

CRIMINOLOGIA

02

*Liliana Loretto
Alessandra Nivoli
Valentina Viridis
L. Fabrizia Nivoli
Sara Falconi
Gian Carlo Nivoli*

“**LA VITTIMOLOGIA
DELL’ANZIANO**”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. 2 - 2007

Gli anziani rappresentano un facile bersaglio di comportamenti vittimogeni sia a causa della loro fragilità e maggiore dipendenza nei confronti di un soggetto più forte, sia perché essi non sono considerati testimoni attendibili rispetto ai loro abusatori, nonché a causa della loro condizione marginale rispetto alla società in cui vivono (*Laks, Werner, 2006*).

Certamente non tutti gli anziani sono fragili e deboli ma vale la pena di prestare attenzione a questo gruppo di persone perché, nella sfera dei loro diritti, quando hanno subito violenza sono sicuramente meno tutelati di altre categorie sociali. Il problema dell'abuso agli anziani infatti è stato sino a ora ignorato e sottovalutato dalla società. Mentre da alcuni anni sono state approntate iniziative e legislazioni sull'abuso dei minori e delle donne, il problema dell'abuso sugli anziani è comparso solo da pochi anni nel dibattito della vittimologia.

L'abuso nei confronti della persona anziana è attualmente riconosciuto a livello internazionale come un problema crescente che merita l'attenzione dell'opinione pubblica e dei medici che si occupano di tali soggetti. Un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riguardo violenza e salute (*Krug, Mercy, Dahlberg, 2002*) ha analizzato un largo spettro di violenze esaminandone l'importanza e gli effetti nei differenti contesti culturali, sociali ed economici: dalle aggressioni fisiche manifeste sulle persone anziane nelle culture moderne, all'ostracismo sistematico agli anziani usati come capro espiatorio nelle tribù dei paesi meno sviluppati (es. le donne anziane della Tanzania venivano accusate di stregoneria ed abbandonate per punizione in seguito ad eventi naturali come siccità e carestia).

La definizione di abuso elaborata dall'OMS nel 1996 (*Krug, Mercy, Dahlberg, 2002*) indicava questo come "l'uso intenzionale di forza fisica o di potere, minaccioso o reale, contro una persona, un gruppo di persone o una comunità, che risulta o ha un'alta probabilità di risultare in lesione fisica, morte, danno psicologico, non sviluppo o deprivazione". In un report del giugno 2000 (revisionato nel 2005) del Royal College of Psychiatrists di Londra (*Garner, Evans, 2000*) l'abuso è definito come "un maltrattamento che si esprime mediante un atto singolo o ripetuto o come trascuratezza; può essere attuato intenzionalmente o a causa di ignoranza o imprudenza da parte di una persona o più persone che si trovano in una posizione di potere. Si esprime attraverso cinque diverse modalità: abuso fisico, sessuale, sociale, psicologico e finanziario. Le circostanze possono oscillare da sottili contatti o alterazioni del tono della voce ad atti che costituiscono una violazione dei diritti umani e civili".

La prima pubblicazione scientifica sull'argomento risale al 1975 quando sul *British Medical Journal* è apparso un articolo dal titolo "Granny-batte-

ring” (“la nonnina bastonata”) (*Burston, 1975*). Negli Stati Uniti nel 1988 è stata approvata la realizzazione di un sistema di monitoraggio sociale tramite Agenzie di Servizi di Protezione per gli Adulti (APS) che svolgono rapporti investigativi sul maltrattamento nell’anziano. Il Piano Internazionale d’Azione delle Nazioni Unite, adottato da tutti i paesi del mondo a Madrid nell’aprile 2002, ha riconosciuto chiaramente l’importanza dell’abuso sugli anziani e ne ha inserito la prevenzione nell’insieme dei Diritti Umani Universali. L’entità del problema ha indotto l’OMS a prendere dei provvedimenti incentrati su tre punti: consapevolezza, educazione e difesa. Sono stati sviluppati interventi in più direzioni: servizi sociali (es. centri di emergenza, linee telefoniche di aiuto, somministrazione di questionari di screening, domande a parenti e vicini con eventuale visita alla casa dell’anziano) e campagne di sensibilizzazione (es. educazione attraverso campagne di pubblica sicurezza). L’abuso sull’anziano non deve essere più considerato pertanto un problema esclusivamente familiare, ma collettivo.

2 • Epidemiologia

I dati demografici pubblicati dall’ONU in occasione della II assemblea mondiale sull’invecchiamento (Madrid 2002) (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002*) indicano che dal 2002 al 2050 il numero complessivo delle persone di età maggiore di 60 anni supererà a livello mondiale per la prima volta quello delle persone con meno di 15 anni. Questa inversione demografica nei paesi industrializzati è iniziata dal 1998 ed è in progressiva evoluzione: dal 2000 al 2050 le persone di età maggiore di 60 anni aumenteranno del 110%.

L’Italia risulta, dal rapporto dell’ONU, come il paese più vecchio del mondo con una speranza di vita alla nascita di 76,5 anni per gli uomini e di 82,5 anni per le donne, che negli ultimi 20 anni è migliorata di più di 5 anni.

La violenza contro le persone anziane è un problema in crescita proporzionale all’incremento della popolazione mondiale di anziani ed in particolar modo degli ultraottantenni, persone più fragili e deboli (*Krug, Mercy, Dahlberg, 2002*). Nel mondo gli “oldest old”, cioè coloro che hanno più di 80 anni, nel 2025 saranno 130 milioni, rappresentando 1/6 della popolazione ultrasessantacinquenne. Infatti la popolazione più anziana sta invecchiando: il gruppo di età che cresce più rapidamente è quello delle persone che hanno 80 anni o più. Essi stanno attualmente aumentando a un tasso del 3,8% all’anno e rappresentano ormai il 12% di tutta la popolazione anziana. Entro la metà del secolo, 1/5 delle persone anziane avrà più di 80 anni.

L’OMS ha riportato in Europa un’incidenza del 4-6% di abuso sull’anziano (*Krug, Mercy, Dahlberg, 2002*). Il National Elder Abuse Incidence Study

(NEAIS) ha registrato negli Stati Uniti un incremento del 150% in 10 anni, dal 1986 (117.000 casi) al 1996 (293.000 casi), dei casi di prevaricazione, riferiti dai servizi statali.

Cause potenziali dell'aumento quantitativo dell'abuso nell'anziano sono, oltre all'incremento della proporzione degli anziani nella popolazione generale ed il conseguente aumento delle malattie croniche che creano disabilità, l'estensione del coinvolgimento delle famiglie nell'accudire gli anziani. Infatti la letteratura è concorde nel rilevare una aumentata incidenza di disabilità fisica e frequentemente anche sociale con l'aumentare dell'età, in relazione ad un incremento della polipatologia sia acuta che cronica nel singolo individuo, la cui tutela ricade prevalentemente sulla famiglia.

È molto difficile ottenere informazioni accurate sull'incidenza e la prevalenza dell'abuso sull'anziano perché la società fino a pochi anni fa tendeva a nascondere il problema, per la rilevanza dei falsi positivi sui casi riportati (76% dei casi) ed infine perché sia la vittima che il perpetratore tendono a negare o a banalizzare il problema. Negli Stati Uniti solo il 24% dei casi riconosciuti di abuso erano stati riportati dalle vittime e ben il 36% delle vittime non aveva ammesso il problema. Uno studio recente evidenzia che negli Stati Uniti l'84% dei casi di abuso non vengono denunciati, sebbene la Senate Special Committee on Aging stimi che oltre 5 milioni di anziani americani siano vittime ogni anno di abuso o trascuratezza (*National Center on Elder Abuse*, 2005). Spesso l'abuso non è riscontrato e rilevato perché l'anziano può non essere capace di segnalare quanto gli succede per deterioramento mentale o perché isolato dal sistema sanitario. La vittima stessa può nascondere il maltrattamento per paura di essere allontanato da casa o istituzionalizzato o perché dipende dall'abusatore per la sua sopravvivenza e teme ripercussioni. In alcuni casi l'anziano può provare senso di colpa o stigma per avere allevato un figlio che compie abusi, assumere su di sé il biasimo per la condotta dell'abusatore oppure provare un legame affettivo più forte del desiderio di abbandonare la situazione. Alcune vittime non denunciano l'abuso perché subiscono il punto di vista della società a riguardo del "dominio privato" della famiglia e temono di compromettere il proprio status familiare o l'inserimento sociale della loro famiglia nella comunità.

