

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE MEDICHE GENERALI E SCIENZE DEI SERVIZI Ciclo XXVI

**Settore Concorsuale di afferenza: 06/M2
Settore Scientifico disciplinare: MED/43**

La violenza sull'anziano: aspetti medico-legali di una problematica sommersa

Presentata da: Dott. Giancarlo Salsi

**Coordinatore Dottorato
Prof. Nicola Rizzo**

**Relatore
Prof.ssa Susi Pelotti**

Esame finale anno 2014

Indice	3
Introduzione	6
Capitolo I	
Definizione del maltrattamento sull’anziano e descrizione del fenomeno	
1.1 anziano.....	7
1.1.1 teorie dell’invecchiamento.....	11
1.1.2 demografia.....	14
1.1.3 condizione dell’anziano.....	15
1.2 il maltrattamento dell’anziano: definizioni.....	16
1.2.1 epidemiologia.....	17
1.2.2 classificazione.....	19
1.2.3 modelli teorici.....	22
1.2.4 fattori di rischio.....	24
1.2.5 fattori protettivi.....	27
1.2.6 capacità di riconoscimento dell’abuso da parte dei sanitari.....	28
1.3 la valutazione multidimensionale dell’anziano.....	30
1.3.1 stato funzionale.....	31
1.3.2 stato psico cognitivo.....	34
1.3.3 stato nutrizionale.....	37
1.3.4 stato clinico e dolore.....	38
1.3.5 qualità della vita.....	40
1.4 diagnosi di abuso e diagnosi differenziale.....	41
1.4.1 anamnesi.....	41
1.4.2 abuso fisico.....	42
1.4.3 abuso psicologico o emozionale e finanziario.....	45
1.4.4 neglect.....	45
1.4.5 self neglect.....	53
1.4.6 abuso sessuale.....	54
1.5 diagnosi differenziale e marcatori forensi dell’abuso.....	54
1.5.1 ecchimosi.....	56
1.5.2 escoriazioni e lacerazioni.....	59
1.5.3 fratture.....	59
1.5.4 perdita di peso, malnutrizione, disidratazione.....	60
1.5.5 piaghe da decubito.....	61
1.5.6 assunzioni inappropriate dei farmaci.....	61
1.5.7 ustioni.....	62

1.5.8	scarsa igiene.....	63
1.6	diagnosi post-mortem.....	63
1.7	strumenti di screening per l'abuso sull'anziano e loro efficacia.....	66
1.8	linee guida dell'American Medical Association.....	75

Capitolo II

Riflessi penali e civili della violenza sull'anziano

2.1	il reato di maltrattamenti contro familiari o conviventi.....	85
2.1.1	sintesi della recente evoluzione normativa dell'art. 572 c.p.....	85
2.1.2	configurabilità del reato ex art. 572 c.p. anche mediante omissione.....	88
2.1.3	la violazione degli obblighi di assistenza familiare ex art. 570 c.p., limiti e differenze rispetto all'art. 572 c.....	89
2.1.4	rapporto tra giudizio civile e processo penale.....	91
2.1.5	l'abuso di mezzi di correzione ex art. 571 c.p. si differenzia dal reato di maltrattamenti ex art. 572 c.p. per la liceità dei mezzi abusati....	92
2.1.6	i mezzi correttivi.....	93
2.1.7	la violenza privata ex art. 610 c.p.....	95
2.2	il reato di circonvenzione di persone incapaci ex art. 643 c.p.....	96
2.2.1	condizionamento psichico e circonvenzione di incapaci.....	98
2.2.2	abuso e induzione.....	99
2.2.3	estensione della tutela penale ai non infermi di mente.....	100
2.2.4	la prova della condizione pregiudicata.....	101
2.3	l'istituto dell'amministratore di sostegno.....	102
2.3.1	l'applicazione dell'istituto agli anziani.....	105
2.3.2	consenso al trattamento sanitario del beneficiario dell'amministrazione di sostegno.....	106
2.4	il ruolo del medico legale nell'ambito dell'abuso sull'anziano.....	107
2.4.1	diagnosi di abuso.....	108

Cap. III

Indagine presso la Procura della Repubblica di Bologna sui reati di cui agli artt. 572 e 643 c.p.; presso il Tribunale di Bologna sull'istituto dell'amministratore di sostegno

3.1	materiale e metodi.....	111
3.2	risultati.....	112
3.3	discussione.....	122

Conclusioni.....124

Bibliografia.....126

Introduzione

Il fenomeno dell'abuso sull'anziano è giunto all'attenzione solo negli ultimi anni attraverso l'esperienza e la ricerca per lo più anglosassone che stima l'attuale conoscenza del fenomeno pari a quella che si aveva 30-40 anni fa in tema di abuso sui minori.

La difficoltà all'emersione del problema può essere ricondotta a molti fattori tra cui quelli psicologici degli anziani stessi ad ammettere di essere stati maltrattati, la mancanza di persone di fiducia a cui rivolgersi, la sfiducia nelle istituzioni ed infine l'impossibilità di denunciare le violenze subite a causa del deterioramento mentale.

Risulta pertanto fondamentale identificare e riconoscere le situazioni di abuso al fine di approntare anche idonee misure preventive, dati i costi umani ed economici che dall'abuso derivano.

Con questo studio si intende valutare lo stato attuale della ricerca nel campo della rilevazione dell'abuso sulle persone anziane, così da contestualizzare gli strumenti proposti in letteratura ai fini dello screening e dell'assessment in una più ampia cornice medico-legale e geriatrica, cercando in particolare una possibile complementarità con l'attuale valutazione multidimensionale dell'anziano.

Una volta fornite le necessarie definizioni mediche o antropologiche di "persona anziana" e aver descritto la demografia di questa ampia fetta della popolazione mondiale (evidenziandone la particolare importanza nel contesto italiano), verrà introdotto il tema dell'abuso iniziando da una revisione della letteratura che ne esplicita definizioni, epidemiologia, possibili classificazioni e i modelli teorici volti a spiegarne l'eziologia.

Sono poi studiati approfonditamente i fattori di rischio e protettivi che statisticamente appaiono correlati al proliferare del fenomeno e vengono riportati casi di studio che hanno per oggetto l'attuale capacità del personale assistenziale/sanitario di riconoscerlo.

