

Cooperazione e salute mentale in Egitto e in Albania

Mariella Genchi

Referente, per l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, dei progetti APQ Balcani e Mediterraneo

monografia

Sommario

L'autrice ha partecipato a due esperienze di cooperazione nel campo della salute mentale in Albania e in Egitto. Ne racconta le caratteristiche principali, che hanno in comune sia il tentativo di avviare un lavoro di deistituzionalizzazione e di creazione di alternative agli ospedali psichiatrici, sia il metodo di lavoro partecipato. L'articolo mostra come la cooperazione possa favorire processi di superamento delle istituzioni totali e aprire nuovi percorsi di lavoro e di ricerca, usando anche l'appoggio internazionale.

Introduzione

La Cooperazione italiana allo sviluppo, ispirandosi alla riforma psichiatrica realizzata in Italia, sostiene, in altri Paesi, la trasformazione del sistema psichiatrico centrato sul manicomio, per avviare una salute mentale di comunità nel territorio. Questi interventi sono considerati parte integrante delle strategie di lotta contro la povertà (Cooperazione italiana allo Sviluppo, 2012), elaborate attraverso un lungo percorso di consultazione di una molteplicità di attori impegnati nei vari campi dello sviluppo, che costituiscono un punto di riferimento per la formulazione e realizzazione dei progetti della cooperazione con altri Paesi.

Secondo queste strategie, l'appoggio ai sistemi nazionali di protezione sociale è essenziale per uno sviluppo pacifico, sostenibile e duraturo. In particolare, le politiche di superamento delle forme d'assistenza segreganti (manicomi, orfanotrofi, istituti

per disabili, ecc.) servono a combattere le dinamiche di esclusione che colpiscono le persone più vulnerabili e povere.¹

L'aspetto originale dell'approccio italiano è che la cooperazione non si occupa solo di alleviare i fenomeni della povertà, ma si propone anche di combattere i fattori che la producono, cercando soluzioni innovative che aiutino a uscire da questa condizione. Quest'approccio non è ideologico, ma si basa sui risultati di «molte esperienze di cooperazione [...] che sono riuscite ad ampliare

¹ La Cooperazione italiana considera la riduzione della povertà nei Paesi in via di sviluppo come uno dei propri obiettivi prioritari, in linea con le strategie e le indicazioni ONU sullo sviluppo umano emerse dall'Assemblea del Millennio (ONU, 2000) e dai Vertici mondiali delle Nazioni Unite degli anni Novanta (Copenaghen, 1995; Ginevra, 2000) interamente dedicati ai temi della povertà, della disoccupazione e dell'esclusione sociale. La Dichiarazione del Millennio ha stabilito otto obiettivi di cui il primo è sradicare la povertà estrema e la fame, per raggiungere nel mondo uno sviluppo sostenibile ed equilibrato.

notevolmente l'accesso dei poveri ai mezzi per soddisfare i propri bisogni di benessere e sicurezza, riducendo gli squilibri strutturali che lo rendevano difficile» (Cooperazione italiana allo Sviluppo, 2012).

Il manicomio, come altre strutture di ricovero totalizzanti, dove finiscono i più poveri, fa parte degli strumenti che gestiscono e riproducono la povertà, limitando gravemente i diritti e la libertà della persona e lasciandola in uno stato di abbandono e di degrado umano. Purtroppo tali strutture rappresentano ancora, nella maggior parte dei Paesi del mondo, il sistema prevalente di assistenza.

Trasformare un sistema psichiatrico centrato sull'istituzione manicomiale non è facile: significa mettere in crisi poteri consolidati e attivare un processo di democratizzazione della società, colpire interessi economici ed *establishment* professionali e intaccare logiche e principi autoritari che sono alla base dei sistemi politici e sociali e che legittimano le istituzioni totali.

Questi processi di trasformazione così complessi e difficili si devono considerare come parte integrante dei processi di democratizzazione delle società che dovrebbero animare tutte le scelte strategiche della cooperazione.

