



Violenza contro le persone anziane

Abuse of elderly people

A. PINEO, L.J. DOMINGUEZ, A. FERLISI, A. GALIOTO, L. VERNUCCIO, G. ZAGONE, G. COSTANZA, E. PUTIGNANO, M. BELVEDERE, A. DI SCIACCA, M. BARBAGALLO

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Abuse against elderly persons is extremely frequent, although very often is not declared, and entails high human and financial costs. There are on the whole three types of abuse including domestic, institutional, and auto inflicted. It is difficult to get enough information to define the real dimension of the problem, but data from the National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) describe an increasing and expanding phenomenon. The large proportions of this type of violence has lead the World Health Organization to propose strategies primarily focused on three points: Awareness, Education en Defence. An important role in the prevention and diagnosis of elderly abuse is in the hands of the physicians, particularly the geriatricians, who by means of an accurate clinical evaluation and socio-environmental analysis of the elderly conditions may identify the different forms of abuse, prevent them by the identification of risk factors, and once recognized, contact the competent Authorities.

Key words: Abuse • Violence • Elderly • Mistreatment • Human rights

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha pubblicato nel 2002 il primo "Rapporto mondiale su violenza e salute" dedicando un ampio capitolo alla violenza contro le persone anziane¹, che ha analizzato un largo spettro di violenze esaminandone l'importanza e gli effetti nei differenti contesti culturali, sociali, economici e descrivendo i tipi di misure preventive intraprese. Il rapporto utilizza la definizione di violenza elaborata dal WHO nel 1996 ovvero: "L'uso intenzionale di forza fisica o di potere, minaccioso o reale, contro una persona o un gruppo di persone o una comunità, che risulta o ha una alta probabilità di risultare in lesione fisica, morte, danno psicologico, non sviluppo o deprivazione"^{1 2}.

Le tre categorie più comuni di abuso sulla persona anziana sono quello domestico (maltrattamento della persona anziana nella sua abitazione o in quella del caregiver), istituzionale (maltrattamento degli anziani che vivono in case di riposo o residenze assistenziali) e auto-inflitto (comportamento auto-lesivo)¹. Per quanto riguarda le sfere colpite, i tipi di abuso sono descritti nella Tabella I. Il Rapporto ne identifica inoltre quattro livelli secondo i fattori biologici e sociali dell'anziano colpito (Tab. II).



Tab. I. Tipi di abuso

<i>Abuso fisico</i>
– Dolore
– Danni fisici (schiacci, ustioni, legatura)
<i>Abuso emotivo o psicologico</i>
– Sopraffazione verbale
– Umiliazione
– Intimidazione
– Minacce
<i>Abuso finanziario</i> (uso illegale o improprio di beni della persona anziana senza il suo consenso per il beneficio di un altro)
– Furti
– Estorsioni
– Eredità anticipate
– Firme forzate
<i>Violenza medica</i>
– Eccessiva somministrazione di farmaci o privazione di medicinali necessari
<i>Violenza Civica</i>
– arbitraria mancanza di rispetto dell'io dell'anziano
<i>Violenza per omissione</i>
– assenza di assistenza quotidiana, negazione delle necessità basiche e dei servizi (negazione di cibo, servizi di salute), dimenticanza, omissione
<i>Abuso sessuale</i>
– Contatto sessuale di ogni tipo
<i>Autolesionismo</i>
– Comportamento della persona anziana che mette in pericolo la propria salute e sicurezza

Dati epidemiologici

La violenza contro le persone anziane è un problema in crescita proporzionale all'incremento della popolazione mondiale di anziani ed in particolare modo del numero di *oldest-old*, cioè degli ultrasessantenni¹². Nella Seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento, svoltasi a Madrid nel mese di aprile 2002, il Segretario generale delle Nazioni Unite ha presentato un rapporto intitolato *Abuse of Older Person 2002* che esamina gli abusi commessi ai danni delle persone anziane in tutto il mondo, basandosi su studi condotti nel corso degli

ultimi 20 anni. Tale rapporto rivela che gli abusi sono estremamente diffusi, che solitamente non vengono denunciati ed infine che hanno dei pesanti costi finanziari ed umani³. L'informazione sulla misura degli abusi negli anziani (fisici, psichici, psicologici) è carente, ma i pochi studi basati sulla popolazione di cui disponiamo suggeriscono che il 4-6% della popolazione anziana subisce abusi all'interno della propria abitazione e nei 2/3 dei casi gli abusatori sono membri della famiglia (figli o coniugi)⁴. Inoltre sebbene non sia stata eseguita una raccolta sistematica dei dati sugli abusi, i rapporti giornalistici, i dati sul benessere sociale e gli studi su piccola scala, evidenziano che gli abusi e lo sfruttamento economico degli anziani sono più comuni di quanto la società comunemente ammetta.

