

## **La legge Basaglia può rappresentare un motivo di riflessione per noi Geriatri?**

Editoriale

Prof. Massimo Palleschi

Non solo la risposta è affermativa, ma secondo il mio parere, il confronto tra la rivoluzione normativa e gestionale del malato mentale e l'azione di contrasto verso l'istituzionalizzazione della persona anziana, pone in risalto gli scarsi risultati di quest'ultima e le eventuali responsabilità di noi Geriatri.

Prima di soffermarmi sull'analisi dei problemi inerenti l'istituzionalizzazione del malato mentale e del paziente anziano fragile, reputo opportuna una breve puntualizzazione sul significato della riforma Basaglia.

Questo psichiatra ha avuto il merito di aver contribuito alla chiusura dei manicomi, istituzioni così come erano più somiglianti a luoghi di tortura che a istituti di cura. La riforma Basaglia inoltre ha aiutato a far recepire il diritto di ciascuno, anche della persona con disturbi mentali, al rispetto della propria dignità.

Precedentemente alla riforma Basaglia, era vigente la legge 36 del 1904 che prevedeva l'internamento nei manicomi delle persone "affette per qualunque causa da alienazione mentale". Il manicomio esercitava di fatto un controllo sociale dei soggetti devianti che potevano comprendere, oltre ai malati di mente, le prostitute, gli omosessuali, i sovversivi.

Tutto ciò è stato spazzato via dalla riforma Basaglia, acquisendo da questo punto di vista un adeguato riconoscimento.

Purtroppo accanto a questi meriti, il movimento innovativo che

scaturì il 13 maggio del 1978 nella legge 180-833 si accompagnò, insieme al superamento e alla chiusura degli Ospedali psichiatrici (manicomi) e alla creazione di una rete di assistenza psichiatrica di comunità (insufficiente e male realizzata), ad una serie di estremizzazioni ideologiche, riscontrabili solo nel nostro Paese. In questo senso significativa è la storia **dell'elettroshock e della psichiatria democratica.**

Nei riguardi di quest'ultima viene da chiedersi se fosse stato mai possibile prevedere una cardiologia democratica od una broncopneumologia democratica. L'assurdità del termine democratica riferito ad una specialità medica è in relazione all'idea di interpretare la malattia mentale come il risultato esclusivo o prevalente di un conflitto sociale. Le condizioni ambientali possono influire negativamente sull'equilibrio mentale di una persona, ma sarebbe poco ragionevole considerarle la causa principale dell'insorgenza della schizofrenia.

Le discutibili impostazioni cliniche appena riferite si sono tradotte in pratiche mediche irrazionali, come quella comprendente il "divieto" della terapia elettroconvulsivante.

Si è ritenuto che questa terapia costituisse un approccio violento al malato, senza chiedersi presumibilmente se ciò valesse anche per un malato gravemente depresso con ripetuti tentativi di suicidio, nonostante la terapia farmacologica intrapresa.

Potrebbe essere opportuno anche domandare a chi parla di violenza dell'elettroshock se abbia mai assistito in sala operatoria a qualche intervento particolarmente cruento. E' irrazionale pensare che un intervento chirurgico sia violento, essendo

importante solo se sia o non sia efficace ed utile.

In alcuni gravi casi di depressione resistente ad ogni altro mezzo, la terapia elettroconvulsivante, oggi eseguita con modalità molto meno “violente”, è la più efficace. Negli USA l’elettroshok viene praticato persino in donne gravide.

L’anomalia italiana della pratica elettroconvulsivante risiede nel fatto che non esiste un divieto legislativo, ma è presente un clima culturale-ideologico che ne fa quasi sempre scongiurare pregiudizialmente l’impiego.

Molti anni fa ad un congresso sulla depressione della Società Italiana Geriatri Ospedalieri, domandai ad un illustre psichiatra universitario dell’Italia del nord se non ritenesse giustificabile la possibilità del ricorso alla terapia elettroconvulsivante in istituti clinici pubblici, senza particolari remore che non fossero quelle dovute alla valutazione del rapporto costi/benefici.

Il professore mi rispose che era perfettamente d’accordo con questa proposta che lui aveva già avanzata alla facoltà medica della sua città, ma gli era stato risposto che si trattava di una iniziativa inopportuna!

Viene adesso analizzato il diverso atteggiamento di fronte al ricovero permanente del malato anziano e del paziente psichiatrico.

Il ricovero del malato anziano e del paziente con gravi turbe mentali presenta aspetti molto diversi e difficilmente paragonabili, ma ha una caratteristica comune, quella di costituire spesso la conclusione di una vita difficilmente gestibile a domicilio.

Un aspetto centrale del problema dell'istituzionalizzazione è la volontà della persona, condizione non sempre rispettata. Basta osservare quanto si verifica alla dimissione dei malati.

Infatti al malato ricoverato in Ospedale e con qualche difficoltà a tornare al proprio domicilio, spesso si prospetta l'opportunità di continuare le cure in altro luogo, senza specificare chiaramente che si tratta di strade con scarse possibilità di ritorno.

Se si chiedesse (come ho fatto io numerose volte) a pazienti degenti da molto tempo in reparti di lungodegenza e perfettamente lucidi, chi abbia stabilito e in quali precise circostanze che fosse impossibile gestire in casa la malattia, si assisterebbe spesso alla mancanza di risposte.