Anche il personale dei servizi sanitari e assistenziali può contribuire a non denunciare i casi di abuso: i medici, ad esempio, riportano solo il 2% di tutti i casi di abuso (*Rosemblat, Cho, Durance*, 1996), verosimilmente a causa di una formazione incompleta e difettosa. La denuncia dei casi di abuso da parte dei medici è ostacolata da incertezza riguardo la validità della diagnosi, percezione che la prova dell'abuso sia inadeguata, mancanza di preparazione nel riconoscere l'abuso, esitazione nell'etichettare la vittima o l'abusatore, tendenza a proteggere dando priorità al diritto alla privacy, disagio nel confrontarsi col presunto abusatore e paura che questo possa causa-

re ritorsioni nei confronti della vittima, inconsapevolezza delle procedure di denuncia, mancanza di protocolli per l'abuso nell'anziano (negli Stati Uniti mentre il 75% dei dipartimenti di emergenza è dotata di protocolli per affrontare l'abuso sui minori, solo il 27% utilizza protocolli specifici per il maltrattamento degli anziani), ageismo (termine che indica la discriminazione dell'anziano basata semplicemente sul fattore età, conseguenza dell'ignoranza culturale nei confronti della vecchiaia che si esprime sotto forma di stereotipi, quelli del vecchio egoista, solo, povero, inutile, ammalato, che non rende ma costa solamente e costituisce un peso per la società) e scarsa coscienza civica e professionale (Kleinschmidt, 1997; Swagerty, Takahashi, Evans, 1999). Nella tabella I sono riportati i principali ostacoli alla diagnosi di abuso nell'anziano.

Secondo il "Rapporto Mondiale su violenza e salute" dell'OMS pubblicato nel 2002 (Krug, Mercy, Dahlberg, 2002), le due categorie più comuni di abuso sulla persona anziana sono quello domestico (maltrattamento della persona anziana nella sua abitazione o in quella del caregiver) ed istituzionale (maltrattamento degli anziani che vivono in case di riposo o residenze assistenziali).

2.1. Abuso domestico

I pochi studi basati sulla popolazione generale suggeriscono che il 4-6% degli anziani subisce abusi all'interno della propria abitazione e nei 2/3 dei casi gli abusatori sono membri della famiglia (figli o coniugi) (WHO global consultation on violence and health, 1996).

2.2. Abuso istituzionale

Negli Stati Uniti il 90% di tutti i residenti in nursing home sono anziani e dal 5 al 10% della popolazione anziana (1,5-1,8 milioni di persone) vive in istituzioni (Stiegel, 1995). Alcuni autori sottolineano che gli anziani, in particolare di sesso femminile, affetti da patologie psichiatriche sembrano costituire il gruppo che occupa nelle residenze i reparti più vecchi e fatiscenti (Victor, Vetter, 1986). L'incidenza e la prevalenza di maltrattamento agli anziani nelle istituzioni sono ancora meno chiare di quelle rilevate nel caso di abuso domestico. Negli Stati Uniti circa il 50% dei casi di abuso denunciati avvengono in corso di istituzionalizzazione a lungo termine. In uno studio condotto su 577 infermieri e assistenti di case di riposo americane, il 36% degli intervistati dichiarava di avere assistito ad un abuso fisico e l'81% ad abusi psicologici nell'anno precedente; il 10% ammetteva di avere compiuto esso stesso almeno un atto di abuso fisico ed il 40% almeno un atto

di abuso psicologico nell'anno precedente (*Pillemer, Moore, 1989*). In un altro studio, sempre condotto in nursing home americane, gli autori riscontravano che solo il 25% dei comportamenti di abuso erano dichiarati dagli operatori; gli stessi tendevano a maltrattare più frequentemente i residenti del loro stesso sesso (*Payne, Cikovic, 1995*).

3 • Tipi di abuso

L'abuso può esprimersi sotto varie forme: abuso fisico, abuso sessuale, violenza per omissione (trascuratezza intenzionale o meno), violenza medica, autolesionismo, abuso psicologico o emotivo, abuso finanziario, violenza civica ed abbandono. Nella tabella II sono riportate definizione e caratteristiche delle diverse tipologie di abuso sugli anziani.

In Australia, Canada e Regno Unito la percentuale di persone anziane che hanno subito abusi o sono state trascurate va dal 3 al 10%. In Canada, in particolare l'abbandono, rappresenta la forma d'abuso più comune (55% dei casi), seguita da abuso fisico (15% dei casi) e finanziario (12% dei casi) (*WHO global consultation on violence and health, 1996*).

3.1. Abuso fisico

L'abuso fisico è un atto compiuto per infliggere un dolore o un danno fisico (es. schiaffeggiamento, stratonamento, ustione, legatura, alopecia traumatica, alimentazione forzata, etc) (*Collins, Bennett, Hanzlick, 2000*). Rende conto di oltre il 14% di tutti i traumi dell'anziano e causa morte più frequentemente rispetto a quanto accade nei soggetti più giovani vittime di abuso (*Schwab, Shapiro, Kauder, 2000*).

Le sedi dei traumi provocati da abuso fisico differiscono da quelle coinvolte nei traumi accidentali a cui l'anziano può andare incontro. Nei traumi accidentali sono interessate le aree più esposte durante lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e sono pertanto riscontrabili abrasioni e contusioni su prominenze ossee e fratture vertebrali e delle ossa lunghe. In caso di abuso fisico prevalgono invece le lesioni a carico della parte interna delle caviglie, delle cosce e dei polsi, delle estremità dei piedi, della parte posteriore del collo, delle orecchie, delle ascelle e della regione mastoidea. In seguito al trauma potrebbero essere riscontrati sul corpo della vittima il segno della scarpa o della cintura utilizzate per colpire o abrasioni da legature. Risultano sospette anche le lesioni in vari stadi di evoluzione o guarigione. La storia raccontata solitamente non correla con i segni fisici né per localizzazione né per severità e/o si verifica un ritardo nel ricorrere ai trattamenti.

I traumi cranici si verificano più spesso nei casi di grave abuso fisico ed

hanno un alto tasso di morbidità e mortalità. Le emorragie subdurali secondarie ad abuso fisico sono comuni cause di morte negli anziani vittime d'abuso. Qualsiasi danno agli occhi, al naso o alla bocca dovrebbe risultare sospetto.

La perdita di capelli dal vertice e dalla regione frontotemporale è comune negli uomini e nelle donne dopo la menopausa ma, mentre il diradamento e la perdita diffusa dei capelli fanno parte del normale invecchiamento, aree singole o multiple di alopecia con o senza rottura visibile del capello, sono caratteristiche di alopecia traumatica (*Beers, Berkow, 2000*). Emorragie del cuoio capelluto ed ematomi possono derivare da strappamento dei capelli.

Gli anziani mangiano spesso lentamente per riduzione dei riflessi oro-motori e per la xerostomia e questo potrebbe causare insofferenza nel caregiver con sospensione traumatica della somministrazione del pasto (*Beers, Berkow, 2000*). Un'alimentazione forzata con conseguente soffocamento è evenienza non rara in caso di maltrattamento dell'anziano.

L'uso improprio di mezzi di contenzione è un'altra forma di abuso fisico che si manifesta attraverso l'utilizzo di mezzi di contenzione inappropriati, applicazione forzata, prolungato posizionamento o uso per garantire l'isolamento o un'immobilità non necessaria. Indicatori evidenti possono essere ulcere da decubito ed abrasioni ascellari e delle estremità.

3.2. Abuso sessuale

L'abuso sessuale o molestia, consiste in un contatto con i genitali, l'ano, la mammella e/o la bocca dell'anziano. Poiché questo tipo d'abuso è quello meno denunciato, è difficile valutarne la prevalenza. In caso di omicidio di una persona anziana, spesso si trascurava di ricercare segni di aggressione sessuale (*Collins, Presnell, 2006*).

La maggior parte delle aggressioni sessuali avvengono a casa quando l'anziano è solo (*Teaster, Roberto, 2004*). L'aggressore è generalmente un uomo e le vittime sono donne anziane che riporteranno lesioni anogenitali. I sanguinamenti vaginali o anorettali dovrebbero essere indagati non solo per escludere una malattia organica ma anche traumi di natura sessuale. Indicatori del trauma potrebbero ritrovarsi anche in aree non genitali. Vanno ricercati segni di morsicatura, traumi del palato duro e molle, lesioni secondarie a contenzione e segni di asfissia (*Burgess, Hanrahan, Baker, 2005*).

3.3. Trascuratezza

Si tratta della più comune forma di maltrattamento nell'anziano, dovuta all'incapacità del caregiver nel soddisfare i bisogni fisici ed emotivi della persona anziana che accudisce. La trascuratezza può essere attiva o passiva.

Si parla di trascuratezza attiva quando si tratta di un tentativo consapevole o intenzionale di causare dell'angoscia fisica o emotiva attraverso il rifiuto anche parziale di adempiere alle responsabilità di dare assistenza (es. riduzione o soppressione di cibo o medicine) e di trascuratezza passiva se si tratta di mancanza non intenzionale di rispettare le responsabilità di dare assistenza (es. carente rifornimento di cibo o di servizi di tipo sanitario per preparazione inadeguata o infermità dell'assistente stesso).

Indicatori di trascuratezza sono malnutrizione, disidratazione, inedia, scarsa igiene e ulcere da decubito non trattate. Un caregiver può negare la somministrazione di acqua se l'anziano è incontinente in modo tale da ridurre il numero di cambi di vestiti e lenzuola. La presenza di ulcere da decubito in sedi diverse dalle aree lombare e sacrale può segnalare un posizionamento non consueto o l'uso improprio di contenzione per lunghi periodi (es. ulcera prodotta dalle gambe tenute incrociate o da un braccio compresso contro il torace).

