi, secondo l'Avv. Appiotti che ci ha dato ascolto e consulenza gratuita. Per superare l'ostacolo ci vuole una modifica di Statuto, che il Presidente vuole proporre ai direttivi di Udine e Palmanova entro gennaio: lo Statuto infatti è inadeguato per diverse ragioni. Poi ci sarà la discussione nella prossima assemblea generale, entro febbraio, per approvare i conti del '96 e le modifiche: i presenti decideranno a maggioranza.

Il Presidente Tuveri parteciperà ad una riunione nazionale di Psiche2000 che si terrà entro la prima quindicina di dicembre, da tenersi a Padova. Nel corso della riunione si parlerà della organizzazione e delle iniziative per il prossimo anno, nonché dei rapporti con le altre associazioni.

Chiederemo alcune garanzie di funzionamento ed una nuova organizzazione; la situazione comunque langue ancora e speriamo che con il tempo possa modificarsi per favorire l'espansione di Psiche2000 ed una politica più forte.

Federazione

LUNGO ed estenuante dialogo tra le associazioni Diapsi, Psiche2000, Arap e altri: alcune persone sono cambiate ai vertici.

Per PSICHE2000 il Presidente Tuveri ha rinnovato le proposte e resta solo in attesa di un cambiamento di idee e vera collaborazione che fino ad ora si è limitata solo a qualche iniziativa.

Si potrebbe fare molto di più, ma spesso prevale l'orgoglio personale dei Presidenti.

Tuveri proporrà la nomina di un responsabile di PSICHE2000 che mantenga questi contatti; possibilmente una persona nuova dato che tra i vecchi soggetti politici sono sorti alcuni contrasti, insistendo su un programma unitario. Vedremo...

Incontri a Udine per un confronto

Per il Progetto proposto dalla nostra associazione abbiamo incontrato varie associazioni, tra cui anche quella legata all'UNASAM nazionale, organizzazione allineata con Psichiatria Democratica ed agli ambienti Triestini. DELUSIONE del Presidente nell'apprendere che non vi è intenzione di appoggiare il nostro progetto. Abbiamo proposto anche l'organizzazione di una campagna di promozione sulla salute mentale, da farsi insieme: è già pronto un nostro opuscolo completo che potrebbe essere stampato a cura dell'Azienda Sanitaria o Comune. Ci preme veramente sottolineare che anche questa idea non è stata tenuta in considerazione; un socio dell'altra associazione ci ha risposto "Tanto è già stato fatto: il Dott. Dell'Acqua ha scritto un libro". C'è una bella differenza tra un libro in vendita ed un opuscolo da distribuire a scuole, medici di base, farmacie, ecc. per una vera prevenzione!

Dopo un colloquio nel quale sono state affrontate diverse questioni, in pratica non è emerso proprio nulla né si è giunti ad una conclusione pratica. Questo per far capire ai nostri soci che NON è assolutamente vero che perseguiamo i medesimi scopi. Pensavamo che anche l'associazione di Udine fosse disposta ad una apertura mentale maggiore, scevra da condizionamenti e curiosa di sapere che al mondo esistono molte realtà diverse da quella Triestina. Anche una collaborazione per Internet non ha portato a risultati. Per una ennesima volta abbiamo potuto constatare che quel comportamento rigido tipico della psichiatria Triestina si è trasferito a Udine. I soci ne traggono le dovute conclusioni....

Rinnovo delle quote sociali: per le iniziative del prossimo anno sostenete l'Associazione!

MASSIMA TRASPARENZA
ed alcune note per l'anno 1996

L'associazione ha proseguito con costante impegno e dei costi l'opera di sensibilizzazione (Internet), rapporti con associazioni, ecc. Importante anche il progetto presentato a Udine.

Vi è da notare che alla data attuale il computer registra ben 140 indirizzi di familiari, prevalentemente distribuiti nella Provincia di Udine, dei quali solo 110 circa sono gli iscritti.

Ovviamente i restanti 30 circa vanno ad aggiungersi, in caso di mancato rinnovo della quota sociale, all'indirizzario degli scaduti (circa 200 persone cancellate negli ultimi sei anni).

INSIEME AL NOSTRO GIORNALINO ricevete anche un modulo di conto corrente postale da utilizzare per sostenere l'associazione. Per l'anno nuovo abbiamo intenzione di uscire con altri 4 opuscoli e, per l'adesione a Psiche2000 e le modifiche allo Statuto dovremo spendere almeno un milione di lire.

Tenete conto anche delle spese degli ultimi tre anni (vedi prospetto in questa pagina) e del 1996 che non hanno lasciato la possibilità di incamerare denaro. C'è bisogno di fondi per gli opuscoli, le spese telefoniche e le iniziative come Convegni, ecc. nonché una campagna di prevenzione che abbiamo intenzione di avviare.

La quota per l'anno in corso infatti è fissata in sole 50.000 lire annue. Ricordiamo a chi non può versare di effettuare un versamento inferiore oppure di chiedere l'esonero alla associazione; per far questo lasciate un messaggio alla segreteria telefonica 0432-672249.