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 di abuso più comune, con il 55% dei casi riferiti. Il 15% dei casi è rappresentato da sopraffazioni di carattere fisico ed il 12% dallo sfruttamento finanziario⁴.

È molto difficile ottenere informazioni accurate sull'incidenza e la prevalenza dell'abuso agli anziani. Un esempio di alcuni dati validi sono quelli provenienti dal *National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS)⁵ condotto negli USA con una metodologia rigorosa applicata alla raccolta dei dati sulla incidenza dell'abuso domestico e dell'abbandono degli ultrasessantenni. Lo studio, concentrato sul maltrattamento non istituzionale, ha raccolto i dati su auto-lesioni negli anziani in ambiente domestico. I ricercatori hanno ottenuto dati da due fonti principali: da Agenzie di Servizi di Protezioni (APS) per gli Adulti e da circa 1.100 "sentinelle" di agenzie pubbliche e private con frequenti contatti con gli anziani che vivono nelle comunità. L'uso di sentinelle, che includevano infermiere, assistenti sanitari e personale dei pronti soccorsi, si basa sull'assunzione che ufficialmente i casi denunciati rappresentano solo il picco dell'iceberg, e che molti più abusi sono presenti nella comunità.

Tab. II. Livelli di abuso.

Livello I: identifica fattori personali e biologici che influenzano l'individuo ed aumentano la probabilità di diventare una vittima o un esecutore di violenza: caratteristiche demografiche (età, educazione e reddito), disturbi della personalità, abuso di sostanze, storia di esperienza, testimonianza o partecipazione ad una condotta violenta.

Livello II: mette in risalto il rapporto di parentela o di vicinanza. Nell'abuso verso gli anziani, un importante fattore di rischio è rappresentato dallo stress dovuto alla relazione tra la persona abusata ed il *caregiver*.

Livello III: esamina il contesto sociale, scolastico, il posto di lavoro ed il quartiere.

Livello IV: fattori sociali generali che aiutano a creare un clima nel quale la violenza è incoraggiata o inibita (i.e. disponibilità di armi da fuoco, esposizione alla violenza dei mass-media, utilizzo di sostanze stupefacenti, abuso di alcol, differenze sociali)¹².

Il NEAIS ha registrato negli USA un incremento del 150% in 10 anni, dei casi di prevaricazione riferiti dai servizi statali, fra il 1986 e il 1996. In quest'ultimo anno, 449.924 persone anziane ultrasessantenni hanno subito abusi domestici⁵; di questi solo 70.942 casi (16%) sono stati denunciati alle agenzie APS, mentre i casi occulti erano più di cinque volte in confronto con quelli denunciati (84%). Inoltre 139.000 anziani ultrasessantenni hanno sperimentato auto-lesionismo nello stesso anno. Alcuni di questi anziani sono stati soggetti anche ad altre forme di abuso. Del totale, solo il 41% sono stati riferiti alla APS. Contando tutti i casi, si stima che in un solo anno possano essere stati 551.011 i nuovi casi di abuso e/o auto-lesionismo negli ultrasessantenni (incidenza dell'1,3% nella popolazione anziana)⁵. La disattenzione è stata la forma più comunemente riferita dall'APS (50%), seguita dall'abuso psicologico (35%), finanziario (30%), fisico (26%), dall'abbandono (4%) e infine dall'abuso sessuale (0,3%)⁵. Una frequenza diversa del tipo di abuso è stato rilevato da uno studio condotto a Boston in cui 2.020 anziani sono stati interrogati riguardo tre forme di maltrattamento: violenza fisica, abuso psicologico, disattenzione⁶. Il 3% riferiva di avere sperimentato qualche forma di maltrattamento dall'età di 65 anni. L'abuso fisico era il più comune (2,2%), seguito da aggressione verbale abituale (1,1%) e disattenzione (0,4%). Due terzi degli inflittori erano i coniugi. Un altro studio in Canada eseguito con una inchiesta telefonica in un campione randomizzato di 2.000 anziani ha evidenziato un 4% di esperienze di abuso da parte di membri della famiglia o di altri caregivers dopo l'età di 65 anni⁷. Studi in diverse parti del mondo hanno mostrato che il fenomeno dell'abuso sugli anziani è universale. In India, in un campione di persone anziane il 4% aveva subito abusi fisici; tra questi in un campione di 50 ultrasessantenni che vivevano nelle aree urbane, il 20% affermava di essere stato rifiutato dai familiari. In Argentina, il 45% di un campione di persone anziane denunciava di essere stato maltrattato, più frequentemente per abusi psicologici. In Brasile un'indagine ha rivelato che il 35% dei casi denunciati corrispondeva ad abusi di tipo psicologico e finanziario, e il 65% corrispondeva ad abusi per discriminazioni sociali². Alcuni studi realizzati da Helpage International nei paesi in via di sviluppo hanno riscontrato come in Tanzania le difficoltà economiche e le terre carenti hanno indotto ad incrementare le richieste di accusa di stregoneria contro donne anziane, come pretesto per sfrattarle dalle loro case