3.4. *Violenza medica*

Si parla di trascuratezza medica quando il caregiver non richiede o ritarda il trattamento medico, non procura medicinali o non si occupa delle malattie organiche dell'anziano (es. diete particolari, insulina). La mancata somministrazione di farmaci è una forma di omissione in quanto tale azione potrebbe causare nell'anziano l'esacerbazione di una malattia organica cronica. Questa azione potrebbe nascondere uno scopo finanziario se il caregiver si rifiuta di comprare i farmaci necessari. In questo caso l'anziano sarebbe vittima sia di abuso finanziario che di omissione medica. In alcuni casi il farmaco (es. narcotico) può non essere somministrato all'anziano perchè assunto dal caregiver stesso.

Uno dei maggiori casi di abuso segnalati è quello della sovraprescrizione di medicinali (contenzione farmacologica impropria) per rendere più facile la gestione della persona anziana, in particolare se affetta da demenza (Levine, 2003) con disturbi comportamentali associati (agitazione, comportamento violento). Il farmaco utilizzato può non essere stato mai prescritto al paziente ed il suo uso o abuso può essere documentato solo tramite esami tossicologici.

Data l'età avanzata e le comorbidità, la morte è quasi sempre attribuita alla progressione naturale delle patologie cosicché le richieste di autopsie si riducono con l'aumentare dell'età dei soggetti deceduti (Gruszecki, Edwards, 2004).

3.5. *Autolesionismo*

Per autolesionismo s'intende il comportamento della persona anziana che mette in pericolo la propria salute e sicurezza (es. incapacità nel procurarsi

cibo, vestiti e adeguato ricovero, ricorrere a cure mediche adeguate, provvedere alla propria igiene personale, gestire risorse finanziarie). Nella casistica dell'Adult Protective Services (APS) l'autolesionismo costituisce quasi il 50% di tutti i casi denunciati (Lachs, Pillemer, 1995). Le donne presentano più spesso rispetto agli uomini fenomeni di autolesionismo, anche se ciò può essere correlato al fatto che spesso vivono sole.

Indicatori specifici di autolesionismo sono: disidratazione, malnutrizione, ipo-/ipertermia, scarsa igiene, condizioni di vita non sicure e sudicie, abbigliamento inadeguato e inappropriato, mancanza di necessari ausili come occhiali, protesi acustiche, dentiere, deterioramento di salute inaspettato ed inspiegato, piaghe da decubito, segni di sovradosaggio o rifiuto di assumere farmaci.

Una forma estrema di autolesionismo è la Sindrome di Diogene, dal nome del filosofo greco che aveva abbandonato i beni materiali per andare a vivere dentro una botte. Tipiche della sindrome sono autolesionismo estremo, squallore domestico, ritiro sociale, apatia, tendenza ad accumulare rifiuti (sillogomania), rifiuto di accettare aiuto e, spesso, perdita di pudore per la propria condizione. I pazienti affetti da questa sindrome solitamente vivono da soli (Mahnaz, Lachs, 2002). La prognosi è cattiva e le opzioni di intervento sono limitate quando il paziente cognitivamente integro rifiuta ogni aiuto.

Spesso il comportamento dell'anziano tendente all'autolesionismo è in collusione con il comportamento del caregiver tendente alla trascuratezza.

3.6. Abuso emotivo o psicologico

L'abuso emotivo o psicologico è la volontà di causare angoscia mentale o emotiva e dolore nell'anziano attraverso azioni intenzionali o non intenzionali, verbali e non verbali (minacce, intimidazioni, ricatti, vessazioni, umiliazioni, aggressioni verbali, isolamento sociale, infantilizzazione, denigrazione, manipolazione, interferenze nel prendere decisioni, etc).

Negli Stati Uniti (*Washington Adult Protective Services*, 2004) ed in Australia (*Kurrle, Sadler, Cameron*, 1992) l'abuso psicologico rappresenta la forma più comune di maltrattamento sull'anziano, ma risulta facilmente sottostimato e trascurato. Uno studio britannico (Ogg, Mumm-Giddings, 1993) ha identificato un tasso di incidenza di abuso psicologico del 5%, simile a quello trovato in uno studio olandese (3,2%) (*Comijs, Pot*, 1998).

Tale tipo di abuso spesso non è riferito dal paziente e non si ritrovano segni immediatamente evidenti. Indicatori fisici e comportamentali sono la presenza di abuso di alcool e droghe, variazioni nell'appetito, confusione, agitazione, depressione, mutismo, comportamento distruttivo, difficoltà ad instaurare relazioni, ansia, ideazione suicidaria ed il riferimento da parte dell'anziano di essere maltrattato verbalmente o emozionalmente (*Levine*, 2003).

74 3.7. *Abuso finanziario*•
criminologia
•

L'abuso finanziario è l'uso illegale o improprio di fondi o di altre risorse di una persona anziana senza il suo consenso (es. furto di assegni bancari o denaro, coercizione per privare l'anziano del proprio patrimonio con trasferimento forzato di proprietà).

Rappresenta una delle più comuni forme di abuso verso le persone anziane, essendo secondo alcuni studi (*Hanningan, Cyphers, 1998*) la seconda forma di abuso dopo l'autolesionismo. Rende conto del 20-30% di tutti i casi di abuso sull'anziano.

I perpetratori dell'abuso possono essere familiari o estranei (es. caregiver, fornitori, venditori, procuratori, agenti assicurativi, commercialisti, contabili, preti, amici).

L'effetto di questo tipo di abuso è devastante (*Tueth, 2000*): la sottrazione delle proprie risorse finanziarie spesso provoca un grave distress emozionale o depressione, aumentata dipendenza dagli altri, cambio di residenza, ridotte risorse per l'acquisto di medicinali e per il ricorso alle cure mediche e una riduzione della qualità di vita. Ciò infine potrebbe portare ad una ridotta aspettativa di vita.

3.8. *Violenza civica*

La violenza civica è l'arbitraria mancanza di rispetto dell'Io dell'anziano con violazione di diritti inalienabili come la libertà di parola, di assemblea, di privacy o di voto. Nelle nursing home può comportare la negazione del diritto all'assistenza medica, alla scelta del medico, a rimanere autonomo e libero da contenzioni fisiche (*Levine, 2003*).

3.9. *Abbandono*

L'abbandono è la condizione in cui una persona anziana viene lasciata impropriamente da sola in un luogo (es. ospedale, centro commerciale, qualsiasi locale pubblico) da parte di un individuo che si era assunto la responsabilità di provvedere alla sua cura o da parte di chi l'aveva in custodia (*National Center on Elder Abuse, 2005*).

4 • Abuso istituzionale

Le forme di maltrattamento sono simili a quelle domiciliari, ma presentano differenti dinamiche, cause ed outcome. L'uso improprio di mezzi di contenzione sia fisica che farmacologica per controllare i disturbi comportamentali dell'anziano e facilitarne la gestione da parte degli operatori è più frequente rispetto a quanto accade per i soggetti non istituzionalizzati (*Aravanis, Adelman, 1993; Rubin, Dube, 1993*). Una forma tipica di maltrattamento istituzionale è l'isolamento forzato con separazione di un anziano dagli altri residenti, l'allontanamento dalla sua stanza o il confinamento dentro quest'ultima (con o senza compagni di stanza) contro la sua volontà o quella del suo rappresentante legale (*American Health Care Association, 2001*).

Nell'ambiente sono presenti operatori sanitari che possono scoprire il maltrattamento ⁸, ma un fattore che ostacola la scoperta dell'abuso istituzionale è che meno dell'1% degli anziani deceduti in nursing home sono sottoposti ad autopsia (*Gruszecki, Edwards, 2004*).

5 • Fattori di rischio

L'abuso è un'entità multifattoriale piuttosto che omogenea: diversi fattori di rischio possono essere identificati per le vittime e per gli individui che infliggono gli abusi. La comprensione delle caratteristiche tipiche della vittima, dell'abusatore e dello scenario in cui si compie l'abuso sono cruciali per svelare e prevenire i maltrattamenti nell'anziano. Nella tabella III sono riportati i fattori di rischio di abuso sull'anziano in base alle caratteristiche della vittima e dell'abusatore. Alcuni fattori di rischio sono supportati da solide evidenze, altri derivano invece dall'esperienza clinica.

5.1. Caratteristiche della vittima

Il National Center on Elder Abuse (NEAIS) ha identificato i seguenti gruppi ad alto rischio di abusi: donne, grandi vecchi, anziani con fragilità mentale e/o fisica (*National Center on Elder Abuse, 2005*).