L'importanza di strumenti da utilizzare nella valutazione multidimensionale dell'anziano è andata via via emergendo così come la ricerca di marcatori che permettano la diagnosi differenziale rispetto a sintomi di patologia "naturale".

In accordo con i richiami della letteratura internazionale sull'importanza della ricerca ai vari livelli di approccio, si è condotto uno studio volto a raccogliere i dati relativi alle denunce alla Procura della Repubblica di Bologna per i reati di "maltrattamenti contro familiari o conviventi" e di "circonvenzione di persone incapaci", reati che particolarmente si adattano all'abuso sull'anziano. Inoltre, poichè le situazioni di parziale o tale perdita di autonomia rappresentano fattori di rischio per l'abuso sull'anziano, si è proceduto a raccogliere presso il Tribunale di Bologna i dati relativi all'amministratore di sostegno, figura prevista dalla legge a supporto della persona.

CAPITOLO I

Definizione del maltrattamento sull'anziano e descrizione del fenomeno

1.1 Anziano

Prima di introdurre il tema dell'abuso sugli anziani, occorre dare una definizione alla condizione stessa di "anzianità" di una vittima potenziale, così da poter isolare un campione di pazienti significativo in seguito.

Una prima definizione di persona anziana, contestuale al fenomeno oggetto di studio, si può desumere dal recente articolo *Elder Abuse* (di A.W. Fox ¹).

Anziano: persona vulnerabile in confronto ad adulti più giovani della stessa comunità a causa della sua età avanzata. Non è sottinteso un preciso limite d'età.

L'anziano, dunque, è identificato dal suo status di vulnerabilità. Questo, a sua volta, può essere così definito:

Adulto vulnerabile: persona che ha o può avere bisogno di servizi di cura da parte della comunità a causa di disturbi mentali o di altro tipo, a causa dell'età avanzata o a causa di uno stato di malattia; persona che è o può essere incapace di prendersi cura di sé, o incapace di proteggere sé stesso da danni significativi e sfruttamento ².

In questa definizione non si ritiene necessario specificare un range di età in cui inquadrare la condizione di anziano, per di più in letteratura sono presenti numerose altre trattazioni che discordano su questo punto.

Nel documento "Bioetica e Diritti degli Anziani" del CNB (Comitato Nazionale per la Bioetica) il tema dell'invecchiamento viene prevalentemente trattato secondo due ottiche: un'*ottica medica* (la vecchiaia viene interpretata come quel periodo della vita in cui più alta è la probabilità di dover ricorrere a terapie e a trattamenti medici) e un'*ottica di etica pubblica* (la vecchiaia viene esaminata nella prospettiva delle teorie normative della giustizia e, più precisamente, dell'equità nella distribuzione delle risorse medico-sanitarie disponibili in un dato contesto sociale) ³.

Queste due definizioni, però, considerano solo parzialmente la realtà dell'invecchiamento, trascurando cioè gli aspetti psicologici e socio-culturali, come la questione delle relazioni tra le generazioni.

Il documento del CNB continua: "L'anzianità non si identifica tanto con l'età, ma con il livello di autonomia sociale, che misura contestualmente in che modo il soggetto è in grado di prendersi cura di sé e possibilmente di chi gli sta accanto – spesso si tratta di coppie di anziani –, in che modo è in grado di affrontare e risolvere i propri problemi, attingendo alle risorse comunemente disponibili nel sistema socio-sanitario, e in terzo luogo quale sia la consistenza della rete sociale in cui è inserito: numero di legami attivi, efficienza dei medesimi e loro reciprocità" ⁴.

Consultando alcuni testi italiani di Medicina Geriatrica⁵, riscontriamo unanimità nel considerare *anziani* gli individui di 65 anni o più.

Una prima categorizzazione della popolazione dai 65 anni in su ⁶ la suddivide in questo modo:

¹ Fox, «Elder Abuse,» *Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences*, 2012.

² Lord High Chancellor by Command of Her Majesty, *Making decisions on behalf of mentally incapacitated adults*, Londra, 1997.

³ Presidenza del Consiglio dei Ministri; Comitato Nazionale per la Bioetica, «Bioetica e diritti degli anziani,» 2006.

⁴ Ibidem

⁵ Senin, Cherubini e Mecocci, *Paziente anziano e paziente geriatrico. Medicina della complessità. Fondamenti di gerontologia e geriatria - Terza Edizione*, Napoli: EdiSES, 2011

⁶ Ibidem

- 65-74 anni: *young old*
- 75-84 anni: *old old*
- 85 anni e oltre: *oldest old*

Una suddivisione alternativa ⁷ inizia la propria analisi dall'età "pre-senile", superiore ai 45 ma inferiore ai 65 anni, poiché in questo periodo inizia la diminuzione dell'efficienza funzionale dell'organismo (gli eventi biologici caratteristici sono la menopausa per la donna e l'andropausa per l'uomo). Questa diminuzione non è assolutamente interpretabile come "malattia", ma è espressione dell'adeguamento dell'organismo alle modificazioni biologiche dei nostri organi e apparati. Si rilevano, invece, i primi segni di queste modificazioni biologiche, definite spie bioumorali (ipercolesterolemia, iperglicemia, iperuricemia, tendenza alla formazione di trombi e ipertensione arteriosa), indicative di potenziale patologia.

Superati i 65 anni, la suddivisione dell'età proposta è la seguente:

- **Senescenza graduale**
Comprende la fascia dai 65 ai 75 anni; è il periodo in cui facilmente possono insorgere processi morbosi conclamati, in particolare se non si sono attuate le misure preventive primarie e non sono state trattate le alterazioni delle spie bioumorali.
- **Senescenza conclamata**
Comprende i soggetti dai 75 ai 90 anni; è l'epoca dell'anziano in senso stretto. Solitamente in questa fase della vita è possibile godere di un buon grado di benessere fisico e mentale, ma divengono più pressanti le necessità di adeguamento ai nuovi ritmi biologici. In questo periodo, in caso di patologie, emergono facilmente problemi assistenziali a vari livelli (medico, sociale e riabilitativo), dovuti ad alcune malattie che tendono alla cronicità e all'invalidità.
- **Longevi**
Dopo i 90 anni l'anziano presenta evidenti modificazioni fisiopatologiche, con una ridotta riserva funzionale associata spesso a un equilibrio biologico fragile ed instabile

I 65 anni sono unitariamente indicati come momento di inizio dell'età anziana nei paesi sviluppati anche perché, come già detto, spesso coincide con il pensionamento, ma molto diversa è la situazione nei paesi in via di sviluppo.