CHI NON HA RISPOSTO in precedenza o non lascia un messaggio sarà cancellato purtroppo - diciamo così perché ciò ci dispiace - a fine febbraio. Infatti per un periodo di tempo ed a titolo promozionale inviamo gratuitamente dei documenti a tutti i soci.

CHI HA RICEVUTO UN AVVISO è già scaduto e qualora non versi a favore dell'associazione non sarà nuovamente registrato nel nostro computer né riceverà più posta.

CI DISPIACE IMMENSAMENTE CANCELLARE ALTRI FAMILIARI DALLA LISTA, ma dopo aver ricevuto il nostro materiale costoro dovrebbero capire che economicamente non riusciamo a sostenere i costi (elevati) per inviare loro gli opuscoli e coprire le spese. Guardate attentamente il prospetto a destra per farvi un'idea dei costi di gestione!

BILANCIO CONSUNTIVO DEGLI ANNI 1993-95

ENTRATE

- Contributi da Privati, ecc. 2.777.580
 - Quote iscrizione dei soci: 10.724.000
 - Varie: 18.592
- TOTALE ENTRATE: 13.520.172

USCITE

- Acquisto apparecchiature d'Ufficio: 4.405.300
- Acquisto libri e mat.informativo: 248.100
- Affitto sale riunioni/convegni: 32.500
- Fotocopie: 1.903.080
- Iscrizione ad Ass.ni Naz.li 60.000
- Marche da Bollo, pubblicità: 55.000
- Rappresentanza: 407.050
- Cancelleria: 959.500
- Telefoniche: 2.576.000
- Tipografiche: 320.000
- Valori bollati: 3.801.150
- Varie: 285.900

Disavanzo gestione anno precedente:
lire **2.307.276**
Differenza Entrate-Uscite 93-95:
lire **-1.533.408**
Residuo cassa al 1-12-1995:
lire **773.868**

Approvato dall'assemblea del 28 settembre 1996.

VUOI ABBONARTI
AL NOSTRO BOLLETTINO?
A domicilio riceverai
periodicamente gli opuscoli,
tutto il materiale
e le convocazioni.
Contattaci al numero
tel. 0432-672249

MONOPOLIO

In un convegno Veneto il 18 ottobre è stato affrontato un argomento che sta a cuore a molte Cooperative: la possibilità di **ISTITUIRE UN ALBO REGIONALE DELLE COOPERATIVE ACCREDITATE** dal quale l'A.S. può permettersi di scegliere liberamente le Coop. alle quali assegnare i servizi.

Questa proposta ci trova realmente **CONTRAPPOSTI**. Infatti attualmente le convenzioni vengono stipulate previa **GARA DI APPALTO**.

A favore di questo sistema si è dichiarato il Dott. Novello, responsabile del DSM di Udine. Sono proposte che non ci piacciono e che lasciano intendere che gli assegnatari delle convenzioni siano sempre quelli, anzi che essi abbiano proprio il **VERO MONOPOLIO DI GESTIONE**

QUANT'E'

per legge. Qualcuno ha commentato: "si tratta di rispolverare vecchie e nocive abitudini tipiche della prima Repubblica". E non ha torto.

L'albo in pratica costituirebbe di per sé un elenco di *elitenel* quale sarebbe difficile entrarci.

Un esempio? Il progetto-obiettivo per la salute mentale 1994-96 prevede per l'appunto che la gestione delle strutture può essere assegnata alle organizzazioni di familiari o volontari.

E' ovvio che le associazioni non potrebbero essere inserite nell'albo né avrebbero alcuna possibilità di "partire" ovvero di farsi la gavetta e quindi di assumere le abilità necessarie a gestire una struttura.

Più che guardare all'Ente si dovrebbe guardare all'aspetto tecnico ed alle prestazioni fornite

BELLO!

nella realtà dei fatti. Penso che le associazioni dei familiari che gestiscano una struttura facciano un gran passo in avanti. Dopo tante parole su presunti "lucri" ed interessi che ruotano attorno ad alcune Cooperative, il fatto di gestire una struttura come associazione di familiari dovrebbe essere una garanzia per tutti, A.S. compresa.

Naturalmente la gestione è amministrativa e non tecnica e gli stessi devono individuare gli operatori ed il modello più idoneo per implementare la struttura.

Questo passo l'Utsam di Palmanova-Udine lo ha già compiuto, ma evidentemente da parte dell'A.S. non vi è l'interesse a sottrarre denaro alle Cooperative; a "torta" andrebbe suddivisa tra più persone e questo a qualcuno non piace. Nel corso di un

paio di colloqui il dott. Novello ha espresso numerose perplessità ed ha negato in pratica la validità della nostra proposta, peraltro tirando in ballo alcune cose in maniera abbastanza imprecisa. Circa la paventata "impreparazione" della associazione che "non è accreditata" si è dimenticato che il Prof. Michielin, Presidente Naz.le dell'Ordine degli Psicologi e dirigente della Struttura di Musano (TV) è ben felice di darci una mano per organizzare una simile struttura a Udine. Il Dott. Novello ha fatto finta di non sentire che a Verona esiste una struttura gestita con dei volontari e per conto di Psiche2000.