I fattori socio-demografici che contribuiscono all'abuso nell'anziano sono rappresentati da situazioni stressanti intra-familiari come separazione, divorzio e difficoltà economiche, perdita di importanza del ruolo tradizionale dell'anziano ed ageismo, aumentata aspettativa di vita e progressi delle tecnologie mediche e farmaceutiche che prolungano la speranza di vita in pazienti affetti da malattie croniche invalidanti.

L'isolamento sociale e la perdita di supporto da parte della comunità sono stati identificati come caratteristici delle famiglie in cui si manifesta

abuso sull'anziano (*Lachs e coll.*,1994). Le vittime sono isolate da amici e parenti (ad esclusione della persona con cui vivono) e questa condizione accentua lo stress, la frustrazione ed il burnout del caregiver, fattori che possono innescare l'abuso. I comportamenti illeciti tendono ad essere nascosti e solo la presenza di altre persone può portare ad interventi e sanzioni.

Sia evidenze empiriche che studi clinici indicano che la convivenza è il maggior fattore di rischio per abuso sull'anziano e che le persone che vivono da sole sono a minor rischio (*Lachs e coll.*,1997). Il meccanismo sottostante è l'aumentata possibilità di contatto, e quindi di conflitti e tensioni, nel contesto di vita comune. L'anziano vittima di abuso ha solitamente una relazione personale con l'abusatore (es. parenti, vicini, infermieri, caregiver, amici), ma nella maggior parte dei casi si tratta di una relazione povera. Un'eccezione sembra essere l'abuso finanziario in cui le vittime più spesso vivono da sole (*Choi, Kulick, Mayer*,1999).

Il decadimento fisico e/o mentale dell'anziano potrebbe rappresentare un fattore predisponente all'abuso in quanto riduce l'abilità dell'individuo nel difendere se stesso e nell'evitare la violenza (*Paveza, Cohen, Eisdorfer*,1992). La dipendenza della persona anziana dal caregiver e lo stress che ne risulta sembrano non essere fattori predittivi di abuso (*Cooney, Mortimer*, 1995): studi caso-controllo non hanno rilevato infatti né una maggiore dipendenza della persona anziana né un maggiore stress del caregiver nelle situazioni di abuso.

Numerosi studi hanno riportato un più alto tasso di abuso fisico nei pazienti con demenza (*Paveza, Cohen, Eisdorfer*,1992; *Dyer, Pavlik, Murphy, Hyman*, 2002), in particolare Malattia di Alzheimer. Le aggressioni fisiche da parte dei caregiver di pazienti dementi variano dal 5,4% al 20%; questi soggetti hanno un rischio di essere vittime di abuso 2,25 volte maggiore rispetto ai controlli sani che vivono in comunità. I disturbi comportamentali associati (es. vagabondaggio, agitazione notturna, aggressività) rappresentano una enorme fonte di stress per i caregiver, che può indurli a vendicarsi. L'ipotesi dello stress del caregiver è basata sull'avvenuta inversione generazionale, laddove la senilità comporta una crescita esponenziale della dipendenza dal caregiver per bisogni fisici, emotivi e finanziari. La depressione nel paziente affetto da demenza pare essere in relazione con il maltrattamento in quanto può causare la riduzione della capacità di curare sé stesso, il rifiuto di trattamenti medici o di assistenza in casa nonché la negazione dei bisogni giornalieri. A loro volta caregiver vecchi e fragili anch'essi, potrebbero essere vittime di violenze da parte dei soggetti dementi aggressivi.

Particolari tratti di personalità della vittima (passivo-aggressivi o di evitamento), scarsa capacità di coping ed ostilità che si esprime con aggressione verbale o fisica (controllo sulle situazioni problematiche) sono stati ipotizzati come fattori associati al maltrattamento.

L'influenza del contesto culturale ed etnico, anche se postulata, non è tutt'ora chiara. Differenze etniche e culturali potrebbero influenzare le modalità in cui viene percepito l'abuso: in uno studio gli anziani americani di origine asiatica sono risultati molto più tolleranti alle relazioni di tipo abusivo e pertanto richiedono raramente un aiuto esterno probabilmente a causa di influenze culturali che promuovono la tolleranza ed enfatizzano la tendenza a nascondere i conflitti ed eventuali fatti vergognosi che avvengono in famiglia (*Moon, Williams, 1993*)

5.2. Caratteristiche dell'abusatore

Tra i perpetratori di abuso negli anziani la distribuzione è sostanzialmente pari tra i due sessi, anche se gli individui di sesso maschile sono responsabili della maggior parte dei maltrattamenti mentre il rapporto è paritario in caso di trascuratezza. La maggior parte delle persone che attuano l'abuso sono più giovani delle vittime: l'età di chi abusa è nel 39% dei casi tra 40 e 59 anni, nel 27% dei casi più giovane.

Per quanto riguarda il rapporto con la vittima, i parenti e i coniugi delle vittime sono quelli che più frequentemente commettono abuso domestico e circa il 90% degli abusatori hanno un rapporto con le vittime (*National Center on Elder Abuse, 2005*): circa il 33% degli abusatori sono rappresentati dai figli della stessa vittima; gli anziani di sesso maschile più spesso sono maltrattati dalle loro mogli, quelli di sesso femminile dai figli (solitamente dai maschi).

Esiste accordo unanime che le caratteristiche psicopatologiche (*Compton, Flanagan, Gregg, 1997*) di chi abusa, in particolare, disturbi dell'umore di tipo depressivo e disturbi da uso di sostanze ed alcol (etilismo cronico), contribuiscono all'abuso sull'anziano, con percentuali che arrivano fino al 35% (*Pillemer, Finkelhor, 1989*). In uno studio (*Homer, Gilleard, 1990*) alcuni autori hanno riscontrato che l'abuso fisico nell'anziano sembra dipendere più dalle caratteristiche di colui che usa violenza (disturbi da uso di alcool, personalità disturbate, modalità di comportamento irrispettose nei confronti dello stato fisico e mentale della vittima) piuttosto che dalla vittima; l'abuso verbale è più spesso correlato con disturbi di tipo depressivo e ansioso del caregiver e la trascuratezza è associata con un caregiver socialmente disfunzionale. Punteggi di conflitto relazionale e di depressione significativamente più alti sono presenti in coloro che abusano fisicamente, mentre chi perpestra trascuratezza mostra punteggi più alti di ansia. L'abuso psicologico sembra essere correlato ad uno stile di vita personale stressante (*Garner, Evans, 2000*).

Le persone che commettono abuso sull'anziano sono spesso dipendenti finanziariamente dalla persona maltrattata (*Greenberg, McKibben, Raymond,*

1990) e tendono a perpetrare l'abuso tanto a lungo quanto sono in grado di trarre profitto da tale situazione (teoria dello scambio). Esistono situazioni in cui una relazione familiare tesa ed ostile è mantenuta perché un figlio o una figlia dipendenti finanziariamente sono riluttanti a lasciare, e quindi perdere, il supporto genitoriale. L'abuso deriva in alcuni casi dal tentativo dei parenti (e specialmente dei discendenti) di ottenere denaro o proprietà della vittima.

La violenza transgenerazionale è un fattore di rischio plausibile, dato l'importante ruolo che l'esperienza di violenza vissuta nell'infanzia ha in altre forme di comportamento violento, anche se i dati sull'abuso nell'anziano non sono confermati (*Homer, Gilleard, 1990*). La violenza è infatti un comportamento acquisito, un'espressione e/o una reazione a particolari esperienze o situazioni difficili: il comportamento violento osservato all'interno della famiglia viene internalizzato come condotta accettabile e pertanto le mogli abusate impareranno a maltrattare i loro abusatori, i bambini abusati maltratteranno i loro genitori ed allo stesso modo i loro figli, alimentando un circolo vizioso.

5.3. Caratteristiche della relazione tra vittima ed abusatore

Le caratteristiche inconscie legate ai meccanismi di transfert e controtransfert segnano significativamente la relazione in quanto la vittima può rappresentare figure significative del passato dell'abusatore (genitori, nonni) o l'immagine di sé stesso proiettata nella senilità. Sentimenti come collera, odio e paura possono essere pericolosi se non adeguatamente metabolizzati. Sentimenti personali di inferiorità possono essere stimolati nell'identificazione con il paziente. Trattati sodomasochistici possono sfociare in una relazione non paritaria. Il meccanismo psicologico che influenza la qualità dell'interazione e della cura dell'anziano da parte del caregiver risiede nella capacità di quest'ultimo di trasformare e metabolizzare sentimenti di ansia potenzialmente distruttivi piuttosto che agirli attraverso comportamenti aggressivi (*Garner, Evans, 2000*).

Secondo il concetto di "narcisismo distruttivo" (*Rosenfeld, 1971*), i bisogni umani e la vulnerabilità possono essere interpretati come scherno e debolezze ed odiati. Gli anziani quindi rappresenterebbero "un estremo affronto" in quanto richiamano il sentimento infantile di dipendenza e l'inevitabile declino verso la vulnerabilità e la morte (*Terry, 1998*). Secondo alcuni autori il possibile divario tra operatori e residenti è enfatizzato dal meccanismo dell'infantilizzazione dell'anziano, correlato alle paure dei sentimenti infantili di dipendenza ed al terrore infantile della morte (*Terry, 1998*).