In Africa per esempio non è stata ancora trovata un'età di riferimento per l'inizio dell'età anziana, anche a causa delle differenze tra stato e stato. Si pensi che, soprattutto nell'Africa sub-sahariana, non sono ancora attivi servizi statali anagrafici e di censimento: non si conosce, quindi, la data di nascita di molte persone e risulta impossibile stabilirne l'età.

A questo si aggiunga che la maggioranza della popolazione vive e lavora in ambiti rurali al di fuori dei contesti governativi che dovrebbero regolamentarne il lavoro e il pensionamento.

Possiamo ritrovare una trattazione completa sul tema nella documentazione del progetto di censimento MDS (*Minimum Data Set*) interno al più ampio "*Older Adult Health and Ageing in Africa*" condotto dal WHO tra il 1995 e il 2003⁸.

Alla fine degli anni '70 del '900 fu condotto uno studio antropologico internazionale, nel quale furono incluse varie zone dell'Africa, per dare una definizione di *età anziana* che fosse valida per i

⁷ Tammaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000

⁸ Kowal e Suzman, «Directory of Research on Ageing in Africa:1995 - 2003,» World Health Organization, Geneva, 2003

paesi in via di sviluppo e i cui risultati furono pubblicati nel 1980⁹. Le definizioni così ottenute rientravano in tre categorie:

- Cronologica
- Cambiamento del ruolo sociale (per cambiamento dello status lavorativo, crescita dei figli, menopausa)
- Cambiamento delle capacità (invalidità, demenza senile e modificazioni delle caratteristiche fisiche)

I risultati di questa analisi culturale hanno dimostrato che il parametro più importante per la definizione di età anziana fosse il cambiamento del ruolo sociale, e che nei casi in cui si preferisse il criterio cronologico questo fosse accompagnato da un'ulteriore definizione.

In due studi più recenti, condotti in Nigeria (Togonu-Bikersteth, 1987¹⁰ e 1988¹¹), gruppi di persone di varie età (da giovani ad anziani) sono stati intervistati riguardo la loro percezione di inizio dell'età anziana e hanno dato risposte simili tra loro, anche se con differenze tra uomini e donne. I risultati erano simili a quelli dei paesi occidentali; ma dobbiamo considerare che il campione proveniva da una sola comunità caratterizzata da norme culturali che privilegiavano gli anziani.

Se si considera l'auto-definizione di *età anziana*, data dagli anziani stessi, si denota che con l'aumentare dell'età essi tendono a limitare l'ampiezza della definizione e a concentrarsi sullo stato di salute (Brubaker 1976¹², Johnson 1976¹³, Freund, 1997¹⁴).

Mentre una definizione singola, come quelle di età cronologica o basate sui *marker* sociali/culturali/funzionali, è comunemente adottata da studi demografici, lo studio del WHO conclude che usare i 50 anni come inizio dell'età anziana avrebbe permesso di incorporare indirettamente tutte le altre definizioni e rendere più significativi i risultati dell'indagine.

L'Ufficio Regionale del WHO del Mediterraneo Orientale, in uno dei *Fact Sheets del World Health Day 2012* dal titolo "*From stigma to active and dignified ageing*", afferma che, nonostante i 60-65 anni, corrispondenti grossomodo all'età del pensionamento nei paesi in questione, siano comunemente considerati come l'inizio dell'età anziana, l'anzianità non possa in realtà essere un concetto indipendente dall'aspettativa di vita (dai 44 anni del 1950 ci si aspetta di arrivare quasi ai 77 nel 2050 nella regione in analisi). Inoltre, in gran parte dei Paesi in via di sviluppo, l'età anagrafica non è il parametro più importante per la definizione di età anziana, lo è piuttosto il momento in cui la persona non è più in grado di dare un contributo attivo alla società; questo momento però non è identificabile arbitrariamente, ma dipende dallo stato di salute e dal benessere individuale.

Nei rapporti del WHO sull'invecchiamento riguardanti America Centrale, Meridionale, e Regioni del Pacifico Occidentale l'età anziana è sempre considerata a partire dai 60 anni, standard che è adottato anche dalle Nazioni Unite (UN)¹⁵.

⁹ Glascock e Feinman, «A holocultural analysis of old age,» in *Comparative Social Research*, Emerald, 1980, pp. 311-32.

¹⁰ Togonu-Bickersteth, «Chronological definitions and expectations of old age among young adults in Nigeria,» *Journal of Aging Studies*, pp. 113-24, 1987.

¹¹ Togonu-Bickersteth, «Perception of old age among Yoruba aged,» *Journal of Comparative Family Studies*, pp. 113-23, 1988

¹² Brubaker e Powers, «The stereotype of "old". A review and alternative approach,» *Journal of Gerontology*, n. 31(4), pp. 441-7, 1976.

¹³ Johnson, «Is 65+ old?,» *Social Policy*, Vol. %1 di %2Nov-Dic, pp. 9-12, 1976.

¹⁴ Freund, «Self-definition in old age. (German, abstract),» *Zeitschrift fur Sozialpsychologie*, vol. 28, n. 1-2, pp. 44-59, 1997.

L'invecchiamento è un fenomeno complesso che non riguarda solo i cambiamenti fisici e cognitivi, fisiologici e patologici studiati dalla Geriatria, ma anche l'ambito sociale e politico: essendo la popolazione anziana, come vedremo, in rapida crescita e, in una non trascurabile percentuale dei casi, a rischio di abuso, è necessario che gli operatori sanitari in primo luogo, ma anche quelli sociali e, in senso più ampio, gli organismi di governo, siano correttamente formati e sensibilizzati al fine di attuare manovre di tutela ad essa rivolte.

Anziano fragile¹⁶

Per *fragilità* si intende un precario equilibrio dello stato di salute, associato al rischio perenne di disabilità e di eventi patologici acuti a cascata.