Così, del resto, è stato anche in Italia, nel periodo delle grandi riforme ottenute da movimenti popolari che portarono alle leggi sul divorzio, sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, sui consultori familiari, sull'integrazione scolastica e sul superamento degli ospedali psichiatrici. Con la Legge 180, l'Italia è da tempo punto di riferimento per i movimenti di riforma della psichiatria in altri Paesi.

In Albania, il processo di riforma ha avuto inizio nel maggio 2000, con la costituzione, all'interno del Ministero della Salute, di un Comitato nazionale per la salute mentale che aveva il compito di pianificare la riforma psichiatrica, promuovendo la deistituziona-

lizzazione e la creazione di servizi territoriali di salute mentale comunitaria, in linea con le raccomandazioni e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Successivamente, nel maggio 2005, sulla base delle esperienze di deistituzionalizzazione già avviate negli ospedali psichiatrici di Valona e di Scutari, nell'ambito di alcuni programmi di cooperazione delle Nazioni Unite,² è stato approvato un documento politico del Ministero della Salute³ che rendeva più concreto il processo di riforma, assegnando risorse economiche per la creazione di nuovi servizi territoriali e il potenziamento di quelli già esistenti.

In Egitto, la Legge 71 del maggio 2009 per la protezione dei pazienti psichiatrici (*Mental Health Act*), pur non prevedendo l'organizzazione di servizi territoriali, amplia le garanzie per i pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici, aprendo nuovi scenari per la salute mentale.

Questi processi di riforma avviati in Albania e in Egitto hanno fatto nascere domande di cooperazione che hanno condotto alla realizzazione di due progetti di cooperazione decentrata regionale⁴ che, a partire

² Nell'ambito del Programma quadro delle Nazioni Unite UNOPS-PASARP (2003-2005) è stato realizzato il progetto pilota PRA (*Pilot Rehabilitation Action*) con cui, all'interno dell'Ospedale Psichiatrico di Valona, è stato avviato il lavoro di trasformazione dell'assistenza con l'inizio della presa in carico dei pazienti nel territorio, la riduzione dei ricoveri e una diminuzione dei posti letto nell'ospedale.

³ Republic of Albania-Ministry of Health, WHO-World Health Organization Europe (2005), «The Policy and the operational Plan for Mental Health Services Development in Albania», The National Steering Committee for Mental Health.

⁴ La Cooperazione italiana sostiene i progetti di cooperazione decentrata in cui le Regioni e gli Enti locali realizzano forme di partenariato territoriale con le amministrazioni decentrate dei Paesi con cui si coopera, permettendo di stabilire dei rapporti di sviluppo reciproco nei vari campi. Come affermato

dall'esperienza italiana, hanno sostenuto il difficile cambiamento del sistema psichiatrico, dal manicomio verso una salute mentale territoriale di comunità.

Il progetto Mehenet: l'inizio di un nuovo percorso in Egitto

Il 25 gennaio 2011, un giorno storico perché segnò in Egitto l'avvio della «primavera araba», veniva inaugurato nel villaggio di Kobania Abu Keer il primo Centro di salute mentale di comunità egiziano. Situato nel governatorato di Behera (regione del delta del Nilo), nel distretto di Kafr El Dawar, a pochi chilometri dall'ospedale psichiatrico di Alessandria, con 700 ricoverati, il Centro è stato intitolato a Franco Basaglia, lo psichiatra italiano padre della Legge 180.

L'apertura del Centro «Franco Basaglia» ha rappresentato la tappa più importante del progetto di cooperazione Mehenet (*Mental Health Network*) realizzato negli anni 2009-2012, che aveva l'obiettivo di sviluppare i servizi di salute mentale di comunità in Egitto.⁵

Il progetto Mehenet è stato realizzato nell'ambito del programma APQ (Accordo di Programma Quadro) di cooperazione decentrata regionale⁶ finanziato da due ministeri

italiani (Affari Esteri e Sviluppo Economico) e dalle Regioni Lazio e Puglia.⁷

L'Egitto, considerato dalla Banca Mondiale come Paese a basso-medio reddito, con una popolazione di 86 milioni di abitanti, vive oggi una situazione in cui intere fasce di popolazione si trovano in condizioni di estrema povertà, con carenza d'infrastrutture, in particolare nel campo della salute mentale.

