



Pensioni di invalidità: attenti alle scadenze!!!

La Finanziaria 1997 dispone all'art 1 comma 248 che "Gli invalidi civili titolari di indennità di accompagnamento o chi ne ha la tutela sono obbligati, entro il 31 marzo di ciascun anno, a presentare alla prefettura, al comune o alla USL del territorio, una dichiarazione di responsabilità ai sensi della l. 4/1/1968 (autocertificazione), relativa alla sussistenza o meno di uno stato di ricovero in istituto e in caso affermativo se a titolo gratuito, ai fini dell'art. 1 L.11/2/1980 n. 18.". Pertanto chi ha un parente ricoverato deve compilare ed inoltrare questa dichiarazione; la Prefettura o il Comune recapitare i moduli a domicilio; l'associazione offre la propria disponibilità nel caso del mancato recapito.

Il comma 249 prevede che "gli invalidi di cui al comma 248 (appena illustrato) e gli invalidi civili titolari dell'assegno mensile di cui alla L. 30/3/70 n. 118 (invalidi civili parziali e totali), sono tenuti a presentare alle prefetture, al comune o alla USL una analoga dichiarazione relativa alla permanenza dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento, di cui all'art. 19 L. 2/4/1966 n. 482."

Dovete quindi verificare se a casa avete un certificato di iscrizione alle liste speciali di collocamento, tenute dall'Ufficio Prov.le del Lavoro di Udine. Se non l'avete andate alla locale Sezione Circo-scrizionale dell'impiego (ex-Collocamento) per un controllo; se non siete iscritti l'ufficio provvederà all'iscrizione inoltrandola domanda all'Ufficio Provinciale di Udine. Se invece avete già il certificato, dichiarerete la vs. posizione al momento di compilare il modulo che vi perverrà dalla Prefettura, Comune o USL (non è chiaro per legge chi recapiterà il modulo).

Ricordiamo che la mancata registrazione comporta la revoca della pensione e fa scattare una immediata verifica della sussistenza delle condizioni di invalidità. I disabili intellettivi e i minorati psichici, tra i quali dovrebbero rientrare i malati mentali, sono obbligati a produrre in sostituzione della dichiarazione di responsabilità di cui ai commi precedenti (248 e 249) un certificato medico (rivolgersi al CIM). Il certificato è valido per tutta la durata in vita dei soggetti interessati.

Per gli invalidi il cui handicap **non consente di autocertificare responsabilmente** è fatto obbligo di presentare il certificato medico dai rispettivi tutori o rappresentanti (se interdetti).

Siccome può verificarsi che alcuni pazienti non riconoscano il proprio stato di malattia mentale, rifiutandosi di chiedere il certificato o inoltrarlo, i familiari devono attivarsi presso il locale Centro per il rilascio del certificato; chiedete che nel medesimo lo psichiatra attesti che il soggetto non è in grado di provvedere all'espletamento della pratica.

Per qualsiasi problema l'associazione offre l'aiuto (tel. 0432-672249 o contattare i referenti).

Aiuti per famiglie: attenti in primavera!

Normalmente ogni anno, a partire dal mese di marzo, ogni Comune devolve alcuni fondi alle famiglie che assistono persone handicappate o in difficoltà. Attenzione a non perdere queste opportunità offerte da una legge regionale per la tutela della famiglia. Negli anni scorsi i termini per le domande sono stati aperti *apposta* per soli quindici giorni ed anche in piena estate. Tenete d'occhio le bacheche comunali!

Non piace alla Rete il nuovo progetto-obiettivo 1997-2000

Dura presa di posizione della rete nazionale Psiche2000 contro il nuovo Progetto-Obiettivo Nazionale, con l'invio di un documento in oltre 400 copie a Parlamentari, gruppi politici, partiti, associazioni. La Rete di Psiche2000 contesta apertamente il progetto che è la riproposizione della vecchia politica: si parla per una ennesima volta di standard operativi e di strutture, non bastassero tutti i piani regionali in materia ed il precedente progetto. Psiche 2000 punta il dito sul fatto che il progetto non affronta minimamente la questione delle

responsabilità degli operatori e della società in genere verso i malati mentali. Mancano finanziamenti vincolati e finalizzati, sanzioni e responsabilità per gli inadempienti; mancano le commissioni di controllo Regionali e scarsa importanza viene data alla ricerca scientifica ed alla preparazione degli operatori. Ci sono infatti intere regioni inadempienti con servizi minimi o sotto il livello o meglio inesistenti. Molti ex-Ospedali nei fatti non verranno chiusi, bensì ristrutturati (anche a riprova del fallimento della deistituzionalizzazione, ndr.).