e persino per ucciderle al fine di appropriarsi dei loro beni. In Africa, lo stupro e la violenza da parte dei familiari nei confronti dei parenti anziani costituisce un problema allarmante soprattutto in alcune comunità dove si crede che il sesso praticato con anziani possa curare dall'AIDS. La guerra civile in paesi come la Colombia, i conflitti politici nell'America Centrale, l'incremento dei crimini e della violenza collegati alla droga nell'America Latina e di stress sulle strutture familiari e comunitarie stanno conducendo ad un aumento dei comportamenti violenti e degli abusi verso le persone anziane¹.

L'incidenza e la prevalenza del maltrattamento agli anziani nelle istituzioni sono ancora meno chiare. Pochi dati sono disponibili e gli studi sono difficili da eseguire anche per la ovvia reticenza sia degli anziani che dei gestori delle case di riposo. Nell'unico studio rigoroso in case di riposo un campione a caso di impiegati di 31 case di riposo nel New Hampshire (577 infermieri e assistenti) sono stati intervistati⁸. Il 36% degli intervistati avevano assistito all'abuso fisico e l'81% avevano assistito ad abusi psicologici nell'anno precedente.

Mortalità e morbilità

Si conosce ancora poco del destino delle persone che subiscono degli abusi. I migliori dati provengono dallo studio *New Haven Established Population for Epidemiologic Studies in the Elderly* (EPESE), uno studio osservazionale in una coorte di una comunità di anziani ultrasessantacinquenni⁹, in cui uno degli outcome misurati era la mortalità per tutte le cause in persone con maltrattamento confermato per richiesta di servizi di protezione. Nei primi 9 anni, 176 membri della coorte sono stati visti per i servizi di protezione per verificare le denunce: 48 (27%) per maltrattamento e 128 (73%) per auto-lesionismo. Alla fine di 13 anni di follow-up e dopo aggiustamenti di altri fattori che aumentavano la mortalità dei soggetti anziani, il rischio di morte era maggiore per quegli anziani che subivano maltrattamento (OR 3,1; 95% CI 1,4 a 6,7) o auto-lesionismo (OR 1,7; 95% CI 1,2 a 2,5).

Categorie a rischio

Diversi fattori di rischio possono essere identificati per le vittime e per gli individui che infliggono gli abusi. Il NEAIS ha identificato i seguenti

gruppi ad alto rischio di abusi: i) donne; ii) grandi vecchi; iii) anziani fragili con fragilità mentale e/o fisica. Le donne rappresentano il 60-76% dei casi denunce della APS. Secondo le "sentinelle" 67-92% delle denunce sono di abusi a donne. La maggiore disparità tra uomini e donne è nell'ambito dell'abuso psicologico (75% dei casi nelle donne). Secondo le "sentinelle" il 92% delle vittime di abuso finanziario sono donne. Due terzi dei casi di auto-lesionismo denunciate alla APS sono stati in donne.