L'assistenza psichiatrica è erogata principalmente dagli ospedali psichiatrici (17 in tutto il Paese con più di 5.200 posti letto) e da alcune cliniche universitarie e private.

Giordania, Israele, Libano, Libia, Marocco, Siria, Tunisia) e dei Balcani occidentali (Albania, Bosnia Erzegovina, Croazia, Macedonia, Serbia, Montenegro). Nei programmi APQ sono state coinvolte 18 regioni italiane che hanno contribuito, anche con propri finanziamenti, alla realizzazione dei progetti che hanno riguardato le seguenti cinque linee d'intervento: settore socioeconomico, integrazione logistica e trasporti, ambiente, dialogo e cultura, sanità e welfare (si veda il sito www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/portaledgcs/portaledgcs/italiano/Partner/CoopDecentrata/ProgrammaSostegno.html). La cooperazione decentrata attiva le comunità locali dei Paesi cooperanti, valorizzando la dimensione territoriale e stimolando il confronto tra le istituzioni, i diversi attori sociali e la società civile. È una strada possibile per avvicinarsi ai bisogni reali delle persone e trovare le risposte più adeguate.

⁷ Il progetto è stato attuato dalle Agenzie regionali sanitarie del Lazio (Laziosanità-ASP) e della Puglia (ARES-Puglia) in partenariato con il Ministero della salute egiziano (il *Mental Health Secretariat*, divisione del Ministero che si occupa di salute mentale e il Dipartimento per la *Primary Health Care*) e l'Ufficio regionale dell'OMS per il Mediterraneo Orientale (WHO/EMRO). Hanno collaborato al progetto anche le Autorità sanitarie del governatorato di Behera e del distretto di Kafr El Dawar. Lo staff italiano del progetto Mehenet era composto da: Enrico Materia, coordinatore; Emanuela Forcella, Andrea Gaddini, Chiara di Lorenzo, dell'Agenzia Sanitaria Pubblica ASP-Lazio; Mariella Genchi, referente del progetto per l'Agenzia Sanitaria Regione Puglia-ARES; Carlo Minervini, ASL BR; Mario Serrano e Paolo Pini, ASL 6 LI, consulenti per l'ARES Puglia. La responsabile del progetto Mehenet per il Ministero della Sanità egiziano è stata la dr.ssa Eman Sorour, psichiatra.

nelle *Linee guida per la lotta contro la povertà*: «Questo tipo di rapporti corrisponde alla moderna concezione della cooperazione tra partner che hanno un comune interesse verso uno sviluppo globale più equilibrato, pacifico e sostenibile. In più, lo sviluppo reciproco è uno strumento innovativo ed efficace per ridurre la povertà e perseguire gli altri Obiettivi del Millennio» (Cooperazione italiana allo sviluppo, 2012).

⁵ Tutta la documentazione riguardante il progetto Mehenet è reperibile alla pagina www.asplazio.it/asp_online/c_internazionale/progetti/internazionale_prog_mehenet.php.

⁶ I Programmi Quadro di Appoggio alla Cooperazione regionale (APQ) sono stati realizzati nei Paesi della sponda sud del Mediterraneo (Algeria, Egitto,

Con la Legge 71 del maggio 2009 è stato avviato un processo di riforma che riconosce i diritti delle persone con disturbi mentali e stabilisce commissioni nazionali e regionali per controllare tempi e modalità delle ospedalizzazioni soprattutto non volontarie. Questa legge tutela i diritti ma non sancisce, come già accennato, una trasformazione dell'istituzione psichiatrica.