L'*anziano fragile* è il paziente tipico della medicina geriatrica.

L'anziano fragile si caratterizza per età avanzata, anoressia, malnutrizione, dimagrimento, sarcopenia, disidratazione, sedentarietà, osteoporosi, astenia, anemia, ipoalbuminemia, ipocolesterolemia, polipatologia, polifarmacoterapia, ospedalizzazioni ripetute.

La fragilità è la condizione che caratterizza gli anziani che risultano ad alto rischio di dipendenza, istituzionalizzazione, cadute, incidenti, morbilità acuta (con lento recupero), ospedalizzazione e morte.

La prevalenza della fragilità aumenta drammaticamente con l'età, essendo stata riscontrata nel 10-25% degli ultrasessantacinquenni e nel 46% degli ultraottantacinquenni viventi sul territorio.

Esistono dei *criteri standardizzati* (Linda Fried et al, 2001) per definire l'anziano fragile:

- Dimagrimento superiore al 5% del peso corporeo o a 4,5 Kg in un anno;
- Astenia e faticabilità soggettiva;
- Minima attività fisica globale;
- Minima velocità nel cammino;
- Minima forza all'*handgrip*.

Gli ultimi quattro punti sono determinabili con questionari specifici.

La presenza di almeno 1 criterio identifica l'anziano a rischio di fragilità, mentre l'anziano è fragile quando vengono soddisfatti almeno 3 criteri.

Per l'anziano fragile qualunque patologia acuta rappresenta un problema tale da richiedere un monitoraggio continuo per la facile insorgenza di complicanze, per la stabilizzazione clinica ritardata associata a un recupero incompleto; spesso infatti la dimissione dall'ospedale è difficile ed è alto il rischio di istituzionalizzazione, disabilità e morte.

Allo stato attuale delle conoscenze non disponiamo ancora di strumenti di valutazione capaci di fornirci precise indicazioni sul livello di rischio connesso a un presunto o reale stato di fragilità, anche nei riguardi del rischio di istituzionalizzazione. Quest'ultimo è risultato particolarmente alto qualora si associassero inabilità fisica, età superiore a 75 anni, sesso femminile, isolamento sociale, cattive condizioni di salute, compromissione cognitiva e dipendenza nelle attività della vita quotidiana.

È quindi necessario intervenire attivamente su tutti gli aspetti che compongono la condizione di fragilità. L'aumento graduale dell'attività fisica è uno dei provvedimenti più importanti, unitamente a un intervento riabilitativo mirato, in caso di specifiche inabilità.

¹⁵ WHO, NMH e NPH, «Active ageing: a policy framework,» World Health Organization, Ginevra, 2002

¹⁶ Tamaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

1.1.1 Teorie dell'invecchiamento

L'impegno dell'uomo per capire l'origine del processo dell'invecchiamento deriva dal desiderio di cogliere il modo di prolungare, per quanto possibile, la propria sopravvivenza o comunque di migliorarne la qualità.

La definizione medica di invecchiamento descrive il fenomeno come “progressiva perdita delle riserve funzionali e dei meccanismi che consentono la capacità di adattamento all'ambiente, con crescente probabilità di malattia e di morte”¹⁷.

In sintesi, con l'avanzare dell'età, l'uomo presenta alcune modificazioni del corpo e della sua funzione che nell'insieme determinano un equilibrio instabile, al limite tra il fisiologico e il patologico: progressivamente si ha una riduzione delle riserve funzionali e l'organismo si adatta alle effettive possibilità di rendimento¹⁸. Nell'individuo sano questo processo è armonico, ossia le modificazioni degli organi e apparati si realizzano in modo continuativo e graduale. Nel soggetto in cui una parte del corpo si deteriora più velocemente (a causa, per esempio, di qualche evento morboso), l'invecchiamento diventa disarmonico ed egli più facilmente può incorrere nella morte prematura.

La conseguenza dell'invecchiamento è la perdita progressiva della capacità di adattamento all'ambiente, dovuta all'esaurimento delle riserve funzionali dell'organismo.

All'interno della definizione di invecchiamento si muovono diverse teorie sulle sue cause, tuttora argomento di dibattito scientifico:

- Invecchiamento geneticamente determinato¹⁹

Notoriamente alcune cellule, come i neuroni, non si rinnovano, mentre la maggior parte è in grado di rinnovarsi continuamente.

Questa constatazione stimolarono il pediatra Leonard Hayflick ad interessarsi delle teorie dell'invecchiamento cellulare.

Insieme a Moorehead, nel 1961, osservò che le cellule derivate da una grande varietà di tessuti normali possono proliferare in coltura solo per un determinato periodo, al termine del quale il numero di moltiplicazioni cellulari si riduce rapidamente e le cellule muoiono.

Per studiare la crescita in coltura presero dei fibroblasti dal polmone di un feto, isolarono le singole cellule trattandole con una sostanza enzimatica (tripsina), quindi attesero le divisioni cellulari offrendo le condizioni di temperatura e nutrizione ottimali per la crescita.

Dopo la prima divisione presero i due gruppi cellulari e li posero in due colture separate al fine di calcolare quante divisioni cellulari fossero in grado di compiere le cellule prelevate all'origine della vita di un feto. L'esperimento si protrasse per diversi mesi passando da un'iniziale moltiplicazione rapida a un certo rallentamento della crescita (fase senescente) fino alla fine delle divisioni cellulari. In pratica, rilevarono che i fibroblasti furono in grado di moltiplicarsi circa 50 volte con una variazione in più o in meno di circa 10 moltiplicazioni, dopodiché la coltura esaurì le possibilità riproduttive.

Durante l'esperimento osservarono anche che un ceppo cellulare non rispettò questo orologio biologico e continuò a moltiplicarsi in modo esponenziale.

¹⁷ Senin, Cherubini e Mecocci, Paziente anziano e paziente geriatrico. Medicina della complessità. Fondamenti di gerontologia e geriatria - Terza Edizione, Napoli: EdiSES, 2011.

¹⁸ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

¹⁹ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

A un attento esame il ceppo “anomalo” fu identificato come cellule tumorali le quali, sfuggendo all'orologio molecolare, si moltiplicarono indefinitamente in funzione dei nutrienti presenti nella coltura.