I grandi vecchi (ultraottantenni) subiscono l'abuso nel 52% dei casi secondo l'APS e nel 60% secondo le "sentinelle". Le categorie di abuso più frequenti erano quello fisico, emozionale e finanziario. Quarantacinque per cento dei casi di auto-lesionismo si verificano negli ultraottantenni.

Una alta percentuale di anziani che subiscono abuso e che sono vittime di disattenzione (circa 3 su 4) sono soggetti con fragilità fisica e mentale. Gli anziani che non possono prendersi cura di se stessi sono ad un maggiore rischio rispetto a quelli auto-sufficienti. Sei di 10 anziani vittime di abuso hanno qualche grado di confusione. I dati sulla depressione non sono conclusivi, però suggeriscono che questo è un problema minore rispetto alla non auto-sufficienza e la confusione⁵.

Tra i perpetratori di abuso negli anziani, secondo l'APS, la distribuzione è pari tra i due sessi. Questa apparente equità è in realtà influenzata dalla altissima preponderanza della disattenzione come categoria più frequente tra le donne, mentre per tutte le altre categorie di abuso, gli uomini sorpassano le donne come perpetratori dell'abuso stesso. La maggior parte delle persone che attuano l'abuso sono più giovani delle vittime (65% sono al di sotto dei 60 anni). La età giovane di quelli che attuano abuso finanziario è spiccata in confronto con altri tipi di abuso, con 45% al di sotto dei 40 anni, e 40% tra i 41 e i 59 anni di età. 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 inflittori di abusi avevano un rapporto con le vittime⁵.

Altri fattori di rischio includono: i) abuso di sostanze o infermità mentale (gli inflittori di abuso spesso consumano alcool o droghe o hanno gravi malattie mentali); ii) dipendenza dell'inflittore dalla vittima (frequentemente le persone che abusano dipendono economicamente dalle vittime); iii) storia di violenza (specialmente tra i coniugi una storia di violenza nel rapporto è un fattore di rischio per abusi nelle età più avanzate)¹⁰.

Caratteristiche e valutazione clinica

Ogni tipo di abuso presenta delle peculiari caratteristiche comportamentali (i.e. crisi di pianto, lamenti, paure, etc) e cliniche (specifiche per ogni tipo di abuso). Alcuni segni clinici che devono fare sospettare un abuso negli anziani che visitiamo sono descritti in Tabella III. Un ruolo importante nella prevenzione e soprattutto nella diagnosi di abuso è riservato al medico. A tal fine è indispensabile che egli faccia un'adeguata anamnesi e valutazione clinica, soffermandosi anche sui rapporti con i familiari e sulla situazione sociale e domestica con lo scopo non solo di individuare eventuali forme di abuso ma anche di prevenirle valutando altresì l'esistenza di fattori di rischio, quali per esempio lo stress del caregiver o situazioni economiche precarie. In seconda istanza è indispensabile un accurato e dettagliato esame fisico, valutando la natura di lesioni in diversi stati di cicatrizzazione, o la presenza di malnutrizione, disidratazione e scarsa igiene, senza trascurare la qualità del rapporto con il caregiver nonché lo stato mentale, in quanto la demenza rappresenta un fattore di rischio. Ai fini legali è importante compilare dettagliatamente la cartella clinica, includendo riferimenti verbali, disegni e fotografie delle lesioni. Quando l'abuso viene confermato, il medico deve proteggere la sicurezza della persona anziana rispettando la sua autonomia, tenendo conto delle capacità cognitive della vittima e qualora necessario assumendosi la responsabilità di avvertire gli organi competenti.

INTERVISTE

Alcune tecniche aiutano a ottenere una più accurata informazione; innanzitutto l'anziano deve essere intervistato da solo senza familiari o altre persone. La intervista può iniziarsi con domande generali riguardanti la sicurezza della casa ("Si sente sicuro nel luogo dove abita?") e quindi continuare con domande sulla persona che ha la responsabilità di prendersi cura del paziente ("Chi le prepara gli alimenti? Chi fa gli assegni?")¹⁰.