5.4. Fattori di rischio per autolesionismo

I principali fattori di rischio per autolesionismo sono rappresentati da comorbidità mediche e psichiatriche (demenza, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo), alcolismo, isolamento sociale, stress, lutto, povertà, disabilità (compromissione nello svolgimento delle attività basali e strumentali della vita quotidiana). Nella tabella IV sono riportati i principali fattori di rischio per autolesionismo.

5.5. Fattori di rischio per abuso istituzionale

Recentemente l'istituzionalizzazione, di per sé stessa, è stata riconosciuta come un fattore di rischio per abuso nell'anziano data la vulnerabilità, l'isolamento sociale ed il decadimento cognitivo dei residenti (*Wierucka, Goodridge, 1996*). Circa la metà dei residenti sono affetti da demenza con disturbi comportamentali associati (es. ostilità, aggressività) che possono favorire la comparsa di maltrattamenti che la vittima non è in grado di denunciare (*Aravanis, Adelman, 1993*). Gli anziani possono essere irritanti, ripetitivi, resistenti alle cure, aggressivi, ingrati ed esigenti e, a volte, fisicamente ripugnanti. Gli anziani aggressivi sono più spesso vittime di abuso da parte dello staff assistenziale (*Pillemer, Moore, 1989*).

I perpetratori d'abuso possono essere membri dello staff assistenziale (più spesso assistenti piuttosto che infermieri), altri residenti o visitatori. La cattiva gestione della struttura, la carenza di personale, il turnover degli operatori e la loro inadeguata selezione e formazione sono fattori che contribuiscono al potenziale abuso. Gli operatori che compiono gli abusi hanno giovane età, bassa scolarità, scarsa esperienza lavorativa in residenze sanitarie, salario inadeguato, condizioni di lavoro stressanti, insoddisfazione lavorativa e burnout.

La cura di pazienti gravemente disabili da un punto di vista psicologico necessita di particolari abilità personali. Alcune di queste abilità possono essere acquisite, altre sembrano invece dipendere da qualità personali come per esempio la capacità di tollerare le frustrazioni e contenere l'ansia. Diverse evidenze (*Bennet, 1997*) suggeriscono che gli individui che compiono degli abusi molto spesso sono affetti da disturbi da abuso di alcol e sostanze, presentano diverse psicopatologie, disturbi di personalità e difficoltà relazionali. Da uno studio (*Pillemer, Moore, 1989*) che ha analizzato il comportamento di infermieri ed assistenti di una nursing home americana è emerso che i membri dello staff erano più propensi a commettere abuso fisico se essi consideravano l'anziano come un bambino (infantilizzazione) e pertanto "come un bambino necessita ogni tanto di disciplina"; gli stessi

operatori ammettono di pensare spesso a rassegnare le dimissioni, probabilmente per insoddisfazione lavorativa.

Il microcosmo di un istituto per anziani riflette solitamente le immagini negative della senilità presenti nell'inconscio collettivo (*Evans, 1998; Garner, Ardern, 1998*). I membri dello staff che presentano attitudini negative verso le persone anziane attueranno più frequentemente comportamenti di abuso (*Pillemer, Moore, 1989*).

Il mantenimento dell'igiene personale e le aspettative dei pazienti (es. riguardo l'uscire dalla struttura) rappresenterebbero le situazioni maggiormente conflittuali tra staff assistenziale ed anziano residente (*Goodridge, 1996*). Nella tabella V sono riportati i principali fattori di rischio di abuso istituzionale.

6 • Diagnosi di abuso sull'anziano

L'American Medical Association (AMA) nelle linee guida del 1992 sull'abuso nell'anziano, suggeriva di sottoporre a screening per violenza domestica tutti i pazienti, al contrario di altre associazioni (es. US Preventive Medicine Task Force e Canadian Task Force). Gli argomenti contro lo screening sistematico per la violenza familiare sono basati essenzialmente su due ragioni: non è stata sviluppata nessuna efficace tecnica di screening e, anche quando gli strumenti di screening sono stati utilizzati, nessuno studio ha dimostrato che l'intervento nei casi identificati abbia migliorato gli outcome clinici (anzi potrebbe paradossalmente peggiorare lo scenario familiare) (*Lachs, Pillemer, 2004*).

È indispensabile raccogliere un'adeguata anamnesi al fine di individuare fattori di rischio ed eventuali forme di abuso. I pazienti potrebbero non fornire volontariamente le informazioni nella maggior parte dei casi per declino cognitivo o paura di vendette o ritorsioni da parte dell'abusatore (es. paura di essere istituzionalizzato, violenza fisica). Il declino cognitivo tuttavia non implica necessariamente che il paziente non denunci l'abuso.

Per portare alla luce discrepanze oggettive, il paziente ed il caregiver dovrebbero essere intervistati separatamente. Il primo colloquio dovrebbe essere effettuato con l'anziano. L'intervista deve iniziare con domande generali riguardanti la sicurezza della casa e quindi continuare con domande sul caregiver ("chi le prepara gli alimenti?", "chi compila gli assegni?"); solo allora devono essere poste domande più specifiche riguardanti l'abuso. È utile ripetere ad alta voce le risposte del paziente per essere certi di aver capito e portare il paziente a riflettere.

L'American Medical Association (AMA) (*American Medical Association, 2003*) ha proposto alcune domande di screening riportate nella tabella VI.

Nell'intervistare il soggetto sospettato di perpetrare l'abuso si deve evitare di inasprire il confronto ed utilizzare invece un approccio non giudicante. L'empatia e la considerazione del carico del caregiver può aiutare il medico a stabilire un rapporto ("Prendersi cura del suo familiare dev'essere molto difficile. Le è mai capitato di perdere il controllo?").

Se dalle interviste emerge un sospetto abuso, eventualmente rafforzato dalla presenza di fattori di rischio, può essere utile cercare di raccogliere informazioni da fonti diverse (es. infermieri, parenti, vicini). Utile effettuare una visita alla casa dell'anziano.

Devono costituire indicatori di abuso la riluttanza del caregiver a lasciare il paziente da solo con lo staff medico, una scarsa conoscenza della condizione medica del paziente, il mancato rispetto di appuntamenti per successivi controlli, la discrepanza tra dati obiettivi e ciò che riferisce il caregiver (es. livelli subterapeutici di farmaco nel sangue nonostante il caregiver asserisca di avere somministrato il farmaco correttamente) così come tra il racconto dell'anziano e del caregiver, frequenti accessi al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri, ritardo nelle richieste di cure mediche e traumi inspiegati.

È indispensabile eseguire un esame fisico dettagliato e completo, senza trascurare la valutazione dello stato mentale dell'anziano, giacché la demenza è un importante fattore di rischio di abuso (*Lachs, Pillemer, 1995*).

7 • Conseguenze dell'abuso sull'anziano

L'abuso comporta come conseguenza dei costi diretti (procedure di giustizia penale, assistenza ospedaliera, programmi di prevenzione, educazione e ricerca), costi indiretti (produttività ridotta, minore qualità della vita, interventi terapeutici per insorta psicopatologia, invalidità, decessi prematuri) e problemi sanitari, fisici e psicologici a lungo termine (danni fisici permanenti, dipendenza da alcolici e farmaci, diminuita risposta del sistema immunitario, disordini cronici dell'alimentazione e malnutrizione, danni inflitti da sé e trascuratezza, disturbi della sfera affettiva, tendenze suicide e morte). Nella tabella VII sono riportati i principali indicatori fisici/materiali e psicopatologici di abuso sull'anziano.

In uno studio longitudinale della durata di 13 anni, abuso e trascuratezza di persone anziane sono risultati essere fattori di rischio indipendenti di morte, anche dopo aggiustamento per diversi predittori di mortalità, inclusa la comorbidity (*Lachs, Williams, O'Brien, 1998*).

7.1. Conseguenze fisiche dell'abuso

Ogni tipo di abuso genera delle peculiari lesioni fisiche, già descritte nei paragrafi precedenti.

Indicatori fisici sospetti di abuso dovrebbero essere confermati da studi radiologici che possono rilevare ad esempio fratture in vari stadi di evoluzione o da esami di laboratorio che possono indicare malnutrizione o disidratazione.

La documentazione dettagliata dei riscontri è cruciale poiché la cartella clinica può diventare un documento legale importante. È utile includere fotografie e disegni delle lesioni.

7.2. Conseguenze psicopatologiche dell'abuso

Riguardo agli effetti psicopatologici del maltrattamento, alcuni studi hanno rilevato che gli anziani abusati mostrano, rispetto a coloro che non hanno subito maltrattamenti, più alti tassi di disturbo dell'umore di tipo depressivo (*Bristowe, Collins, 1989; Pillemer, Prescott, 1989*).

Altri studi indicano la comparsa di disturbo post-traumatico da stress e altre dimensioni psicopatologiche come "helplessness", sentimenti di colpa, vergogna e paura (*Wolf, 1997*).