Manca anche una legislazione che si occupi della reale presa in carico del malato che rifiuta le cure e sancisca l'obbligo delle visite domiciliari. Paradossalmente mancano strutture e servizi indirizzati alla *popolazione dimenticata* (vedi pag. 3 di questo bollettino) e che sappiano tutelare il malato grave e cronico: prima di morire i genitori vogliono sapere come e dove vivranno i loro cari. Infine c'è il trattamento obbligatorio, vago e farraginoso, che lascia spazio a discusse interpretazioni, garantendo nei fatti la reiterazione delle sofferenze di tutti, pazienti e famiglie.

DISTURBI D'ANSIA

Da questo mese è in distribuzione questo prezioso opuscolo: gratis per i soci chiamando allo 0432-672249.

Tutto su: ansia generalizzata, attacchi di panico, disturbi ossessivo-compulsivi, stress post-traumatico.

Ha collaborato alla stesura il Dott. Zucconi, che ringraziamo di cuore.

Trattamenti obbligatori Risultati positivi ed incoraggianti

(November - Outpatient Civil Commitment helps) di Mark R. Munetz, M.D., Thomas Grande, M.A., Jeffrey Kleist, Ph.D., Gregory A. Peterson, M.D.

Uno studio negli Usa riporta i primi dati di un trattamento extraospedaliero obbligatorio attuato su un gruppo di 20 pazienti con storie di ricoveri ospedalieri ricorrenti, rifiuto di sottoporsi alla terapia e scadente risposta ai trattamenti. Nei primi 12 mesi nei quali il trattamento extra-ospedaliero (ndr. con l'obbligo di *frequenza come chiede Psiche2000*) è stato attuato è stata notata una significativa riduzione nelle visite da parte del servizio psichiatrico di emergenza, nella riammissione in ospedale e nel periodo del ricovero. Il confronto è stato fatto con i precedenti 12 mesi prima dell'inizio del trattamento. I pazienti hanno incrementato in maniera significativa gli appuntamenti mantenuti con gli psichiatri.

La conclusione è che se viene utilizzato con giudizio, il trattamento extraospedaliero obbligatorio è uno strumento utile per ridurre le recidive e mantenere i pazienti nella comunità.



Il Lumino: una delle lampade per la Light Therapy, utilizzabile a casa e nel tempo libero.

Disturbi SAD curarsi con la luce

Da qualche anno se ne parla, specialmente per i disturbi SAD; questo termine, tradotto letteralmente significa *triste*; un tocco di bravura per chi lo ha coniato in americano.

SAD è l'acronimo di disturbi affettivi stagionali, ovvero una serie di disturbi che colpiscono buona parte della popolazione.

Alcuni studi dimostrano infatti che alcune forme di depressione sono curabili con una forte illuminazione (*Light Therapy*) che simula quella solare, per una durata di 30 minuti giornalieri.

Una cura praticabile a domicilio che non presenta particolari controindicazioni salvo per i malati di retinopatia.

In commercio vi sono numerosi modelli di lampade da studio, con costi che variano dal milione e mezzo fino ai sei milioni.; vengono fabbricate in Europa e Usa. Le lampade prodotte sono disponibili in vari formati: da tavolo o portatili (come il *Lumino* sopra illustrato). Quelle da tavolo sono le più costose e vengono utilizzate nell'ambito degli studi degli psicoterapeuti.

La luce emessa varia da 2500 a 10.000 lumen ed il paziente può muoversi e svolgere anche le faccende domestiche.

Questa cura non è molto diffusa in Italia; le lampade sono costose e il Dott. Zucconi (tel. 0432-233006) sarà il "pioniere" locale in Friuli, intenzionato a praticare queste terapie, sempre più diffuse all'estero, che ricordiamo hanno effetto se combinate con altre modalità (psicoterapia, ecc.).