Inserendosi in questo contesto, il progetto Mehenet ha voluto dare un contributo di metodi e pratiche fondate sull'esperienza italiana di deistituzionalizzazione e di organizzazione del lavoro territoriale «realizzando un modello che potrebbe orientare l'assistenza psichiatrica in Egitto verso un processo di salute mentale comunitaria» (Sorour et al., in corso di stampa).

Un aspetto importante del progetto Mehenet è stato, come raccomanda anche l'OMS, il collegamento degli interventi sulla salute mentale con i servizi di medicina di base denominati *Family Units*, dove lavorano medici generici, a volte qualche specialista, infermieri e assistenti sanitari impegnati nelle visite a domicilio.

«All'inizio del progetto sembrava difficile attivare un dialogo costruttivo tra operatori della salute mentale e operatori della medicina di base, a causa dell'organizzazione verticistica delle istituzioni egiziane e degli approcci differenti (verticale per la salute mentale e orizzontale per la medicina di base)» (Sorour et al., in corso di stampa). Il processo è stato lungo e complesso e si è svolto in un confronto continuo con i referenti delle istituzioni politiche e amministrative nazionali e locali, portando però al risultato di aprire il Centro «Franco Basaglia» su un intero piano della sede della Family Units di Kobania Abu Keer.

Anche se in Egitto, con il progetto Mehenet, non si è potuto intervenire all'interno dell'ospedale psichiatrico, si è cercato,

comunque, di trasmettere i principi e le pratiche della deistituzionalizzazione, nei vari momenti di formazione realizzati per gli operatori del Centro «Franco Basaglia». Lo sforzo, da parte di chi ha lavorato nel progetto, è stato quello di trasmettere il significato e l'impegno di un lavoro di salute mentale di comunità, di una presa in carico «globale», che parta prima di tutto dall'attenzione alla storia della persona, alla sua sofferenza, ai suoi bisogni e ai suoi diritti. Oggi, il Centro «Franco Basaglia» non è solo un servizio sul territorio. È un luogo aperto e accessibile alla gente, sede d'incontri e di progettazione e punto di riferimento di un processo di riforma che muove i primi passi.

Il progetto a Valona: l'aiuto a continuare il processo di superamento del manicomio

A differenza di quanto è stato fatto in Egitto, in Albania, con il progetto realizzato a Valona nell'ambito dello stesso programma di cooperazione decentrata regionale, APQ-Balceni, è stato possibile lavorare all'interno dell'ospedale psichiatrico di Valona.

Nell'agosto del 2008, dieci donne ricoverate da più di dieci anni, furono dimesse e andarono a vivere in un appartamento nella città, ristrutturato per loro, con i finanziamenti della Regione Puglia, all'interno del programma di cooperazione decentrata delle Nazioni Unite ART GOLD.⁸

Con l'apertura della prima casa famiglia si ridava impulso al lavoro di deistituziona-

⁸ I programmi di cooperazione internazionale ART GOLD eseguiti dall'Agenzia delle Nazioni Unite UNDP (*United Nations Development Program*) in molti Paesi del Sud del mondo hanno promosso e sostenuto programmi-quadro nazionali di cooperazione per la governabilità e lo sviluppo locale, valorizzando il ruolo attivo delle comunità locali nei processi di sviluppo.

lizzazione avviato a Valona nel 2000, con la costituzione di un'équipe all'interno dell'ospedale psichiatrico: il servizio PAS (*Pilot Admission Service*). Questo servizio aveva iniziato a prendere in carico i pazienti di Valona, con un lavoro tra «dentro e fuori», in linea con le esperienze storiche italiane di chiusura del manicomio, come quelle di Trieste e di Arezzo, che avevano messo in evidenza quanto il processo di deistituzionalizzazione si differenziasse dalla deospedalizzazione.