Sono descritti inoltre insonnia, disturbi del sonno e dell'appetito, abuso di sostanze, ansia, disturbo post-traumatico da stress, disordine somatoforme (*Brigham and Women's Hospital, 2004*).

8 • Trattamento e prevenzione

Una volta rilevato un caso di abuso, è essenziale che il medico protegga la sicurezza della persona anziana rispettando la sua autonomia.

Una delle situazioni più difficili da gestire si genera quando la diagnosi di abuso è stabilita chiaramente, ma la vittima rifiuta l'intervento. È necessario innanzitutto stabilire se il paziente è capace mentalmente di comprendere l'intervento. Gli anziani in grado di comprendere spesso rifiutano l'intervento per la paura di essere istituzionalizzati o maltrattati ulteriormente. Se avviene ciò, il medico deve educare il paziente riguardo all'incidenza di maltrattamento agli anziani e alla tendenza all'aumento sia della frequenza che della severità del maltrattamento con il passare del tempo, fornire informazione scritta sui numeri telefonici di assistenza in caso di urgenza, sviluppare un piano di sicurezza e programmare un follow-up.

Per quegli anziani che non hanno la capacità di decidere sull'intervento, la possibilità di un "guardiano" dovrebbe essere l'ultima opzione; si può

proporre una modalità di assistenza per questioni finanziarie e/o una protezione legale.

È necessario discutere della situazione col paziente e programmare un piano di sicurezza per l'anziano che è immediatamente in pericolo (es. ospedalizzazione, trasferimento in un luogo sicuro, affidamento ad un parente o amico, atto protettivo legale). Se non si configura una situazione di pericolo imminente, è necessario programmare un piano di intervento personalizzato per la vittima e per il caregiver (*Lachs, Pillemer, 1995*).

L'efficace gestione dell'abuso nell'anziano richiede un approccio interdisciplinare che abbraccia diverse aree d'intervento (trattamento medico, salute mentale, servizi sociali ed assistenza legale). Nella tabella VIII sono riportati i membri di un team interdisciplinare per la gestione dell'abuso sull'anziano.

Per prevenire ulteriori episodi di abuso è necessario evitare l'isolamento sociale (attivando i servizi a domicilio, i centri diurni di assistenza e i servizi sociali, favorendo i contatti con i religiosi, utilizzando esperti per i problemi finanziari.), diminuire lo stress del caregiver (informazione ed educazione, assistenza da parte di familiari ed amici, utilizzo di ricoveri di sollievo, gruppi di supporto), controllare i problemi sanitari (evitare l'abuso di sostanze, verificare l'insorgenza di depressione e di problemi psichiatrici, semplificare la terapia, gestire i disturbi comportamentali e l'incontinenza) e valutare la situazione ambientale (verificare la sicurezza degli ambienti, valutare l'opportunità di organizzare un servizio di assistenza domiciliare che si occupi della preparazione dei pasti e delle faccende domestiche). Interventi specifici in base al contesto in cui si è manifestato l'abuso sono descritti nella tabella IX.

9 • Legislazione, strumenti di protezione ed interventi legali

Secondo il codice deontologico (capo II, articolo 29), il medico deve contribuire a proteggere l'anziano soprattutto quando ritenga che l'ambiente nel quale vive non sia idoneo alla cura della sua salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, adoperandosi affinché gli siano garantiti qualità e dignità di vita. A tal fine quando ne sussistano le condizioni è obbligato, sia eticamente che legalmente, a ricorrere alla competente autorità giudiziaria che, qualora lo ritenga necessario, provvederà alla sistemazione dell'anziano in luogo idoneo.

Per la legge penale italiana l'abuso contro l'anziano non è perseguito in modo specifico in quanto tale, ma indirettamente nel momento in cui vengono lesi i diritti sulla persona. Tale reato rientra nei "Delitti contro l'assistenza familiare" (Art. 571-572 del Codice Penale) ed è perseguibile con la

reclusione da sei mesi a venti anni, proporzionalmente al tipo di abuso ed all'entità delle lesioni, sia che venga colpita la sfera fisica che psichica. Il reato sussiste anche se dall'abuso deriva solo un "pericolo probabile di malattia del corpo o della mente"; il reale prodursi del danno stesso è circostanza aggravante.

Si parla di maltrattamento quando esistono relazioni durevoli, abitudinarie o continuative tra la vittima e il colpevole, a livello familiare o extra-familiare.

La condotta punibile si configura in una pluralità di atti reiterati, numerosi o abitudinari, lesivi dell'integrità fisica o del decoro oppure degradanti fisicamente o moralmente per chi li subisce. Affinché si configuri il reato si deve riscontrare la volontà di esercitare maltrattamenti, con la consapevolezza di procurare sofferenza fisica o mentale.

• Conclusioni

Atto isolato o ripetitivo oppure carenza di intervento appropriato, che provoca danno e sofferenza nell'anziano, il maltrattamento può assumere diverse modalità (fisico, psicologico, sessuale, etc) e rappresenta un fenomeno di portata globale. Spesso non denunciato, l'abuso colpisce un crescente numero di "grandi anziani" in condizioni di fragilità sociale, psico-fisica e culturale. A livello sia familiare che istituzionale, il maltrattamento delle persone anziane coinvolge tre dimensioni fondamentali: quella della vittima, quella del maltrattatore e quella dello scenario in cui si svolge l'abuso. La violenza va intesa come un fenomeno multifattoriare che può essere rilevato precocemente e gestito adeguatamente da un team interdisciplinare di professionisti competenti.

Bibliografia

- AMERICAN HEALTH CARE ASSOCIATION (2001): "*The Long Term Care Survey*". Washington DC: American Health Care Association, May 2001: Federal tag 223.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (2003): "*Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*", www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/elderabuse.pdf, last accessed September 9, 2003.
- ARAVANIS S.C., ADELMAN R.D. et al. (1993): "Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect". *Arch. Fam. Med.*; 2: 371-388.
- BEERS M.H., BERKOW R. et al. (2000), in: *The Merk Manual of Geriatrics*. 3rd ed. Whitehouse Station NJ: Merk Research Laboratories.
- BENNET G., KINGSTON P., PENHALE V. (1997): "*The dimensions of elder abuse: prospectus for practitioners*". Macmillan, Basingstoke and London.

- BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL (2004): "Domestic Violence. A guide to screening and intervention". Brigham and Women's Hospital. Boston (MA), 2004.11 p.
- BRISTOWE E., COLLINS J.B. (1989): "Family mediated abuse of non-institutionalized elderly men and women living in British Columbia". *J. Elder Abuse Neglect*; 1: 45-54.
- BURGESS A.W., HANRAHAN N.P., BAKER T. (2005): "Forensic markers in elder female sexual abuse cases". *Clin. Geriatr. Med.*; 21: 399-412.
- BURSTIN G.R. (1975): "Granny-battering", *BMJ*; 3:592.
- CHOI N.G., KULICK D.B., MAYER J. (1999): "Financial exploitation of elders: analysis of risk factors based on county adult protective services data". *J. Elder Abuse Neglect*; 10: 369-62.
- COLLINS K.A., BENNETT A.T., HANZLICK R. (2000): "Elder abuse and neglect". *Arch. Intern. Med.*; 160: 1567-1568.
- COLLINS K.A., PRESNELL S.E. (2006): "Elder omicide: a 20 year study". *Am. J. Forensic Med. Pathol.*; 27: 183-187.
- COMIJS H.C., POT A.M., et al. (1998): "Elder abuse in the community: prevalence and consequences". *J. Am. Geriatr. Soc.*; 46:885-8.
- COMPTON S.A., FLANAGAN P., GREGG W. (1997): "Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service". *Int. J. Geriatr. Psychiatry*; 12: 632-35.
- COONEY C., MORTIMERA A. (1995): "Elder abuse and dementia: a pilot study". *Int. J. Soc. Psychiatry*; 41: 276-83.
- DYER C.B., PAVLIK V.N., MURPHY K.P., HYMAN D.J. (2002): "The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect". *J. Am. Geriatr. Soc.*; 48: 205-58.
- EVANS S. (1998): "Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life and depression". *Aging and Mental Health*; 2: 94-99.
- GARNER J., ARDERN M. (1998): "Reflections on old age". *Aging and Mental Health*; 2: 92-93.
- GARNER J., EVANS S. (2000): "Institutional abuse of older adults". Council Report CR84, Royal College of Psychiatrists, London. Reviewed: 2005.
- GOODRIDGE D. (1996): "Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse". *Journal of Elder Abuse and Neglect*; 81: 49-67.
- GREENBERG J.R., MCKIBBEN M., RAYMOND J.A. (1990): "Dependent adult children and elder abuse". *Journal of Elder Abuse and Neglect*; 2: 73-86.
- GRUSZECKI A.C., EDWARDS J., et al. (2004): "Investigation of elderly deaths in nursing homes by the medical examiner over a year". *Am J Forensic Med Pathol*; 25: 209-212.
- HANNINGAN K., CYPHERS G., et al. (1998): *National Center on Elder Abuse (Final Report)*. Washington DC: American Public Human Services Association.
- HOMER A.C., GILLEARD C. (1990): "Abuse of elderly people by their carers". *Br. Med. J.*; 301: 1359-62.
- JEFFREY M. LEVINE (2003): "Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians". *Geriatrics*; 58: 37-44.
- KLEINSCHMIDT K.C. (1997): "Elder abuse: a review", *Ann. Emerg. Med.*; 309:463-472.
- KRUG E., MERCY J.A., DAHLBERG L.L. (2002): "The Word Report on Violence and Health", *The Lancet*; 360: 1083-1088.
- KURRLE S.E., SADLER P.M., CAMERON I.D. (1992): "Pattern of elder abuse". *Med. J. Austr.*; 157:673-6.
- LACHS M.S., BERKMAN L., FULMER T., HORWITZ R.I. (1994): "A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder abuse". *J. Am. Geriatr. Soc.*; 42: 169-73.