RICERCA FARMACOLOGICA 64 nuovi farmaci in dirittura di arrivo

Ci sono nuovi 64 farmaci in fase di sviluppo, destinati al trattamento delle malattie mentali. Secondo una nota della americana Pharmaceutical Research and Manufacturers dal 1994 ci sono nuovi 18 farmaci a disposizione. L'industria stima che nel 1996 le compagnie hanno investito circa 3 miliardi di dollari nella ricerca farmacologica sul sistema nervoso centrale. Questo investimento è secondo solo agli stanziamenti che le compagnie farmaceutiche hanno destinato alla cura contro il cancro. I nuovi farmaci in sviluppo riguardano: 17 farmaci per la schizofrenia e le psicosi, 13 per la depressione e la depressione maniaca, 12 nuovi farmaci contro i disturbi dell'ansia. L'associazione diffonderà notizie aggiornate nei prossimi mesi: l'uscita di nuove molecole, come annunciato in *Science & Research*, risolverà probabilmente molti problemi, in quanto i nuovi prodotti - secondo alcuni esperti - saranno dieci volte migliori e presenteranno meno effetti collaterali, perché agiranno selettivamente sui soli neurotrasmettitori responsabili delle malattie mentali.

Schizofrenia e sistema immunitario

A S. Diego è attivo un programma di ricerca psicofarmacologica della UC, per verificare possibili collegamenti tra la Schizofrenia e il sistema immunitario. Il referente è Shannon Chavez; il Dipartimento di Psichiatria UCSD/VAMC pare abbia identificato un sottogruppo di schizofrenici la cui costellazione dei sintomi pare sia legata a problemi immunitari. Se così fosse, nel futuro sarà possibile individuare la malattia negli stadi iniziali e predisporre trattamenti più efficaci.

Disturbi OCD Uno studio sull'interazione Luvox-Caffeina

Nonostante la caffeina venga assunta regolarmente da molte persone, essa è una specie di farmaco psicoattivo che interagisce con altri agenti psicotropici.

In un recente studio condotto su volontari normali è stato scoperto che l'inibitore del rilascio della serotonina (SSRI) può elevare sostanzialmente i livelli di siero della caffeina nel sangue.

Gli studi condotti dagli autori hanno riguardato alcuni pazienti che continuano ad ingerire lo stesso quantitativo di caffè, té o coca cola ed hanno portato alla conclusione che l'associazione farmaco-caffè è causa della intossicazione da caffeina.

(Biological Therapies in Psychiatry Newsletter, Nov. 1996)

BORDERLINE La speranza è nei nuovi farmaci

Gli studi biologici effettuati su pazienti borderline dimostrano che c'è uno squilibrio nella produzione di serotonina, dopamina e altri neurotrasmettitori. Gli inibitori MAO (Monoamina ossidasi), alcune molecole presenti in diversi farmaci, si sono rivelati utili per aiutare i pazienti borderline; questi farmaci però possono aumentare il peso corporeo e generare problemi a carattere sessuale nonché essere letali se assunti in combinazione con gli stimolanti o con gli alimenti che contengono la tyramina.

I Neurolettici in dosi basse sono utili a breve termine per diminuire i disturbi del pensiero, specialmente la tendenza ad interpretare in modo distorto ciò che gli altri dicono e ridurre l'odio o progetti di ostilità verso terzi.

Il più recente neurolettico atipico, la *clozapina*, può aiutare i pazienti più gravi e disturbati a controllare il comportamento aggressivo e gli abusi di sostanze. Un trattamento più specifico per i borderline è stato introdotto di recente con la *fluoxetina* (Pozac), il *sertralina* (Zoloft) e la *paroxetina* (Paxil). L'associazione dispone di molto materiale in merito. Alcune persone hanno contestato questi farmaci dicendo che essi cambiano la personalità del paziente; queste molecole però si sono dimostrate utili per ridurre la collera, l'impulsività e l'instabilità di umore.

L'alleanza terapeutica, attraverso un processo psicoterapico attuato da un esperto, è migliorata per merito di questi farmaci. Queste molecole (SSRI) sono utilizzate anche per trattare i disturbi ossessivo-compulsivi in quanto essi agiscono riducendo le ossessioni che affliggono i pazienti; sono utilizzate con successo anche per i borderline che presentano i medesimi sintomi.