L'intervistatore deve quindi continuare con domande più specifiche riguardanti l'abuso sospetto. L'American Medical Association ha proposto le seguenti domande di screening¹¹: ha ricevuto lesioni da qualcuno a casa? È stato toccato da qualcuno senza il suo consenso? Le ha qualcuno fatto fare delle cose che lei non voleva fare? Ha qualcuno preso delle cose sue senza chiedere il suo consenso? Lo hanno minacciato o rimproverato? Ha firmato mai dei documenti che lei non capiva? Ha paura di qualcuno a casa? È solo per molto tempo?

Qualcuno non l'ha aiutato quando lei aveva bisogno di aiuto in casa?

Intervistare persone nel sospetto di abuso non è facile e richiede una certa esperienza. Quando si sta intervistando un possibile inflittore di abuso si deve evitare il confronto perché in genere dà meno informazioni di un approccio non giudicatore. L'empatia e la considerazione del carico del caregiver può aiutare il medico ad ottenere una storia accurata: "Prendersi cura della sua mamma con demenza deve essere molto difficile. Le è mai capitato di perdere il controllo?" È utile identificare fattori specifici, come per esempio problemi di comportamento legati ad una demenza che può aumentare lo stress¹⁰.

Se esiste il sospetto di abuso, può essere utile ottenere informazione da più fonti possibili, includendo i parenti, i vicini, infermiere e altre persone di assistenza a casa. La valutazione ideale deve includere anche una visita alla casa dell'anziano.

ESAME FISICO

La diagnosi di abuso deve essere considerato sempre quando un anziano si presenta con plurime lesioni in diversi stadi di cicatrizzazione che sono inspiegabili o che sono spiegabili solo parzialmente¹². Allo stesso modo, la diagnosi di severa disattenzione deve considerarsi quando un paziente con adeguate risorse e con un caregiver si presenta in stato di malnutrizione, disidratazione o igiene molto povera (Tab. III). Una volta confermato il sospetto di abuso, si deve eseguire un dettagliato esame fisico. Lo stato generale e l'apparenza del paziente nonché il rapporto con il caregiver possono essere rivelatori. Si deve esplorare tutto il corpo, ricercando e precisando dimensione, localizzazione e numero delle lesioni dermatologiche. La valutazione dello stato mentale costituisce una parte importante dell'esame giacché il deterioramento cognitivo suggerisce la possibilità di una demenza, che è un importante fattore di rischio di abuso. È

Tab. III. Caratteristiche cliniche dei pazienti che hanno subito abusi.

Abuso fisico

Ematomi, occhi neri, segnali di corde, fratture o lesioni non trattate, lesioni in diversi stadi di guarigione, lesioni interne, occhiali rotti, segni di costrizione o legature, riscontri di laboratorio di sovradosaggio di farmaci o non uso dei farmaci prescritti, rivelazione da parte dell'anziano di atti di abuso e sopraffazione (colpi, schiaffi, calci o altro maltrattamento), modificazioni comportamentali improvvise, violazione da parte del caregiver della privacy dell'assistito, per esempio durante le visite ricevute.

Abuso sessuale

Ematomi intorno al seno o all'area genitale, malattie sessualmente trasmesse o infezioni genitali inspiegabili, emorragie vaginali o anali inspiegabili, mutande rotte, macchiate o sporche di sangue. Il riferimento di un anziano di essere stato violentato o costretto sessualmente.

Abuso emozionale e psicologico

Agitazione o stress emozionale, mutismo, il riferimento da parte dell'anziano di essere stato maltrattato verbalmente o emozionalmente.

Disattenzione

Disidratazione, malnutrizione, piaghe da decubito non trattate, scarsa igiene personale, problemi sanitari non trattati, condizioni abitative pericolose o non sicure (i.e. fili dell'elettricità a vista, mancanza di riscaldamento o di acqua corrente), condizioni di vita insane o non pulite (i.e. sporcizia, pulce, lice, letti bagnati, odore di urine o di feci, vestiti non curati), il riferimento da parte di un anziano di non ricevere attenzione.

Abbandono

Abbandono di un anziano in ospedale, in un'altra istituzione o in un qualsiasi locale pubblico, ovvero il riferimento da parte di un anziano di essere stato abbandonato.