La *deospedalizzazione* fa riferimento alla diminuzione dei posti letto e delle presenze nelle istituzioni; si basa sulla riduzione dei costi della sanità attraverso le dimissioni, senza mettere in campo programmi sui diritti e l'inserimento sociale. Una pura e semplice deospedalizzazione può produrre abbandono dei pazienti o il loro trasferimento in altri luoghi, come i vecchi istituti per anziani e disabili.

La *deistituzionalizzazione*, invece, si fonda su programmi complessi che prevedono progetti di socializzazione, di sistemazione in alloggi, di formazione e di inserimento lavorativo, che esigono la partecipazione della persona alla propria riabilitazione. Il processo di deistituzionalizzazione è un percorso di costruzione e conquista dei diritti di cittadinanza.

In Albania, a Valona, non si è realizzata una pura operazione burocratico-amministrativa di riduzione dei posti letto, ma si è fatto un percorso di preparazione alla dimissione dei pazienti ricoverati originari della città di Valona, attraverso il lavoro domiciliare e la ricostruzione dei rapporti con la comunità e con le famiglie e avviando una presa in carico dei pazienti nel territorio, basata su articolati progetti terapeutici e attenta ai bisogni e ai diritti dei pazienti. Questo lavoro, iniziato all'interno dell'ospedale psichiatrico, è proseguito nel Centro comunitario di salute mentale aperto a

Valona nel 2005, nell'ambito della riforma promossa dal Governo albanese.

Con la creazione della prima casa famiglia, si raggiungeva una nuova «tappa» nel superamento del manicomio, in quanto un gruppo di donne aveva la possibilità di vivere fuori dell'ospedale psichiatrico e di riappropriarsi di capacità e ruoli persi o dimenticati negli anni in cui erano state internate.

L'ingresso nella casa è stato preceduto da un lavoro di preparazione sia delle pazienti sia degli operatori, attraverso una metodologia partecipativa che ha permesso di condividere il progetto discutendo insieme i criteri e le scelte. Il progetto della casa famiglia ha coinvolto tutti gli operatori, sia dell'ospedale psichiatrico sia del Centro comunitario, che hanno partecipato all'elaborazione di tutte le fasi del progetto.

Allo stesso modo, le pazienti hanno seguito tutte le fasi di costruzione della casa e sono state coinvolte in tutte le decisioni: dal colore delle pareti alla scelta delle mattonelle dei bagni e dei mobili. Per prepararle alla nuova e più autonoma situazione di vita, sono state coinvolte in un articolato programma di attività: già prima della dimissione, all'interno dell'ospedale psichiatrico, si erano organizzate in gruppi per affiancare il personale, preparando loro stesse i pasti, in un clima comunitario. Un clima di condivisione e di partecipazione ha accompagnato le varie attività socioriabilitative che hanno coinvolto utenti e operatori del Centro comunitario e dell'ospedale psichiatrico.

Le prime uscite del gruppo delle donne dall'ospedale psichiatrico per passeggiare in città e per sedersi insieme al bar, o le partite di pallavolo e di calcetto, nel campo sportivo del liceo di Valona, insieme con gli studenti, i pazienti dell'ospedale e gli utenti del Centro comunitario, sono stati alcuni dei momenti che sono serviti non solo a preparare il gruppo delle donne a vivere una vita più autonoma,

ma anche a creare un clima di lavoro collettivo. Alla fine del progetto ART GOLD e dopo la creazione della prima casa famiglia, sono state realizzate due nuove case che ospitano 24 pazienti, tutti ex ricoverati dell'ospedale psichiatrico.⁹

In questo contesto, in continuità con i progetti precedenti, si è svolto, dal 2010 al 2012, un nuovo progetto di cooperazione (Progetto WHCB-*Welfare and Health Cooperation in the Balkans*, nell'ambito del programma APQ Balcani), realizzato dalle Regioni Sardegna, Molise e dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, che ha contribuito all'attivazione della terza casa famiglia, che ospita 10 pazienti.¹⁰