Alcuni nuovi antidepressivi sono ancora sotto test, come la venlafaxina e il nefazodone; speriamo siano efficaci per curare questi pazienti.

La cura con le molecole enunciate (SSRI) può essere comunque insufficiente per diversi pazienti borderline, soprattutto nei primi stadi di trattamento.

Questi pazienti possono necessitare di benzodiazepine per curare l'ansia, l'inquietudine e l'insonnia. Per quanto riguarda l'assunzione dei farmaci vanno prese alcune precauzioni perché i soggetti borderline tendono, più facilmente di altri, a sovrautilizzare i farmaci o ad utilizzarli male (p.es. in dosi più basse di quelle prescritte).

I pazienti borderline nei quali l'umore varia rapidamente dalla depressione ad una elevazione insolita possono essere aiutati con farmaco per stabilizzare l'umore come il litio, il valproato o la carbamazepina.

Basse dosi di neurolettici possono ridurre la distorsione della realtà e comunicazione.

(Harvard Mental Health Letter, settembre 1996).

SCHIZOFRENIA

Vite in pericolo causa l'insensibilità al dolore

Una ricerca del Dr. Roberto H. Dworkin del Medical Center Columbia Presbyterian in New York, ha presentato alcuni risultati di ricerche sugli individui affetti da schizofrenia che diventano insensibili ai dolori fisici, associati a malattie o danni.

Un ricercatore ha scoperto che il dolore era assente nel 21 per cento dei pazienti affetti da schizofrenia ed sofferenti a causa di una ulcera peptica perforante e nel 37 per cento di quelli affetti da appendicite acute. Tra un gruppo di pazienti malati di schizofrenia che hanno subito un infarto, solo il 18 per cento ha accusato dolori, mentre il 90 per cento delle persone che sono normali accusano forti dolori.

I ricercatori hanno studiato un campione di schizofrenici scoprendo che un terzo di essi sono morti a causa di un infarto al miocardio del quale non lamentavano dolori. Questa ridotta sensibilità al dolore è stata rilevata in altre condizioni mediche: fratture, ustioni di terzo grado, cancro, ulcere peptiche e artrite.

I medici chirurghi rivelano che gli schizofrenici raramente si lamentano quando le ferite vengono suturate o a causa di dolore post-operatorio. I ricercatori hanno osservato un campione di 31 bambini affetti da schizofrenia per un periodo da 1 a 3 anni, notando che i bambini dimostravano "reazioni diminuite o assenti" ai danni fisici che causavano normalmente dolori nei bambini sani, come ad esempio tagli, scoattature, infiammazioni o cure dentali.

L'insensibilità al dolore può avere gravi ripercussioni sulla vita dei pazienti e sulla loro salute fisica. Siccome il dolore è il sintomo di una malattia, l'insensibilità può ritardare il riconoscimento della medesima, ritardando la diagnosi e il trattamento.

Per spiegarsi meglio, il dolore è un segnale di avvertimento; diversamente siamo più vulnerabili alle malattie o alle gravi infezioni. Una ridotta sensibilità al dolore sembra sia collegata ad un comportamento auto-lesionista ed agli incidenti di automutilazione che si verificano in alcuni pazienti schizofrenici. L'insensibilità molto probabilmente fa in modo che gli schizofrenici senza casa (homeless) siano in grado di affrontare meglio la vita in stato di abbandono, ma è molto più probabile che essi siano vittime di incidenti o lesioni data la loro maggiore vulnerabilità.

(Da Schizophrenia Bulletin, vol. 20, n. 2, 1994).

La popolazione dimenticata

Di Curtis B. Flory e Rose Marie Friedrich, due attivisti AMI.

C'è una crescente evidenza che c'è un sottogruppo di persone sofferenti a causa di gravi malattie nelle quali i sintomi sfuggono ai trattamenti o alla riabilitazione e che possono richiedere un intervento a lungo termine. Questa popolazione è composta da quei pazienti che soffrono a causa delle forme più gravi, disabilitanti e croniche di gravi malattie mentali. Il termine "popolazione dimenticata" è appropriato per questo gruppo perché i loro bisogni sono stati sottovalutati nel ridimensionamento degli ospedali e nei piani di implementazione dei servizi psichiatrici territoriali. La deistituzionalizzazione non è una novità ed è proseguita senza tregua fin dalla metà degli anni '50. Sebbene abbia agito con successo con diversi malati psichiatrici per altri è stata invece un tragico fallimento.