Abuso finanziario o materiale

Cambiamenti improvvisi nel conto bancario (inclusione di nomi addizionali nelle carte di credito o nelle carte bancarie, prelievo non autorizzato di fondi usando una carta di ATM), modifiche improvvise del testamento inspiegabile, sparizione di fondi o di possessi di valore, 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, comparsa improvvisa di parenti precedentemente non coinvolti che reclamano sui negozi e i possessi dell'anziano, trasferimento improvviso ed inspiegabile dei possessi ad un membro della famiglia o a una persona estranea alla famiglia, il riferimento da parte di un anziano di abuso finanziario.

Auto-lesionismo

Disidratazione, malnutrizione, condizioni mediche non trattate, povera igiene personale, condizioni abitative pericolose o non sicure, condizioni di vita insane o non pulite (p.e. animali in cattivo stato o infestazioni di insetti, toilette non funzionante, odore di urine o di feci), vestiti inadeguati e/o impropri, mancanza di occhiali o di protesi dentarie e acustiche necessarie, casa in cattive condizioni.

necessario valutare se il grado di deterioramento cognitivo interferisce con la capacità di decidere se sono necessari degli interventi che richiedono il consenso informato della vittima¹⁰.

DOCUMENTAZIONE

La documentazione dettagliata dei riscontri è cruciale, giacché la cartella clinica può diventare un documento legale importante. È utile includere riferimenti verbali, disegni e fotografie delle lesioni. I costi diretti ed indiretti degli abusi sono descritti in Tabella IV.

TRATTAMENTO

Una volta confermato l'abuso, il medico ha la priorità nel proteggere la sicurezza della persona anziana rispettando la sua autonomia. Ci sono due elementi cardine di cui tenere conto. Il primo è se la persona interessata accetta o rifiuta l'intervento. Il secondo è se ha la capacità di accettare o rifiutare l'intervento.

Se la persona accetta l'intervento, le opzioni di trattamento sono¹⁰:

- implementazione di un piano di sicurezza per l'anziano che è immediatamente in pericolo (i.e. locazione in un luogo sicuro, un atto protettivo legale, ricovero ospedaliero);
- attenzione alle cause del maltrattamento (i.e. riabilitazione per chi attua l'abuso se è dipendente dall'alcool o da sostanze psicotrope; servizi di assistenza per i caregivers esausti);
- segnalazione del paziente o dei parenti a servizi appropriati (i.e. servizi sociali, consigli ed assistenza legale).

Se il paziente ha la capacità di comprendere gli interventi, ma li rifiuta, il medico ha le seguenti opzioni: i) educare il paziente riguardo all'incidenza di maltrattamento agli anziani e alla tendenza all'aumento sia della frequenza che della severità dei maltrattamenti con il passare del tempo; ii) fornire informazione scritta sui numeri telefonici di assistenza in caso di urgenza; iii) sviluppare un piano di sicurezza e iv) programmare un follow-up.

Se la persona non ha la capacità di decidere sull'intervento, il medico deve discutere sulla possibilità di assistenza per questioni finanziarie, la possibilità di un "guardiano" e/o un ordine di protezione legale.

Sono state anche proposte alcune linee guida per lo screening degli abusi nelle persone anziane: i) la *Canadian Task Force* ha determinato che non ci sono sufficienti evidenze per includere o escludere il riscontro di abuso negli anziani come routine nell'esame fisico, però fa la raccomandazione al medico di attenzionare gli indicatori sospetti di abuso per impedire che questo continui¹³; ii) l'*American Medical Association* ha invece fatto la raccomandazione ai medici di porre routinariamente agli anziani domande dirette e specifiche riguardo l'abuso¹¹.

La *United States Preventive Services Task Force* pur ritenendo che non esista al momento sufficiente evidenza per essere pro o contro uno screening specifico della violenza nelle famiglie, da parte del medico, suggerisce però di includere comunque alcune domande dirette riguardanti l'abuso come parte dell'anamnesi di routine¹⁴.