Ne dedussero che non potendosi i fibroblasti moltiplicare oltre il numero “programmato”, doveva esistere un “orologio molecolare” in grado di stabilire la quantità di riproduzioni. Le uniche cellule in grado di superare il limite di moltiplicazione previsto erano quelle neoplastiche.

Secondo questa teoria, in sintesi, esiste un numero massimo di riproduzioni cellulari caratteristico per ogni tipo cellulare e per ogni specie (numero o limite di Hayflick): questo “contatore” coinciderebbe in tutto o in parte con i telomeri dei cromosomi che, in assenza di telomerasi, si accorcerebbero ad ogni divisione e dunque, con il passare del tempo, vedrebbero inibita la loro capacità di riprodursi;

- Teoria della velocità metabolica o dell'usura²⁰.

Secondo la teoria di Max Rubner, l'energia disponibile di un organismo alla nascita, così come il numero totale dei battiti cardiaci e degli atti respiratori, sarebbero in quantità finita: il loro risparmio potrebbe allungare la vita. La teoria si basa sull'osservazione che organismi più grandi, e dunque con un metabolismo più lento, siano più longevi di quelli più piccoli; l'uso intensivo degli organi, formati da cellule non più in grado di riprodursi e rinnovarsi, ne comporterebbe il progressivo consumo e decadimento funzionale, analogamente a quanto accade nelle macchine, con accelerazione dei processi di invecchiamento;

- Teoria dell'orologio biologico (apparati-guida)²¹

Secondo questa teoria la degenerazione singola di alcuni apparati (sistema neuroendocrino, sistema immunitario, sistema cardiocircolatorio) condurrebbe al decadimento dell'intero organismo;

- Teorie stocastiche²²

Le teorie stocastiche si dividono in:

- Teorie funzionali:

Queste teorie evidenziano il ruolo delle modificazioni età-correlate nella matrice proteica extracellulare, particolarmente evidente nel collagene e nella sostanza fondamentale. Le modificazioni che ne derivano, come la rigidità di molti tessuti (per es. l'apparato cardiovascolare), aumentano in funzione dell'età.

Secondo queste teorie l'invecchiamento cellulare sarebbe provocato da fattori casuali come i radicali liberi, l'alterata sintesi proteica (il cui dettaglio verrà descritto in seguito), l'accumulo di prodotti di rifiuto (lipofuscine), legami crociati nel collagene (che determinano minore elasticità della pelle e dei vasi), inattivazione degli enzimi antiossidanti da parte degli AGE (*advanced glycation end products*), errori nel DNA nucleare e mitocondriale (raggi UV, stress ossidativo, ecc...)

- Teorie immunologiche: definiscono la vita cellulare regolata in termini di disfunzione immunologica programmata, in grado di portare a un danno cellulare dovuto a cause autoimmunitarie
- Teoria neuroendocrina: si basa sull'alterazione funzionale dell'ipotalamo, su base genetica, che determina modificazioni a livello dei mediatori dei vari sistemi, tra cui il sistema nervoso.

²⁰ Senin, Cherubini e Mecocci, Paziente anziano e paziente geriatrico. Medicina della complessità. Fondamenti di gerontologia e geriatria - Terza Edizione, Napoli: EdiSES, 2011.

²¹ Ibidem

²² Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

Due teorie stocastiche funzionali, particolarmente accreditate, necessitano di una trattazione particolare²³:

Teoria dei radicali liberi

I radicali liberi si generano dalla rottura di un legame covalente tra atomi.

Possono essere prodotti da reazioni enzimatiche (per es. la respirazione mitocondriale), dall'ossidazione di numerose sostanze e da fattori ambientali come le radiazioni ionizzanti, i raggi gamma, i raggi X, i raggi UV e gli ultrasuoni.

I radicali liberi provocano la perossidazione dei lipidi, che si accumulano come pigmenti senili (lipofuscina).

Sono molecole molto reattive, in grado di danneggiare le proteine componenti le membrane, gli enzimi e i cromosomi. Nel DNA possono produrre rottura dei filamenti e mutazioni. Sia il collagene sia le macromolecole possono diventare rigide perché i radicali liberi formano “legami crociati”, ossia ponti inter- e intramolecolari. La principale fonte di radicali liberi si ottiene dal metabolismo dell'ossigeno in grado di produrre il superossido O₂. Normalmente la formazione di radicali è controllata da alcune sostanze enzimatiche come la superossidodismutasi, la vitamina E e il selenio. Con l'invecchiamento si ha una riduzione dell'eliminazione dei radicali liberi, che si accumulano all'interno della cellula. E' nota una correlazione tra presenza di superossidodismutasi, aspettativa di vita e controllo ponderale.

Teoria dell'alterata sintesi proteica

Dalla biologia molecolare è noto che il DNA forma l'RNA e quest'ultimo controlla la formazione delle proteine. Nel caso in cui vi sia un'alterazione del DNA, ne deriva la formazione di RNA alterato e quindi di proteine anomale, inefficaci da un punto di vista funzionale.

Quando il DNA si denatura per un'alterazione anche minima, se non avviene una riparazione si ottiene un accumulo di errori. Il DNA denaturato trasmette informazioni genetiche infedeli determinando una sintesi proteica inefficace.

Si accumulano allora grandi quantità di proteine alterate nella cellula, portandola alla morte, realizzando ciò che Orgel chiama “la catastrofe degli errori”²⁴.

Fortunatamente la maggior parte degli studi dimostra che sia la trascrizione sia la traduzione a livello cellulare funzionano correttamente anche in età avanzata. Inoltre, le catene aminoacidiche sintetizzate nei soggetti anziani non si modificano significativamente rispetto ai giovani, e l'RNA trasportatore non si riduce in modo sostanziale con l'età.

Prescindendo dall'ancora dibattuta eziologia dell'invecchiamento, si osservano tre modalità di invecchiamento a seconda della conservazione delle prestazioni funzionali della persona:

- Associato a malattia
Per progressivo accumulo di patologie (è il tipo più frequente).
- Usuale
Progressivo deterioramento funzionale in assenza di importanti patologie.

²³ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

²⁴ Orgel, «The Maintenance of the Accuracy of Proteine Synthesis and it's relevance to Ageing,» *Proceeginds of the National Academy of Sciences of the United States of America*, n. 49, pp. 517-21, 1963.