Collegato con le case famiglia è il «Progetto Serra», che ha coinvolto in un percorso riabilitativo circa 40 pazienti dell'ospedale psichiatrico e del Centro comunitario. Il progetto, che è servito a costruire una serra per creare delle opportunità di lavoro in un'ottica d'impresa sociale, ha consentito ai pazienti coinvolti di seguire un percorso formativo

teorico-pratico, con l'assegnazione di borse lavoro. Anche in questo progetto è stata messa in atto una metodologia partecipativa per elaborare e costruire il percorso, che ha visto operatori e pazienti discutere e decidere insieme cosa coltivare, cosa produrre e come far funzionare la loro impresa. Nel corso del progetto sono stati creati momenti importanti di coinvolgimento della comunità, in quanto gli utenti hanno partecipato agli incontri di formazione nelle aule di un istituto tecnico di Valona e hanno svolto il tirocinio pratico in una serra della città.

In questo senso, il progetto non solo ha consentito ad alcuni pazienti di acquisire nuove competenze personali e lavorative, ma ha permesso anche di conoscere, valorizzare e mettere in rete competenze e risorse del territorio e della collettività.

Il percorso realizzato a Valona, con il lavoro territoriale d'inclusione sociale, con le soluzioni abitative come le case famiglia e con la formazione al lavoro, rappresenta un'esperienza concreta di superamento del manicomio e costituisce un punto di riferimento importante per la trasformazione del sistema psichiatrico in corso in Albania.

Le sfide lanciate dai progetti in Egitto e in Albania

Attraverso i percorsi di trasformazione avviati, questi progetti hanno lanciato soprattutto una sfida: è possibile creare spazi e situazioni in cui le persone con problemi di salute mentale possono esprimere i loro bisogni in seno alla comunità in cui vivono e trovare risposte solidali.

In Egitto e in Albania, la partecipazione sostanziale di tutti gli attori coinvolti (istituzioni, servizi, operatori, utenti) nel definire e nel programmare le azioni è stata la metodologia di lavoro adottata. In particolare, lo

⁹ Nel 2000 l'ospedale psichiatrico di Valona aveva 260 ricoverati; dai dati del 2013 risultano 170 posti letto. Nelle 3 case famiglia vivono ora 34 pazienti, ex lungodegenti dell'ospedale psichiatrico.

¹⁰ Il progetto è stato realizzato in Albania e in Serbia da un network di regioni italiane: Molise, capofila, Emilia Romagna, Sicilia, Abruzzo, Liguria, Sardegna e l'Agenzia sanitaria regionale della Puglia (ARES-Puglia). I partner locali del progetto sono stati: in Albania, il Ministero della Sanità, il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali e le Municipalità di Valona e Scutari; in Serbia, i Ministeri della Salute, delle Politiche Sociali, del Lavoro e la Municipalità di Novi Sad. Il progetto WHCB ha sostenuto il decentramento delle strutture sociosanitarie rafforzando il sistema di pianificazione e management dei servizi sociosanitari in un'ottica d'integrazione tra i settori sanitario e sociale; ha favorito la creazione di servizi di assistenza e recupero delle fasce deboli della popolazione promuovendo lo sviluppo dell'impresa sociale come strumento d'inclusione sociale. A Valona ha sostenuto il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico e rinforzato il lavoro di salute mentale territoriale.

sforzo è stato quello di coinvolgere gli utenti in percorsi di emancipazione dalla passività e dalla stigmatizzazione, conseguenti a forme di cura e di assistenza invalidanti per la persona. Per le donne che erano ricoverate da tempo nell'ospedale psichiatrico di Valona e che sono andate a vivere in una casa, si è trattato di un percorso di riacquisizione della libertà e della soggettività negate dall'istituzione manicomiale.

Sono processi di riconquista di dignità che sono necessari anche nei Paesi cosiddetti sviluppati, dove i fenomeni di povertà, marginalità ed esclusione sociale sono in crescita, e le persone che ne sono colpite, ovviamente le più deboli, rischiano di subire nuove forme di reclusione in luoghi (strutture per gli anziani, per i pazienti psichiatrici, per gli immigrati) creati per «sistemare» le persone, a volte per sempre.