L'evidenza del fallimento di questo sistema è apparente e consiste nell'incremento - tra i malati mentali - degli homeless, del suicidio e degli atti di violenza. I malati nei quali la deistituzionalizzazione ha fallito sono stati riammessi negli ospedali (ndr: in Italia in case di cura private ed ospedali giudiziari). E' facile trovare persone che sono state ospedalizzate 20 volte o più nel giro di 10 anni. Tragicamente le carceri ospitano più persone con disturbi mentali di quante non ne siano ricoverate negli ospedali psichiatrici.

Nei primi anni '50' le nuove filosofie di trattamento furono introdotte con l'enfaticizzazione di un trattamento (ospedaliero) a breve termine e di trattamenti basati in ambito territoriale.

Sfortunatamente il vasto numero di strutture e servizi territoriali necessari a gestire le persone malate di gravi malattie mentali non sono mai stati sviluppati (ndr: in Italia li attendiamo invano da oltre 18 anni).

Così negli stati uniti l'interpretazione di legge sul fatto che [le cure debbono essere intraprese nell'ambito di] "un ambiente che sia il meno restrittivo" hanno portato (ndr: come in Italia del resto) a delle interpretazioni secondo le quali ai sofferenti deve essere garantita una vita indipendente, senza considerare se tale decisione è giustificata da questioni

di tipo clinico o umanitario.

Le famiglie iscritte alla NAMI hanno espresso grave preoccupazione sull'impatto che la deistituzionalizzazione ha avuto e sulla inadeguatezza delle risorse territoriali per le cure a medio termine dei parenti ammalati, riferendosi ai servizi ove erogare cure intensive, per diversi soggetti necessarie per tutta la vita.

Nel 1990 circa un quarto delle famiglie avevano un parente che viveva in un ospedale statale o in una residenza. Quattro anni dopo, nel 1994, una ricerca di NAMI ha notato una crescente preoccupazione circa l'accesso ai trattamenti ospedalieri e cure residenziali ed anche un interesse sulla qualità delle cure erogate in questi servizi. Un commento da parte di una madre frustrata ed abbattuta descrive con chiarezza il dramma di questa popolazione: "Mio figlio è ammalato di schizofrenia da 20 anni circa. Durante la sua malattia si è mosso nel sistema di servizi per 62 volte, con 23 ricoveri". E' stato arrestato numerose volte ed ha vissuto in strutture più o meno protette e per strada almeno 6 volte. Lui soffre a causa di problemi nell'abuso di sostanze e gli è stata diagnosticata una epatite ed una infezione. Noi non abbiamo alcuna speranza per il futuro".

Nonostante ci sia un accordo a livello generale che circa il 2.8% della popolazione adulta negli USA soffra a causa di gravi malattie mentali nel corso di un dato anno, un conteggio più accurato circa la "Popolazione dimenticata" non è per il momento disponibile. I programmi per progettare l'allocazione delle risorse richiedono che siano indirizzati a tale popolazione che non risulta essere riconosciuta. Una stima accurata sulla natura e sulla dimensione del gruppo è molto critica circa i servizi da attuare e la soddisfazione dei bisogni.

Sfortunatamente nel corso delle discussioni e ricerche, l'esistenza di questa popolazione vulnerabile è stata negata; le persone sono cadute vittime di una guerra ideologica tra chi si batte per l'integrazione a livello territoriale e chi difende gli ospedali psichiatrici. La maggior parte delle persone che soffrono di gravi disturbi mentali, con appropriate dia-

gnosi, trattamenti e riabilitazioni possono condurre una vita relativamente normale e produttiva nell'ambito della comunità di appartenenza.

Comunque ci sono altre persone che a causa della natura del loro disturbo sono incapaci di integrarsi pienamente nella comunità. I malati mentali più gravi sono stati dimenticati non solo dalla società, ma anche da coloro che si sono eretti a difensori nel campo della salute mentale, politici ed operatori sanitari.