- LACHS M.S., PILLEMER K. (1995): "Abuse and neglect of elderly persons". *N. Engl. J. Med.*; 332(7):437-43.
- LACHS M.S., WILLIAMS C., O'BRIEN S., HURST L., HOROWITZ R. (1997): "Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study". *Gerontologist*; 37: 469-74.
- LACHS M.S., WILLIAMS C.S., O'BRIEN S., et al. (1998): "The mortality of elder mistreatment". *JAMA*; 280: 428-432.
- LACHS M.S., PILLEMER K. (2004): "Elder abuse". *The Lancet*; 364:1263-72.
- LAKS J., WERNER J., (2006): "Forensic psychiatry and human rights throughout life: children, adolescent and the elderly", *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 28 (suppl II): S80-5.
- MAHNAZ A., MARK S., LACHS M.S. (2002): "Elder abuse and neglect: what physicians can and should do". *Cleveland Clinic Journal of Medicine*; 69 (10): 801-808.
- MOON A., WILLIAMS O. (1993): "Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American and Korean-American elderly women". *Gerontologist*; 33: 386-395.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (2005): "*National Elder Abuse Incidence Study*". <http://.aoa.gov/abuse/report/>, last accessed.
- OGG J., MUMM-GIDDINGS C. (1993): "Researching elder abuse". *Aging Soc.*; 13:389-413.
- PAVEZA G.J., COHEN D., EISDORFER C., et al. (1992): "Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors". *Gerontologist*; 32: 493-97.
- PAYNE B., CIKOVIC R. (1995): "Empirical examination of the characteristics, consequences and causes of elder abuse in nursing homes". *Journal of Elder Abuse and Neglect*; 74: 61-74.
- PILLEMER K., FINKELHOR D. (1989): "Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives". *Am. J. Orthopsychiatry*; 59: 179-187.
- PILLEMER K., MOORE D.W. (1989): "Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff". *Gerontologist*; 29: 314-320.
- PILLEMER K., PRESCOTT D. (1989): "Psychological effects of elder abuse: a research note". *J. Elder Abuse Neglect*; 1: 65-74.
- ROSEBLAT D.E., CHO K., DURANCE P.W. (1996): "Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians". *J. Am. Geriatr. Soc.*; 44: 65-70.
- ROSENFELD H. (1971): "A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism". *Journal of Psychoanalysis*; 52: 169-178.
- RUBIN B.S., DUBE A.H. et al. (1993): "Asphyxial deaths due to physical restraint". *Arch. Fam. Med.*; 2: 405-408
- SCHWAB C.W., SHAPIRO M.B., KAUDER D.R. (2000): "Geriatric trauma: patterns, care, outcomes", in : *Trauma* 4th ed. McGraw-Hill; New York, NY, 1099-1114.
- STIEGEL L.A. (1995): *Recommended Guidelines for States Courts Handling Cases Involving Elder Abuse*. American Bar Association, Washington DC.
- SWAGERTY D.L. JR., TAKAHASHI P.Y., EVANS J.M. (1999): "Elder mistreatment". *Am. Fam. Physician*; 59: 2804-2808.
- TEASTER P.B., ROBERTO K.A. (2004): "Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes". *Gerontologist*; 44:788-796.
- TERRY P. (1998): "Who will care for older people? A case study of working with destructiveness and despair in long stay care". *Journal of Social Work Practice*; 12: 209-216.
- TUETH M.J. (2000): "Exposing financial exploitation of impaired elderly persons". *Am. J. Geriatr. Psychiatry*; 8:104-111.
- UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION (2002): "*World Population Ageing 1950-2050*", United Nations, 2002.

- VICTOR C., VETTER N.J. (1986): "Poverty, disability and the use of service by the Elderly". *Social Services and Medicine*; 22: 1087-1091.
- WASHINGTON ADULT PROTECTIVE SERVICES (2004): "*Reports of abuse, neglect, financial, exploitation or abandonment*".
- WHO GLOBAL CONSULTATION ON VIOLENCE AND HEALTH (1996): "*Violence: a public priority*" (WHO/EHA/SPI.POA2). World Health Organization, Geneva.
- WIERUCKA D., GOODRIDGE D. (1996): "Vulnerable in a safe place: institutional elder abuse". *Can. J. Nurs. Admin.*; 9 (3): 82-104.
- WOLF R. (1997): "Elder abuse and neglect: causes and consequences". *J. Geriatr. Psychiatry*; 30: 153-174.

TABELLE

Tabella I. Ostacoli alla diagnosi di abuso nell'anziano

<p>Barriere interpersonali:</p> <p>La vittima non è capace di denunciare l'accaduto a causa di declino cognitivo La vittima ha ricevuto minacce da parte dell'abusatore (istituzionalizzazione, percosse) La vittima ha timore del giudizio del medico La vittima ha timore del giudizio della società La vittima ha perso fiducia nel sistema La vittima ha paura di non essere creduta La vittima prova sentimenti di colpa perché è rimasta con l'abusatore e non lo ha denunciato prima La vittima non ha mai parlato dell'abuso e non sa come dimostrarlo</p>
<p>Mancanza di accesso all'informazione ed alle risorse:</p> <p>La vittima non è consapevole che l'esperienza vissuta sia un abuso domestico La vittima crede che l'esperienza vissuta non sia così grave da essere qualificata come "violenza domestica" La vittima non è consapevole delle risorse disponibili per aiutarla o è incapace di accedere alle risorse a causa del controllo dell'abusatore La vittima non ha indipendenza finanziaria o sociale</p>
<p>Barriere degli operatori e barriere istituzionali:</p> <p>Il medico non ha indagato riguardo all'abuso Mancanza di protocolli per l'abuso nell'anziano Le domande non sono state formulate con un linguaggio comprensibile per la vittima Vi è incertezza riguardo la validità della diagnosi o percezione che la prova dell'abuso sia inadeguata Il medico e/o l'operatore non conoscono le procedure di denuncia Il medico esita nell'etichettare la vittima o l'abusatore Il medico tende a proteggere la vittima e l'abusatore dando priorità al diritto alla privacy Il medico prova disagio nel confrontarsi con l'abusatore Ageismo (discriminazione dell'anziano basata semplicemente sul fattore età) Il medico e/o l'operatore hanno scarsa coscienza civica e professionale La vittima ha paura di denunciare l'abuso perché anche l'abusatore è seguito dallo stesso medico o dalla stessa istituzione La vittima ha paura che la denuncia dell'abuso provochi una notifica all'autorità, che potrebbe esacerbare la violenza domestica</p>

Tabella II. Tipologie di abuso sugli anziani: definizione e caratteristiche

Tipo di abuso	Definizione*	Esempi
Abuso fisico	Atto compiuto per infliggere un dolore o un danno fisico	Schiaffi, strattoni, calci, ustioni, colpire con oggetti, contenzione, alopecia traumatica, alimentazione forzata
Abuso sessuale	Contatto sessuale con una persona anziana non consenziente	Discorsi allusivi, attività sessuale forzata, toccare o accarezzare una persona non consenziente o incapace d'intendere e di volere
Violenza per omissione	Incapacità del caregiver nel soddisfare i bisogni fisici ed emotivi della persona anziana che accudisce	Assenza di assistenza quotidiana, negazione delle necessità di base e dei servizi (cibo, vestiti, alloggio, cure mediche, igiene, stimoli sociali), dimenticanza, omissione
Violenza medica	Mancato o ritardato trattamento medico	Eccessiva o omissiva somministrazione di farmaci, ritardo o omissione nel richiedere il trattamento medico
Autolesionismo	Comportamento della persona anziana che mette in pericolo la propria salute e sicurezza in collusione con la trascuratezza di familiari e/o caregiver	Incapacità di procurarsi cibo, vestiti e adeguato ricovero, ricorrere a cure mediche adeguate, provvedere alla propria igiene personale, gestire risorse finanziarie
Abuso emotivo o psicologico	Volontà di causare angoscia mentale o emotiva e dolore nell'anziano attraverso azioni intenzionali o non intenzionali, verbali e non verbali	Minacce, intimidazioni, ricatti, vessazioni, umiliazioni, aggressioni verbali, isolamento sociale, infantilizzazione, denigrazione, manipolazione, interferenze nel prendere decisioni
Abuso finanziario	Uso illegale o improprio dei beni di una persona anziana non consenziente	Furti, estorsioni, eredità anticipate, firme forzate
Violenza civica	Arbitraria mancanza di rispetto dell'Io dell'anziano	Negazione del diritto di parola, di assemblea, di privacy o di voto, del diritto all'assistenza medica, alla scelta del medico, a rimanere autonomo e libero da contenzioni fisiche
Abbandono	Intenzionale e permanente abbandono di una persona anziana priva di sostentamento	Abbandono in ospedale, istituzione o locale pubblico di un anziano privo della possibilità di procurarsi cibo, vestiti, alloggio, cure mediche o supporto finanziario

* American Medical Association, Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect, www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/elderabuse.pdf, last accessed September 9, 2003.