La sfida lanciata in questi progetti riguarda problemi che sono presenti tanto in Egitto e Albania quanto in Italia. Si tratta di creare opportunità di emancipazione, attraverso pratiche di partecipazione ispirate alle esperienze di auto-organizzazione e di protagonismo degli utenti e dei familiari, nate in Italia negli anni Novanta. Queste esperienze hanno permesso alle associazioni di utenti e familiari, ai gruppi di auto-mutuo aiuto, alle cooperative di lavoro e alle imprese sociali di porsi come soggetti collettivi nel campo della salute mentale, con il diritto di avanzare proposte, di partecipare alle decisioni sul funzionamento dei servizi e di avere un dialogo con le pubbliche amministrazioni e gli attori della politica.

Il coinvolgimento degli utenti è stato uno degli aspetti più caratterizzanti del progetto Mehenet, in Egitto; alcune associazioni di utenti della Puglia e di Livorno¹¹ hanno par-

tecipato alle fasi più importanti del progetto, portando direttamente in Egitto, nei vari momenti di formazione e nelle attività socio-riabilitative, la testimonianza dei loro percorsi personali e collettivi di emancipazione.

Gli utenti italiani hanno partecipato, come formatori, non solo ai corsi sull'auto-mutuo aiuto, ma anche a un corso sulla salute mentale di comunità, realizzato prima dell'apertura del Centro «Franco Basaglia».

Questo corso era rivolto ai medici e agli operatori sanitari dei centri di medicina di base di Kafr el Dawar e ai futuri operatori, provenienti dall'ospedale psichiatrico di Alessandria. Questo personale, abituato a lavorare in manicomio, sceglieva di confrontarsi con un nuovo modo di rapportarsi con gli utenti nel Centro di salute mentale di comunità.

A un anno dall'apertura del Centro di salute mentale di comunità «Franco Basaglia», nel marzo 2012, è stato realizzato un viaggio sul Nilo cui hanno partecipato gli utenti egiziani insieme alle associazioni di utenti di Livorno e di Latiano. Questo viaggio, durato cinque giorni, durante il quale sono stati visitati i più importanti siti archeologici, ha permesso agli operatori e agli utenti, italiani ed egiziani, di condividere un pezzo di «cammino» in un clima di reciprocità e di scambio.

Nella conferenza finale del progetto Mehenet, realizzata nell'aprile 2012, gli utenti italiani ed egiziani hanno avuto un ruolo attivo di protagonisti portando le loro testimonianze. Alcuni utenti del Centro «Franco Basaglia», hanno parlato del loro percorso, dell'incontro con il Centro, di come sia diventato importante per loro il rapporto con gli operatori, con gli altri utenti, rispetto a un passato in cui l'unica risposta alla loro malattia era il ricovero nell'ospedale psichiatrico. Durante la conferenza, hanno raccontato la loro esperienza

¹¹ Associazioni «Mediterraneo» e «Il Gabbiano» di Livorno e «180amici Puglia» di Latiano (BR).

di «intervistatori»¹² di altri utenti del Centro e di come l'ascolto della sofferenza altrui li abbia aiutati a capire meglio la propria, creando maggiore vicinanza tra loro. Un utente egiziano ha letto una sua poesia dedicata a Franco Basaglia. C'è stata poi la testimonianza degli utenti italiani, che hanno accompagnato per due anni questo progetto con il loro contributo umano e con la loro esperienza in percorsi di auto-mutuo aiuto. «L'auto-mutuo aiuto — scrive Enrico Materia, coordinatore del progetto Mehenet, nella sua relazione finale — è ormai entrato nella “cassetta degli attrezzi” degli operatori del Centro».