Questa penosa situazione ha costretto gli autori a dedicare alla popolazione una approfondita loro ricerca per comprendere meglio l'entità ed i bisogni di queste persone. Le nostre ricerche suggeriscono che circa ogni cinque persone sofferenti di gravi malattie mentali una appartenga a questa categoria. Le loro caratteristiche sono: una diagnosi primaria di schizofrenia, una secondaria riguardante altri disturbi che spesso non vengono trattati, l'abuso di sostanze, il non consenso a curarsi e/o la mancanza di risposta ai farmaci psicotropi ed alta incidenza circa il suicidio.

Questi argomenti saranno oggetto di approfonditi studi sulla "Popolazione dimenticata", tramite il follow-up a lungo termine.

Gli Autori:

ROSE MARIE FRIEDRICH, MA, RN, Prof. Associato nel Nursing College dell'Università di Iowa. L'oggetto del suo insegnamento è il tipo di cura a lungo termine per gli utenti affetti da gravi malattie mentali. Socio dell'associazione AMI Iowa è un grande attivista; collabora in numerosi progetti di ricerca sui malati più gravi.

CURTIS B. FLORY III, MBA, è Presidente della Zircon company, che sviluppa e commercia computers e software. Vice Presidente della BASF, una delle maggiori compagnie chimiche multinazionali. Ha perso un fratello schizofrenico nel 1987 e da allora è diventato socio attivo di NAMI.

Curtis B. Flory and Rose Marie Friedrich hanno ricevuto nel 1995 il riconoscimento "NAMI Outstandig Member".

Resoconto dell'assemblea del 4 gennaio

Modifiche Statutarie

sono state approvate all'unanimità: chi non era presente può chiedere una copia del documento. In conseguenza delle modifiche è stato rinnovato il direttivo precedente che ora dura tre anni.

Progetto del Dott. Zucconi

Il progetto ufficialmente è stato respinto dalla A.S.; dalle risposte della A.S. emerge chiaramente che l'autore della lettera è il Dott. Novello. Una prima considerazione di forte delusione circa l'operato della A.S., chiusa a nuovi modelli di cura e probabilmente rivolta a difendere solo gli interessi delle Cooperative già consorziate, nonostante la situazione scandalosa già illustrata in precedenza da noi.

Rapporti con Psiche2000

Siamo in attesa di un confronto: il Presidente, qualora non si raggiunga un accordo per migliorare l'organizzazione e l'operatività, proporrà l'interruzione dei rapporti.

L'unica associazione della rete che collabora è quella di Conegliano, che ha replicato con ottimi risultati le iniziative Utsam.

Informazione: si cambia!

Dopo il successo di *Science & Research* (chiamate 0432-672249 per una copia), pensiamo di pubblicare periodicamente nuovi articoli scientifici direttamente nei prossimi *Progetto Psiche*; 6 numeri previsti per il 1997.

Sono previsti altri 4 opuscoli disponibili **solo su richiesta**. I nuovi opuscoli saranno presentati nei prossimi bollettini; chi vuole una copia può telefonare in sede per ottenerla. Usciranno quindi più giornali specializzati contenenti notizie recenti. *Abbonatevi e rinnovate l'iscrizione!*

Internet: ora si paga!

Il servizio VOL che ci hospita chiede la somma di 600.000 lire annue per l'area contenente le nostre informazioni. La rete ha ridotto lo spazio a metà mantenendo i documenti più interessanti. Purtroppo il problema delle associazioni è sempre di carattere monetario ed i soci devono imparare che - se vogliono ricevere a domicilio informazioni e documenti - devono pagare la quota sociale.

Referenti: a chi rivolgersi

In situazioni di bisogno, ascolto, ecc. potete rivolgervi a:

- *Presidente*, Sig. Tuveri, tel. 0432-672715
- *Referente Udine*, Sig.ra Toffoletti, tel. 0432-402531
- *Referente Bassa F.*, Sig.ra Zuliani, tel. 0431-31122

Per le altre zone si offre piena ed uguale disponibilità: contattate il Presidente.

Con il SiS tutto più facile

Il SiS è stato presentato nel corso dell'ultima assemblea: chi è interessato a risolvere i propri problemi può chiedere una copia dell'opuscolo. La sede (tel. 0432-672249) funziona anche come punto di inoltro di qualsiasi problema giuridico, grazie ad una raccolta di leggi complete sulle pensioni, invalidità, patenti, ecc. fino alle sentenze costituzionali, Corte di Cassazione, ecc. ecc. Primo servizio attuato in Italia per conto delle famiglie.