I diritti della persona anziana e le possibili risposte internazionali

I diritti della persona anziana ed i tipi di abusi o violazioni di tali diritti, compreso il problema della violenza e delle sue conseguenze fisiche, psicologiche, sociali ed economiche sono state oggetto di numerose Assemblee e Conferenze Mondiali. La *I Assemblea mondiale sull'invecchiamento* tenutasi a Vienna nel 1982 ha stabilito un piano di adozione internazionale sull'invecchiamento indicando i diritti delle persone anziane¹⁵. L'*Assemblea Generale delle Nazioni Unite* dell'anno 1991 ha affermato i diritti dell'anziano in materia di indipendenza, partecipazione, assistenza, auto-realizzazione e dignità¹⁶. Impegni e principi guida con riferimento al progresso dei diritti delle persone

Tab. IV. Conseguenze degli abusi.

Costi diretti

Procedure di giustizia penale, assistenza ospedaliera, programmi di prevenzione, educazione e ricerca.

Costi indiretti

Produttività ridotta, minore qualità della vita, sofferenze emotive, sfiducia, perdita dell'autostima, invalidità decessi prematuri.

Problemi sanitari, fisici, psicologici a lungo termine

Danni fisici permanenti dipendenza da alcolici e farmaci, diminuita risposta del sistema immunitario, disordini cronici dell'alimentazione e

anziane sono stati adottati nei seguenti vertici: nel 1995 a Copenaghen *Dichiarazione e programma d'azione del vertice mondiale per lo sviluppo sociale*¹⁷; nel 1995 a Pechino *IV Conferenza mondiale sulle donne*¹⁸; nel 2000 a Ginevra *Assemblea generale delle Nazioni Unite*¹⁶; nel 2000 a New York *Vertice delle Nazioni Unite sul millennio*¹⁹; nel 2002 a Madrid *Seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento*³.

L'entità del problema ha indotto l'OMS a prendere dei provvedimenti, che sono stati incentrati su tre punti: consapevolezza, educazione, difesa. Si è deciso che gli interventi devono essere sviluppati in più direzioni, quali Servizi Sociali (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 attenzione verso la salute (educazione attraverso campagne di pubblica consapevolezza). Inoltre si consiglia di non considerare gli abusi sugli anziani come problemi esclusivamente familiari, ma al contrario collettivi avendo il coraggio di parlare di essi e denunciarli, pur nella comprensione e rispetto dei diritti degli anziani. L'OMS sta conducendo uno studio all'interno di 8 nazioni (Argentina, Austria, Brasile, Canada, India, Kenya, Libano, Svezia) che prevede l'organizzazione di *focus groups* (persone anziane e personale sanitario) con lo scopo di definire tre forme diverse di abuso sugli anziani: trascuratezza, violazione e privazione. Gli scopi di questo studio sono: 1) mettere a punto uno strumento di valutazione nella assistenza sanitaria di base; 2) compilare un pacchetto educativo sugli abusi contro gli anziani; 3) sviluppare una metodologia di ricerca su questo tema; 4) promuovere la consapevolezza dell'esistenza ed importanza del fenomeno.

Legislazione Strumenti di Protezione ed Interventi Legali

Secondo il capo II articolo 29 cod. deontologico, 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 un ambiente più sicuro ed idoneo. Penalmente l'abuso contro l'anziano non è perseguito in modo spe-

cifico 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) (allegato 1) ed è perseguibile con la reclusione da 6 mesi a 20 anni, proporzionalmente al tipo di abuso ed all'entità delle lesioni, sia che venga colpita la sfera fisica che psichica.

Conclusioni

L'abuso nei confronti della persona anziana è un problema diffuso ma sottostimato e poco conosciuto sia dall'ambiente medico che dalla società. L'entità di tale problema non è del tutto nota in Italia, ma anche a livello mondiale, sia per la mancanza di denunce sia per l'incapacità degli operatori sanitari di individuarne i segni. È chiaro che il maltrattamento può concretizzarsi non solo con una condotta attiva, ma anche con una condotta omissiva, per cui la mancata rilevazione di casi, il silenzio e la mancata denuncia rendono tanto il medico quanto la società non meno colpevoli dell'abusatore.

Attualmente in Italia non è presente una legislazione specifica a difesa dell'anziano, per cui tale reato rientra nei delitti contro la persona, contrariamente a quanto accade per minori a difesa dei quali esistono leggi specifiche. Tuttavia tale reato è perseguibile con la reclusione da 6 a 20 anni per cui, in attesa della formulazione di leggi appropriate per tale materia, sussistono misure detentive valide²⁰.