- Di successo

Caratterizzato da prestazioni funzionali rilevanti in assenza di malattia fino ad età molto avanzata.

Il primo tipo di invecchiamento espone la persona a rischio di disabilità e di eventi patologici acuti a cascata (anziano fragile), rendendolo incapace di tutelarsi autonomamente e alzando la probabilità che, in un ambiente favorevole, diventi vittima di abuso²⁵.

1.1.2 Demografia

Il decremento delle nascite e l'allungamento della vita media sono i fattori che determinano la crescita della popolazione anziana nell'attuale sistema socio-economico.

La massima durata della vita raggiunta dall'uomo è anagraficamente stabilita a 120 anni; questo traguardo rappresenta il massimo potenziale di vita. Se consideriamo che il tetto di speranza di vita degli uomini in Occidente si attesta oggi intorno agli 85 anni, possiamo affermare che questa attualmente è la massima aspettativa di vita. Mediamente, però, gli uomini "si aspettano" di vivere fino a 75 anni, e ciò rappresenta l'aspettativa media di vita²⁶.

Così, per esempio, l'aspettativa di vita media tra gli uomini dell'epoca romana era di circa 40 anni (ciò dipendeva dall'alta mortalità infantile e dalle malattie intercorrenti).

Oggi, grazie a diversi fattori come il miglioramento dell'apporto nutrizionale e il progresso della Medicina nel trattamento delle malattie (per esempio l'avvento degli antibiotici), le vaccinazioni, l'attenzione alla prevenzione sanitaria e le terapie chirurgiche, l'aspettativa di vita e la probabilità di trascorrere periodi liberi da malattia e disabilità hanno raggiunto i livelli più elevati della storia dell'uomo.

Come noto, tuttavia, solo una parte della popolazione mondiale ha accesso ai servizi sanitari e può permetterseli economicamente, ed è per questo motivo che esiste un divario tra le aspettative di vita (e dunque tra le percentuali di popolazione anziana) nei paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo, che si pensa andrà colmato con misure interne e aiuti esterni che mirino al miglioramento dei servizi nei secondi.

La situazione mondiale attuale vede la proporzione degli anziani nella popolazione totale nettamente maggiore nei paesi industrializzati, ma una percentuale di crescita molto più alta nei paesi in via di sviluppo: la crescita della popolazione anziana che ci si aspetta tra il 1990 e il 2020 è del 30-60 % in paesi come Francia, Germania o Svezia, mentre è di più del 300% in paesi in via di sviluppo come Thailandia, Kenya e Colombia e addirittura di più del 400% in Indonesia²⁷: proiezione, come accennato, legata al prospettato (e auspicato) miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie in questi paesi.

Le previsioni indicano che nel 2050 la popolazione mondiale di età superiore ai 60 anni triplicherà arrivando a contare 1,9 miliardi di individui; in particolare si stima che gli ultraottantenni siano la fascia della popolazione a più rapida crescita (si prevede una crescita mondiale dagli 86 milioni di unità nel 2005 a 394 milioni nel 2050)²⁸.

Volendo approfondire l'analisi demografica sul nostro Paese, attualmente secondo al mondo per percentuale della popolazione anziana sul totale dopo il Giappone, e utilizzando la definizione

²⁵ Senin, Cherubini e Mecocci, *Paziente anziano e paziente geriatrico. Medicina della complessità. Fondamenti di gerontologia e geriatria - Terza Edizione*, Napoli: EdiSES, 2011.

²⁶ Tamaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000.

²⁷ United Nations, «World population prospects: the 2004 revision highlights», New York, 2005.

²⁸ *Ibidem*

medica di persona anziana come di età maggiore di 64 anni, vediamo che in Italia la percentuale è in crescita stabile: circa 14% nel 1988, 20,3% nel 2011.

La classe di età compresa tra 65 e 74 anni è attualmente circa 8 volte maggiore rispetto all'inizio del secolo scorso, mentre la popolazione di ultra ottantacinquenni viventi in Italia, ammontante oggi a quasi 700.000, è aumentata nello stesso periodo di oltre 24 volte.

L'ISTAT ha rilasciato uno studio demografico, comprensivo dei fenomeni migratori, che prevede un'ascesa fino al 32% nel 2043, a cui seguirà una stabilizzazione: la tematica della qualità della vita degli anziani nel nostro Paese, dunque, ricopre un'importanza ancora maggiore che altrove per la collettività²⁹.

Diventare anziani, nelle società che hanno attraversato un processo di industrializzazione ed evoluzione sociale definibile "moderno", si associa al pensionamento, al diventare nonni, all'insorgenza di problemi di salute di vario tipo (ad esempio ictus e demenza, molto frequenti in età molto avanzate)³⁰ che talvolta portano alla disabilità o alla non-autosufficienza.

In alcuni casi tutti questi fattori rendono gli anziani fragili e vulnerabili, facili vittime di abuso rispetto a quelli che si mantengono autosufficienti, in buona salute e senza deterioramento cognitivo. Si aggiunga che in alcuni contesti socio-culturali in cui la giovinezza è glorificata, le persone anziane diventano esposte all'emarginazione sociale a prescindere dalle loro condizioni di salute fisica e mentale: questo fenomeno è chiamato *ageism* nei paesi anglosassoni, e indica l'atteggiamento discriminatorio della società nei confronti degli anziani, considerati ormai non più in grado di ricoprire attivamente alcun ruolo in una realtà dominata dai più giovani.

Il sessismo è un altro ben noto problema che affligge le collettività, sia nei paesi sviluppati che non; quasi in tutte le culture del mondo è infatti presente un maschilismo dalle radici profonde che purtroppo continua a esistere anche in quei paesi in cui, in teoria, è stata riconosciuta la parità dei diritti tra i due sessi.

Per queste ragioni va da sé che le donne anziane siano soggetti più a rischio di subire un abuso, rispetto agli uomini anziani, e che servano quindi misure aggiuntive che le tutelino in modo particolare. Si consideri anche che le donne rappresentano la maggioranza della popolazione anziana in tutto il mondo e che vivono più a lungo degli uomini in quasi tutti i paesi; questo divario di genere è, tuttavia, decisamente più contenuto nei paesi in via di sviluppo, soprattutto a causa degli elevati tassi di mortalità materna e, negli ultimi anni, anche a causa dell'epidemia di AIDS³¹.