Nel progetto Mehenet, come in quello realizzato a Valona, lo scambio tra operatori e tra utenti è stata una scelta di lavoro che ha accompagnato i progetti. Le visite realizzate in Italia dagli operatori egiziani e dall'équipe di Valona ai Servizi di Salute Mentale di Livorno e, in Puglia, di Bari, Latiano e Martina Franca, sono state un momento fondamentale di scambio che ha reso visibile e concreto il lavoro che molti servizi nati dalla Legge 180 svolgono da anni. È stata la possibilità di conoscere direttamente uno stile di lavoro e una cultura dei servizi che pongono al centro della loro pratica la persona con i suoi diritti e i suoi bisogni.

Nonostante sia in atto in Italia un progressivo impoverimento dei servizi e, quindi, delle pratiche, questo stile di lavoro è difeso in molte realtà. In una situazione di carenza

di risorse e di personale, i servizi di Salute Mentale della riforma rischiano di ridursi a piccoli ambulatori specialistici, preoccupati di erogare prestazioni puntuali e settoriali, dove i pazienti attendono terapie farmacologiche, visite psichiatriche e, nel migliore dei casi, psicoterapie. Stiamo perdendo la ricchezza di un lavoro di promozione della salute e di trasformazione reale delle condizioni di vita delle persone che si rivolgono ai nostri servizi.

Il confronto e lo scambio con altri contesti, come nei progetti realizzati in Egitto e in Albania, è un elemento di rinforzo e di arricchimento reciproco: dà senso e valore a strategie e pratiche che, al di là delle differenze culturali e sociali, perseguono l'interesse comune di combattere i fenomeni di povertà e di esclusione e mobilitano le risorse delle persone e della collettività per un benessere e uno sviluppo equilibrato e sostenibile.

Bibliografia

- Basaglia F. (2000), *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina.
- Catenacci B. (a cura di) (1993), *Il sogno dell'abbondanza: Le nuove vie della cooperazione, storie e riflessioni sullo sviluppo umano*, Firenze, Giunti.
- Colucci M. e Di Vittorio P. (2001), *Franco Basaglia*, Milano, Mondadori.
- Cooperazione italiana allo sviluppo (2012), *Linee guida per la lotta contro la povertà*, Roma, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri, www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/documentazione/Pubblicazioni/Trattati/2011-03-16_LineeGuidaLottaPoverta.pdf.
- De Leonardis O. (1990), *Il terzo escluso: Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Milano, Feltrinelli.
- De Leonardis O., Mauri D. e Rotelli F. (1994), *L'impresa sociale*, Milano, Anabasi.
- ONU-Organizzazione delle Nazioni Unite (2000), *Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Uni-*

¹² Nell'ambito del percorso formativo sull'auto-mutuo aiuto, è stato organizzato il corso *About ourselves* («Su noi stessi») in cui gli utenti delle associazioni italiane hanno insegnato agli utenti del Centro «Franco Basaglia» a condurre interviste in profondità; successivamente, gli utenti egiziani hanno condotto interviste ad altri utenti del Centro. Questo percorso ha permesso loro, attraverso le interviste tra pari in cui emergono gli elementi empatici della comunicazione, di esprimere i propri vissuti e attese.

te, New York, ONU, www.onuitalia.it/calendar/millenniumassembly/unmildec.html.

Rotelli F. (1994), *Per la normalità: Taccuino di uno psichiatra*, Trieste, Edizioni «e».

Sorour E., Materia E., Khoweiled A., Genchi M., Amin Nelson S., Forcella E., Gaddini A., Serrano M., Minervini C., Pini P. e Saeed K.

(in corso di stampa), *Prioritizing psychosocial rehabilitation and users rights: the approach for community mental health in Egypt*, «International Journal of Human Development and International Cooperation», www.universitasforum.org.

Abstract

The author has taken part in two cooperative experiences in the field of mental health in Albania and in Egypt. She describes the main characteristics, which have two factors in common: the attempt to set up a process of deinstitutionalisation along with the creation of an alternative to total institutions; and the working method used. The article shows how cooperation can encourage processes of moving on from total institutions, opening up new work and research programmes, using international support as well.