Qualsiasi forma di violenza determina confusione e destabilizzazione della personalità di chi riceve l'abuso producendo con il tempo l'insorgenza di disturbi patologici, per questo è necessario in primo luogo prendere coscienza dell'esistenza del problema e renderlo noto anche attraverso programmi di sensibilizzazione e di formazione per la diagnosi, la riabilitazione e l'assistenza dell'anziano oggetto dell'abuso; in secondo luogo adoperarsi a livello sociale verso le famiglie a rischio offrendo sostegno alle situazioni più vulnerabili sia sul piano sociale (i.e. precarietà economica, livello culturale) sia sul piano psicologico (caregiver).

Un ruolo importante nella prevenzione e soprattutto nella diagnosi dell'abuso è riservato al medico geriatra, che attraverso una completa valutazione clinica (anamnesi, esame obiettivo) e socio-ambientale possiede la competenza atta all'individuazione di eventuali forme di abuso e di situazioni familiari border-line ad elevato rischio per tale problematica.

ALLEGATO 1

Art. 571 del Codice Penale Italiano: Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina.

[I]. Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

[II]. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni.

L'abuso nei confronti delle persone anziane è estremamente diffuso, anche se solitamente non viene denunciato, ed ha pesanti costi finanziari ed umani. Le tre categorie più comuni di abusi sono costituite dall'abuso domestico, istituzionale e dall'abuso autoinflitto. È difficile ottenere informazioni accurate sulle reali dimensioni del problema, ma i dati provenienti dal *National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS) denunciano un fenomeno in crescente aumento. L'entità del problema ha indotto l'OMS a prendere dei provvedimenti, fondamentalmente incentrati su tre punti:

Art. 572 del Codice Penale Italiano: Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli.

[I]. Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

[II]. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti.

consapevolezza, educazione e difesa. Un ruolo importante nella prevenzione e nella diagnosi dell'abuso è riservato al medico di famiglia ed al geriatra, che attraverso l'anamnesi, la valutazione clinica, e l'analisi socio-ambientale del paziente può più facilmente di altri individuare eventuali forme di abuso, prevenirle attraverso l'analisi di fattori di rischio, ed una volta accertato il reato, denunciarlo alle Autorità competenti.

Parole chiave: Abuso • Violenza • Anziani • Maltrattamenti • Diritti umani

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano E. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization 2002.
- ² Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. *The World report on violence and health*. Lancet 2002;360:1083-8.
- ³ *Abuse of older person: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context*. Document of the United Nations Economic and Social Council 2002.
- ⁴ WHO global consultation on violence and health. *Violence: a public priority (WHO/EHA/SPLPOA2)*. Geneva: World Health Organization 1996.
- ⁵ National Center on Elder Abuse. National Elder Abuse Incidence Study: <http://www.aoa.gov/abuse/report/>
- ⁶ Pillemer K, Finkelhor D. *The prevalence of elder abuse: A random sample survey*. Gerontologist 1988;28:51-7.
- ⁷ Podkies E. *National survey on abuse of the elderly in Canada*. J Elder Abuse Neglect 1992;4:5-58.
- ⁸ Pillemer K, Moore DW. *Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff*. Gerontologist 1989;29:314-20.
- ⁹ Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. *The mortality of elder mistreatment*. JAMA 1998;280:428-32.
- ¹⁰ Lachs MS, Pillemer K. *Abuse and neglect of elderly persons*. N Engl J Med 1995;332:437-43.
- ¹¹ Aravanis S, Adelman R, Breckman R. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Arch Fam Med 1993;2:371-88.
- ¹² Butler RN. *Warning signs of elder abuse*. Geriatrics 1999;54:3-4.
- ¹³ Periodic health examination, 1994 update. *Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. CMAJ 1994;151:1413-20.
- ¹⁴ US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed*. Baltimore: Williams and Wilkins 1996.
- ¹⁵ www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm
- ¹⁶ www.un.org/ga/58/index.html
- ¹⁷ www.un.org/esa/socdev/wssd/index.html
- ¹⁸ www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm
- ¹⁹ www.un.org/millennium/summit.htm
- ²⁰ Codice Penale Italiano, Articoli 571 e 572.