1.1.3 Condizione dell'anziano

Il documento del CNB "Bioetica e diritti degli anziani" afferma che "il livello di civiltà di una società si commisura al grado di attenzione e di tutela nei confronti dei soggetti fragili di una comunità... si può dunque parlare di una società che cresce in maturità civile non solo quando tutela e protegge, quanto quando promuove la persona e ne libera le risorse, in qualsiasi epoca della sua vita. Operativamente questo passa attraverso la necessaria messa a punto di servizi, organizzazioni civiche, strutture abitative "adeguate" all'uomo nella sua totalità... una società matura è chiamata a non tralasciare i soggetti quando raggiungono l'anzianità bensì a promuoverne le risorse di cultura,

²⁹ ISTAT, «Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065,» 2001.

³⁰ Department of Health, UK, «National service framework for older people,» London, 2001.

³¹ World Health Organization, «World Report on Violence and Health,» 2002.

di trasmissione di valori e di vissuti, di abilità e capacità attuali individuali, di spiritualità e religiosità: in tal senso può intendersi compiutamente il concetto di *Active Aging*³².

Per *active ageing* si intende un'anzianità attiva, creativa, scandita (per quanto lo consentono le condizioni personali soggettive e oggettive) dalla volontà e dal coinvolgimento dell'anziano in diverse attività.

L'anziano che si mantiene attivo sia fisicamente che mentalmente e che intrattiene relazioni sociali è un anziano a basso rischio di abuso, è il modello di anziano a cui la società civile deve mirare per il benessere di questa fascia della popolazione in così rapida crescita.

Questo è un concetto in contrapposizione a quello dell'*anziano fragile*, che comprende quegli anziani che sono ai limiti dell'autosufficienza o non autosufficienti, soprattutto se questa condizione è associata alla mancanza del supporto familiare e alla sussistenza di condizioni economiche precarie.

Anche l'*anziano emarginato* è una figura purtroppo molto presente nella società. Da "Bioetica e diritti degli anziani": "La solitudine può nascere dalla vedovanza, dalla perdita dei figli e della famiglia, dalla povertà; sono soprattutto le complesse eterogenee dinamiche delle grandi città metropolitane a favorire fenomeni di emarginazione o di autoemarginazione soprattutto nelle persone anziane che possono vivere vegetando, ammalarsi, suicidarsi, morire per strada o in condizioni di degrado materiale e morale (secondo i dati ISTAT del 2001 gli anziani rappresentano il 56,1% delle persone che vivono sole, di cui il 31% è di sesso maschile e il 69% di sesso femminile). Non di rado l'anziano viene dimenticato in istituti o in comunità, in fantomatici ospizi, addirittura nella propria abitazione e in famiglia viene privato degli affetti, a volte costretto a rilasciare procure o donazioni, o ricattato per ottenere un tetto, talora vittima della nevrosi dei familiari, incolpato per la sua incapacità e le sue necessità, maltrattato, vilipeso, malnutrito, beffeggiato e addirittura spinto al suicidio. La morte in solitudine è frequente soprattutto nel periodo estivo e la salma può essere ritrovata dai familiari dopo molti giorni, al ritorno delle vacanze o dai vigili del fuoco chiamati da un vicino. Ma non ci risulta che casi di morte, anche se favoriti dall'abbandono dei parenti, siano stati oggetto di denuncia.

Da non dimenticare, nel problema più generale dello stato di abbandono e di emarginazione, gli eventi accidentali in casa. Meno numerosi dei suicidi, costituiscono spesso il sintomo dello stato di bisogno e di vulnerabilità che si esprime drammaticamente con un incidente, per lo più evitabile e contenibile nella sua gravità, qualora l'anziano fosse soccorso sollecitamente. Spesso l'abbandono continua negli obitori...»³³.

Se l'anziano è *fragile* o *emarginato* si vengono a creare i presupposti ideali per farlo cadere vittima di un abuso di qualsiasi tipo. Per questo motivo sarebbe necessario che la società si facesse carico di questi individui, creando reti di assistenza sociale e di supporto per le persone che non hanno alle spalle famiglie che se ne prendano cura.

1.2 Il maltrattamento dell'anziano: definizioni

Nell'ultima parte del ventesimo secolo l'opinione pubblica e quella del mondo scientifico hanno modificato il loro approccio riguardo il problema, sempre esistito, della violenza interpersonale in ambito domestico, suddividendo l'osservazione del fenomeno e gli studi clinici, psicologici e

³² Presidenza del Consiglio dei Ministri; Comitato Nazionale per la Bioetica, «Bioetica e diritti degli anziani,» 2006.

³³ Presidenza del Consiglio dei Ministri; Comitato Nazionale per la Bioetica, «Bioetica e diritti degli anziani,» 2006.

sociologici per anagrafica e fascia di età delle vittime: si è così iniziato a parlare specificatamente di abusi e maltrattamenti sui minori, sulle donne/mogli e sugli anziani.

Quest'ultimo fenomeno, inizialmente chiamato "granny battering", ha faticato più degli altri nel ricevere un'attenzione commisurata alla sua effettiva gravità.

L'abuso sulle persone anziane è stato descritto per la prima volta nel 1975 su delle riviste scientifiche britanniche (sul *British Medical Journal*, articoli firmati da Baker nel 1975 e Burston nel 1977): l'avvio di questi studi ha innescato rapide azioni legislative negli Stati Uniti, mentre nel Regno Unito e nel resto d'Europa si sono dovuti attendere altri 15 anni prima che questi ricevessero attenzioni dal mondo politico e della ricerca (Ogg e Bennett 1992)³⁴.

Il maltrattamento degli anziani è un importante e ampiamente sottovalutato problema di salute pubblica. I dati a nostra disposizione sulla sua estensione sono scarsi, ma sappiamo che rappresentano soltanto la punta dell'iceberg di un fenomeno molto più vasto e in rapida crescita.