Caritas di Udine

In gennaio vi sono stati alcuni incontri con la Caritas di Udine per i rispettivi punti di vista sull'ex-ospedale psichiatrico. Dopo alcuni interventi ed articoli nella Vita Cattolica, abbiamo visto che c'è un avvicinamento alle nostre posizioni. Novità al prossimo numero.

Una campagna Intervento sulle malattie mentali a Telefriuli

Il Presidente ha chiesto alcuni finanziamenti, che sono abbastanza sicuri, circa l'avvio di una campagna di informazione sulla malattia mentale.

In caso positivo verranno distribuiti presso Uffici, Enti Pubblici, Scuole, ecc. fino a 30.000 volantini; ha collaborato alla correzione del materiale il Dott. Zucconi. Invitiamo i soci fin da ora ad offrire la propria disponibilità per la distribuzione.

L'iniziativa sarà replicata nel Veneto in più Aziende Sanitarie a cura di altre associazioni.

Trieste: avviso per i soci

Dopo alcuni colloqui con "I Passeri" e dopo aver offerto alcune opportunità di gestione e spazi sul nostro giornale, ricorda ai soci di Trieste che il responsabile non ha aderito ufficialmente alle proposte. La quota va versata comunque all'Utsam di Udine per ricevere materiale, documentazione ed aiuto. Siamo in attesa che la situazione "si sblocchi"; in caso contrario i soci di Trieste devono sapere che le iniziative locali dipendono dalle attività svolte dai soci. Per es. la campagna sulla salute mentale (v. sopra) richiede un impegno minimo dei locali. Diversamente gli iscritti potranno ricevere supporto sia attraverso la documentazione che tramite la segnalazione del proprio caso alle Autorità.

Il Presidente Tuveri ha partecipato ad una trasmissione a Telefriuli, presenti il Dott. Zucconi, il Dott. Novello, Don Zanella (Caritas), Don Sburlino, un volontario e una assistente sociale; collegato anche il Dott. Righetti da Pordenone.

Purtroppo, causa l'elevato spazio concesso alla pubblicità, il Presidente è intervenuto solo per brevi periodi; comunque la trasmissione è stata apprezzata dai soci e cittadini.

Alcuni argomenti non meno importanti come quello relativo alla assistenza domiciliare non sono stati affrontati; la TV comunque tornerà sull'argomento.

Disponibile la videocassetta.

Bassa: maggiore disponibilità

Il Dott. Tesei ha chiamato il Presidente per organizzare finalmente una serie di incontri tra famiglie e medici, periodici, per confrontarsi sulle tematiche della malattia mentale.

Punto di partenza potrebbe essere il famoso opuscolo "I 6 problemi delle famiglie"; in attesa dell'inizio degli incontri si fa presente che questa opportunità offerta è gradita a dimostrazione del fatto che l'associazione gioca un ruolo importante, sia per quanto riguarda l'addestramento dei soci che per la divulgazione di informazioni veramente importanti sulla salute mentale. Vedremo come andrà...!

BILANCIO CONSUNTIVO ANNO 1996

ENTRATE

- Interessi netti c/c postale: 23.975
 - Quote iscrizione dei soci: 5.420.000
 - Varie: 150.000
- TOTALE ENTRATE: **5.593.975**

Differenza Entrate-Uscite:

5.593.975 - 4.689.395
= lire **904.580** + Disavanzo gestione anno precedente: **773.868**
SALDO FINALE: **1.678.292**

USCITE

- Acquisto apparecchiature d'Ufficio: 173.500
 - Acquisto libri e mat.informativo: 257.200
 - Fotocopie: 850.300
 - Marche da Bollo, pubblicità: 17.000
 - Rappresentanza: 311.305
 - Cancelleria: 413.490
 - Telefoniche: 1.206.800
 - Valori bollati: 1.149.750
 - Varie: 310.050
- TOTALE USCITE: **4.689.395**

Approvato dall'assemblea del 4 gennaio 1997
Il consuntivo vale come preventivo per l'anno 1997