Tabella III.

Fattori di rischio di abuso sull'anziano in base alle caratteristiche della vittima e dell'autore

Vittima	Abusatore
Declino cognitivo	Disturbi da uso di sostanze/Alcol
Disabilità	Malattie mentali o fisiche
Comorbidità	Dipendenza finanziaria, emotiva o fisica dalla vittima
Stato di salute precario, storia di ospedalizzazione, di cadute	Stress (separazione, divorzio, difficoltà economiche, burnout del caregiver)
Isolamento sociale	Violenza transgenerazionale
Convivenza con il caregiver	Contesto culturale ed etnico
Dipendenza fisica e mentale dal caregiver	
Scarsa comunicazione con il caregiver	
Condotta potenzialmente provocatoria o aggressiva da parte dell'anziano	
Abuso del caregiver effettuato dall'anziano in passato	
Istituzionalizzazione	
Ageismo (discriminazione dell'anziano basata semplicemente sul fattore età)	

Tabella IV. Fattori di rischio per autolesionismo

Autolesionismo
Solitudine
Demenza
Depressione
Disturbi di personalità
Abuso alcolico
Stress
Lutto
Isolamento sociale
Povertà
Disabilità funzionale

Tabella V. Fattori di rischio di abuso istituzionale

Abuso istituzionale
Insoddisfazione lavorativa
Tendenza ad infantilizzare l'anziano
Mancanza di rispetto dei desideri o carenze nel progetto per il paziente
Burnout
Stress relativo alla vita personale

Tabella VI.

Domande di screening per l'abuso nell'anziano dell'American Medical Association (AMA).

1) Ha ricevuto lesioni da qualcuno a casa?
2) È stato toccato da qualcuno senza il suo consenso?
3) Qualcuno le ha fatto fare delle cose che lei non voleva fare?
4) Qualcuno ha preso delle cose sue senza chiedere il suo consenso?
5) È stato minacciato o rimproverato?
6) Ha firmato mai dei documenti che lei non capiva?
7) Ha paura di qualcuno a casa?
8) È solo per molto tempo?
9) Qualcuno non la ha aiutata quando lei aveva bisogno di aiuto in casa?

Tabella VII. Indicatori fisici/materiali e psicopatologici di abuso sull'anziano

Tipo di abuso	Indicatori fisici/materiali e psicopatologici
Abuso fisico	Ematomi, occhi neri, emorragie congiuntivali o del vitreo (indicative di trauma recente), cataratta traumatica (indicativa di vecchio trauma), distacco di retina, ustioni di sigaretta sulle labbra o sulle dita, setto nasale deviato (da traumi ripetuti), segni di costrizioni o legature, fratture o lesioni non trattate, lesioni in diversi stadi di guarigione, lesioni interne (pneumotorace, rottura di milza, emorragie interne), denti e occhiali rotti Modificazioni comportamentali improvvise, depressione, ansia, collera, paura, paranoia, scarsa autostima, declino cognitivo

Abuso sessuale	Ematomi intorno all'area genitale o al seno, malattie sessualmente trasmesse o infezioni genitali inspiegabili, emorragie anali o vaginali inspiegabili, mutande rotte, macchiate o sporche di sangue
Abuso emozionale e psicologico	Comportamenti inusuali come succhiare, mordersi e dondolarsi. Agitazione o stress emozionale, confusione, rabbia, comportamento distruttivo, insicurezza, ridotta autostima, ansia, paura, depressione, mutismo, difficoltà ad instaurare relazioni, abuso alcolico e di sostanze, ideazione suicidaria, mutamenti dell'appetito
Trascuratezza	Disidratazione, malnutrizione, perdita di peso, ulcere da decubito non trattate, scarsa igiene personale, problemi sanitari non trattati, alloggio pericoloso o non sicuro (es. mancanza di acqua corrente o riscaldamento, fili dell'elettricità a vista), condizioni di vita insane o non sicure (es. sporcizia, abbigliamento inadeguato e/o improprio, odore di urine o di feci, infestazioni di insetti)
Violenza medica	Riscontri emato-chimici di sovradosaggio di farmaci o non uso dei farmaci prescritti
Autolesionismo	Disidratazione, malnutrizione, scarsa igiene personale, problemi sanitari non trattati, alloggio pericoloso o non sicuro, condizioni di vita insane o non sicure, mancanza di occhiali o di protesi dentarie e acustiche necessarie. Ritiro sociale, apatia, tendenza ad accumulare rifiuti (sillogomania), rifiuto di accettare aiuto, perdita di pudore
Abuso finanziario	Sparizione di denaro, cambiamenti improvvisi nel conto bancario, modifiche improvvise del testamento, disattenzioni di cura dei conti o pagamenti mancanti nonostante la disponibilità economica di adeguate risorse, acquisto di beni non necessari, ritrovamento di una firma forzata in una transazione finanziaria, trasferimento improvviso ed inspiegabile dei possessi ad un membro della famiglia o ad una persona estranea alla famiglia Cambio di residenza, ridotte risorse per l'acquisto di medicinali e per il ricorso alle cure mediche Distress emozionale, depressione, aumentata dipendenza dagli altri, ridotta qualità di vita
Violenza civica	Violazione della privacy da parte del caregiver (es. durante le visite ricevute)
Abbandono	Abbandono oggettivo

Tabella VIII. Membri di un team interdisciplinare per la gestione dell'abuso sull'anziano (modificata da Lachs M, Pillemer K, (2004): "Elder abuse". Lancet; 364:1263-72)

Figura professionale	Ruolo
Medico	Ricerca e diagnosi di abuso durante la valutazione di routine Esame fisico, dello stato mentale e del tono dell'umore Comunicazione con gli altri membri del team riguardo questi risultati Testimonianza riguardo l'affidamento ed altre procedure legali Elemento essenziale del team in cui può essere il solo individuo in contatto con la vittima oltre all'abusatore
Infermiere	Possibilità di scoprire l'abuso data la natura e la durata del contatto con l'anziano Importante soprattutto in casa di riposo dove può essere il solo testimone dell'abuso Comunicazione con gli altri membri del team, compreso il medico, riguardo all'abuso Possibilità di aiutare ed educare il caregiver a sospendere il maltrattamento
Assistente sociale	Coordinamento dell'intervento sanitario e sociale Programmazione di interventi specifici (es. day-hospital, ricoveri di sollievo) Identificazione di risorse familiari per assicurare il piano di cura
Assistente legale	Assistenza in procedimenti di affidamento Identificazione di piani di cura avanzati e di tutori Aiuto nell'identificazione di risorse per sostenere il carico del caregiver
Forze dell'ordine	Raccolta e dimostrazione delle prove dell'abuso

Tabella IX. Interventi specifici in base al contesto in cui si è manifestato l'abuso (modificata da Lachs M, Pillemer K, (2004): "Elder abuse". Lancet; 364:1263-72)

Contesto dell'abuso	Potenziale intervento
Abuso potenzialmente correlato a stress legato alla cura di un familiare disabile	Ricoveri di sollievo Day-hospital Coinvolgimento di altri familiari o di badanti nell'assistenza Programmi di educazione per il caregiver Psicoterapia per il caregiver Trattamento farmacologico della psicopatologia del caregiver Integrazione sociale del caregiver per ridurre l'isolamento
Violenza dovuta ad uso di sostanze ed alcolico	Programmi di recupero e riabilitazione
Violenza dovuta a problemi comportamentali associati a malattie mentali	Trattamento della patologia sottostante
Violenza coniugale di lunga data	Terapie di coppia Gruppi di supporto Case protette Provvedimenti di sicurezza Assistenza legale
Abuso causato da comportamenti aggressivi di un paziente demente	Valutazione geriatrica delle cause del disturbo comportamentale (es. condizioni mediche acute e croniche)
Abuso finanziario da parte di familiari	Procedure legali di affidamento Amministratore di sostegno Servizi di protezione
Abuso finanziario da parte di badanti	Assistenza legale Amministratore di sostegno Coinvolgimento delle forze dell'ordine Servizi di protezione