Ora il confronto è aperto e nei prossimi tempo verificheremo se le cose possono cambiare ed il nostro progetto recepito.

L'indagine: Il modello di Lieberman e Fallon

Nato nel 1984 costituisce la più accreditata, semplice ed universale spiegazione oggi possibile per le malattie mentali: un substrato biologico sul quale si innestano eventi stressanti ed altri fattori (multifattorialità)

TESTO DEL DOTT. PAOLO ZUCCONI - La Struttura proposta dall'Utsam/Psiche2000 di Udine nella sua operatività fa riferimento in particolare alle seguenti esperienze terapeutiche di trattamenti integrati che sperimentano da anni con successo il modello teorico di Lieberman e Fallon all'interno di una più ampia sperimentazione di orientamento cognitivo e comportamentale già sviluppato ampiamente nell'ambito della cultura anglo-americana:

- Il Centro Psico-Sociale di Milano (G.F.Goldwurm, I. Fernandez, F. Mastrangelo, A. Meneghelli, M.D. Vergani, 1988, *Comprehensive treatment for chronic schizophrenics and their families*, Behaviour Therapy World Congress, Edimburg);
- Il Centro per la riabilitazione delle psicosi di Passirana di Rho -Mi- (G. De Isabella, G. Rezzonico, 1984, *Giovani psicotici e nuova cronicità: aspetti dell'intervento di un Centro di riabilitazione*. Atti del Congresso "Nuove prospettive nelle scienze del comportamento", Messina);
- La Struttura di riabilitazione psico-sociale di Musano -TV- (P. Michielin, E. Di Giorgi, 1988, *La riabilitazione degli psicotici*, Piccin, Padova).

Simili strutture sono state avviate in numerose altre parti d'Italia; per una documentazione completa chiamare l'Associazione. L'Associazione ha già visitato la vicina struttura di Musano apprezzandone l'operato ed il personale impiegato.

LA RIABILITAZIONE SECONDO GLI ORIENTAMENTI DELLA STRUTTURA - Esperienza comune di tutti gli operatori psichiatrici quella di trovarsi di fronte a pazienti che, oltre a presentare la serie di sintomi caratterizzanti la loro patologia, descrivono la loro vita come vuota ed improduttiva, assolutamente priva di quell'insieme di abilità e strategie necessarie alla conduzione di un'esistenza più soddisfacente. La scomparsa dei sintomi produttivi, tramite specifica farmacoterapia, non è però sufficiente a permettere al paziente una vita in cui possa realizzare anche le minime aspirazioni, quali trovare e mantenere un lavoro, allacciare rapporti sociali ed affettivi, ecc... in quanto non possiede abilità competitive, cioè soddisfacenti, per la società esterna. La riabilitazione nell'ottica di questa Struttura consiste nel migliorare l'articolazione sociale dell'individuo nel suo ambiente, cioè insegnare, secondo i principi dell'apprendimento propri della terapia cognitiva e comportamentale, un repertorio di abilità competenti di tipo pratico (capacità strumentali connesse con la vita quotidiana), interpersonale (capacità di sviluppare relazioni

significative e soddisfacenti con gli altri) ed intrapersonale (intese come capacità di mettersi in relazione con i propri pensieri ed emozioni ed entrare anche in relazione con i pensieri e le emozioni degli altri) che gli permettano l'inserimento competitivo:

1) a casa; 2) sul lavoro; 3) nei rapporti sociali; 4) nella cura di se stesso e nell'autosufficienza.

L'intero processo di riabilitazione comincia quindi con la valutazione dei deficit di disabilità molar e molecolari nelle quattro aree della vita del paziente cui segue la valutazione e l'identificazione delle competenze sociali necessarie al paziente per vivere in dette aree.

MODELLO MULTIFATTORIALE DELL'INTERAZIONE TRA VULNERABILITÀ, STRESSORS ED ABILITÀ SOCIALI

VULNERABILITÀ BIOPSIKOLOGICA

- disattività fisiologica
- disturbo del meccanismo centrale del filtro nervoso nella reazione d'orientamento
- disfunzione dell'attenzione
- disturbo nell'elaborazione delle informazioni

STRESSORS AMBIENTALI

- eventi stressanti comuni o insoliti
- contraddizioni economiche, professionali e sociali
- famiglie ad alta EE
- alterato input informativo
- errato sistema di rinforzi



DEFICIT DI ABILITÀ SOCIALI

- disabilità della vita quotidiana
- disabilità nella comunicazione verbale e non verbale
- deficit di previsione
- deficit nel risolvere problemi
- difficoltà nel fronteggiare gli stress

(da: G.F.GOLDWURM et al., 1987, I disordini schizofrenici, La Nuova Italia Scientifica, Roma)