Questo si verifica perché in occasione di ricoveri ospedalieri, e in presenza di malattie invalidanti (anche temporanee!) che rendono difficile la gestione della "convalescenza" (o della "stabilizzazione") in casa, si preferisce soprattutto da parte di familiari poco disponibili, o gravati da reali difficoltà, di fare proseguire le cure in altri Istituti sanitari.

La soluzione non è necessariamente censurabile, anzi in alcuni casi è la misura più opportuna, a condizione però che venga salvaguardata sempre la volontà del malato e che sia realmente l'indicazione migliore per la salute e la qualità di vita del paziente stesso.

In sostanza tentando di fare un confronto tra i ricoveri permanenti delle persone anziane e quelli dei malati mentali, vi è da osservare che nel primo caso l'eventuale abuso

dell'istituzionalizzazione si realizza nascondendo che l'iniziale ricovero diventi definitivo.

Inoltre le motivazioni della necessità del ricovero possono essere molto diverse nei due casi. Infatti per il malato mentale un fattore determinante la necessità del ricovero può essere la sua pericolosità, peraltro ridimensionata o negata dagli odierni orientamenti psichiatrici di genesi basagliana, mentre per il soggetto anziano fragile con polipatologia e con compromissione dell'autosufficienza è l'enorme carico assistenziale a provocare nella maggioranza dei casi il ricorso all'istituzionalizzazione.

Tra gli aspetti differenziativi tra ricoveri permanenti del malato anziano e del malato mentale, merita di essere menzionato il particolare atteggiamento psicologico-professionale del Geriatra. La contrarietà del Geriatra al ricovero permanente non è in relazione solo ad un atteggiamento solidaristico a favore di chi ha dato tanto alla famiglia e alla società e si vede espulso dalla propria casa, ma è in rapporto alla fiducia nelle reali possibilità di recupero del malato anziano e all'idea che il ricovero permanente in una struttura sanitaria sia invece espressione di un fallimento della sua specifica attività professionale.

In sostanza se è esagerato e non rispondente ad un sano realismo che in ogni caso sia possibile ottenere buoni risultati da adeguate misure di riabilitazione e di riattivazione geriatrica, è ragionevole ritenere invece che nella grande maggioranza dei casi le manifestazioni cliniche prodotte dalle diverse malattie invalidanti siano ampliate da altri danni provocati da un trattamento

carente o inadeguato (eccesso di sedativi, prolungata immobilizzazione in letto, impiego di catetere vescicale non indispensabile, ecc.).

Pertanto in alcuni casi il ricovero di un paziente in un reparto a degenza permanente, può essere visto come la sconfessione dell'attività specifica del Geriatra che come obiettivo principale della sua "*mission*" ha il mantenimento o il recupero dell'efficienza dei suoi malati, non bisognosi pertanto di ricoveri permanenti.

Nell'ambito delle problematiche a confronto dei ricoveri permanenti dei malati anziani e dei malati psichiatrici, penso si debbano citare i casi dei soggetti psichiatrici che ottengono il ricovero non in base alla loro malattia mentale, ma alla compromissione delle loro condizioni funzionali generali.

In sostanza si tratta di malati con turbe mentali tali da rendere estremamente difficoltosa la gestione nel loro domicilio, ma non potendo i familiari ottenere per questo motivo un ricovero permanente, ricorrono alla causale della presenza di malattie organiche invalidanti in grado di ottenere l'accesso ad una struttura per lungodegenti.

In sostanza il confronto tra i ricoveri permanenti dei malati mentali (spesso soggetti giovani, a volte bambini) e dei pazienti geriatrici è arduo perché si riferisce a persone con caratteristiche, esigenze, condizioni socio-familiari del tutto diverse.

Tuttavia non si può fare a meno di osservare che mentre a 40 anni di distanza dalla legge Basaglia ancora resistono le forze che tendono ad impedire i ricoveri permanenti dei malati mentali, per

gli anziani non vi è ragione per quanto giusta che riesca a trattenere le persone all'interno del proprio domicilio. Eppure la casa è il luogo di vita, e in parte di cura, prediletto dalle persone di qualsiasi età (1), ma questa esigenza è resa molto difficoltosa dalle modificazioni socio familiari e lavorative degli ultimi decenni.

Personalmente ritengo che ogni tentativo diretto in questa direzione vada eseguito, soprattutto da parte dei Geriatri che con la loro specifica competenza sapranno suggerire tutti gli accorgimenti per portarlo a buon fine.

Infatti il Geriatra conosce meglio degli altri specialisti le misconosciute possibilità di recupero dei malati anziani compromessi funzionalmente, evitando l'errore di avviare in Istituto con eccessiva precocità i malati che avrebbero potuto avere un'altra evoluzione ed anche una diversa destinazione residenziale (2). Ma anche nel caso che non sia possibile fare affidamento su un miglioramento del quadro funzionale, un'attenta valutazione delle risorse assistenziali alternative all'istituzionalizzazione (ADI, assistenza in casa con aiuto di badante, centri diurni, "ricoveri di respiro", ecc.) può scongiurare la necessità di un ricovero permanente.

Purtroppo negli ultimi anni, a causa di diversi fattori, si è affievolita persino da parte dei Geriatri la tendenza ad evitare i ricoveri permanenti e a considerarli alla stregua di condanne senza possibilità di appello.

## Bibliografia

1.D'Amico F.: Il ritorno a casa dopo il ricovero.

Geriatrics 2006;18 (Suppl.): 119-123.

2.Palleschi M.: Come ridurre il rischio di istituzionalizzazione.

Geriatrics 2011;XXIII, n.3:93-96.