Il documento *No Secrets* del *Department of Health* del Regno Unito ha dato la seguente definizione di *abuso* verso tutte le categorie di persone vulnerabili, compresi gli anziani: "Violazione dei Diritti Umani e Civili di un individuo da parte di un'altra persona o persone"³⁵.

La seguente definizione di abuso sugli anziani è stata coniata nel 1993 dall'*Action on Elder Abuse* (UK): "Atto singolo o ripetuto, o mancanza di un'azione appropriata che interviene all'interno di una qualsiasi relazione in cui vi sia attesa di fiducia, che causa danno o pericolo a una persona anziana". Essa venne fatta propria dalla *World Health Organization*, che nel 2002 ne ha stilata una versione più recente: "L'Abuso sull'Anziano è una violazione dei Diritti Umani e una significativa causa di lesioni, malattia, perdita di produttività, isolamento e sofferenza"³⁶.

1.2.1 Epidemiologia

Il primo aspetto da analizzare riguarda l'estensione del fenomeno: come detto, i dati in nostro possesso provenienti dai vari studi di enti privati, nazionali e internazionali pagano la mancanza di definizioni (di "abuso" e di "anziano"), metodi di indagine e raccolta dei dati standardizzati. Questa eterogeneità negli studi porta a risultati divergenti e difficilmente conciliabili tra loro: dove sono stati svolti studi di prevalenza, la percentuale stimata di anziani vittime di abuso varia tra l'1 % e il 35%³⁷.

Questi numeri, secondo alcuni esperti, potrebbero sottostimare il fenomeno (che potrebbe essere in realtà fino all'80% superiore) a causa della reticenza delle vittime a riportare gli abusi subiti³⁸; questa potrebbe essere legata alla vergogna di diffondere la notizia, alla difficoltà di entrare in contatto con persone diverse dal perpetratore dell'abuso (nel caso questo sia un *caregiver* o un parente) oppure ad una limitazione cognitiva.

È comunque doveroso citare i risultati dei più importanti studi svolti sul tema, pur essendo quelle in nostro possesso stime parziali della sua diffusione: la *World Health Organization* riporta sul suo sito ufficiale che il 4% - 6% della popolazione anziana mondiale ha subito una qualsiasi forma di abuso in ambiente domestico. Lo stesso ente, rimarcando l'assenza di standardizzazione degli studi, stima una prevalenza del fenomeno nei paesi industrializzati compresa tra l'1% e il 10%.

³⁴ World Health Organization, «Missing Voices,» 2002.

³⁵ Department of Health, UK, «No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse,» London, 2000.

³⁶ Tratto dal "Active Ageing Policy Framework", WHO, 2002

³⁷ Pillemer & Finkelhor, 1988; Ruiz Sanmartin et al., 2001; Yan & Tang, 2001

³⁸ World Health Organization, «A global response to elder abuse and neglect,» 2008.

Lo studio condotto da Madden riguardante gli Stati Uniti riporta una prevalenza stimata tra il 4 % e il 10% ³⁹. In un articolo di revisione della letteratura in merito, scritto da Fox nel 2012, riporta una stima tra il 4% e il 25% ⁴⁰.

Un rapporto esteso e dettagliato redatto dalla sezione europea del WHO nel 2011 riporta dati più precisi, riferendosi all'anno 2010, a 53 paesi nel continente europeo e agli individui di età superiore ai 60 anni ⁴¹:

- Il 2,7% (pari a circa 4 milioni di persone) ha subito maltrattamenti di tipo fisico;
- Lo 0,7% (pari a circa 1 milione di persone) ha subito molestie e maltrattamenti sessuali;
- Il 19,4% (pari a circa 29 milioni di persone) ha subito abuso psicologico/emozionale;
- Il 3,8% (pari a circa 6 milioni di persone) degli anziani ha subito abuso finanziario;

Da un'ulteriore inchiesta, condotta sul personale di alcune case di ricovero degli Stati Uniti, apprendiamo che il 36% del personale infermieristico e generale abbia affermato di essere stato testimone di almeno un caso di abuso fisico da parte di altri membri del personale nell'anno precedente (1989, essendo l'inchiesta stata redatta nel 1990), mentre il 10% ha ammesso di aver perpetrato almeno un atto di abuso fisico. L'81% del campione aveva osservato almeno un caso di abuso psicologico nei confronti di una persona ricoverata nel corso dell'anno precedente, e il 40% aveva ammesso di avere anche perpetrato un atto di questo genere ⁴².

Il già citato *European Report on preventing elder maltreatment* ⁴³ contiene una raccolta dei risultati più significativi di una serie di studi riguardanti i casi di maltrattamento riportati direttamente dalle vittime, da altri pazienti, da familiari o da operatori del settore.

Gli studi raccolti differiscono tra loro per provenienza geografica, dimensione del campione e metodo di misurazione del maltrattamento. Ancora una volta, la mancanza di metodi standard di misurazione rende complessa la sintesi dei risultati.

Una prima conclusione che si può trarre dal rapporto è una prevalenza maggiore nei casi analizzati in assenza di addestramento specifico degli assistenti. In secondo luogo, concentrandoci su studi applicati a campioni localmente omogenei (per esempio quelli svolti in Spagna), sono stati riportate prevalenze maggiori in corrispondenza di casistiche patologiche ben definite (deficit cognitivi, disabilità fisiche, demenza senile). Entrambe considerazioni logicamente ipotizzabili, avvalorate dal risultato scientifico.

Dall'*EU Injury Database* ⁴⁴, infine, possiamo dedurre una stima di circa 105 mila casi annui di aggressione con vittime maggiori di 60 anni ospedalizzate (stima basata sul rapporto di numerosità tra 976 casi reali in Austria, Cipro, Germania, Lettonia, Olanda, Slovenia e Svezia e il numero totale di pazienti ospedalizzati).

A riprova del fatto che l'epidemiologia del fenomeno sia all'attenzione delle istituzioni sanitarie, a fianco del lavoro di ricerca puramente accademico si possono citare numerosi esempi di impegno delle Istituzioni per combatterlo.

La base fondamentale che può permettere sviluppi positivi in merito è la costruzione di una base culturale comune e "certificata". Un esempio di iniziativa volta in tal senso è l'ABUEL ⁴⁵ (*Abuse of*

³⁹ Madden, «Elder abuse in the United States,» *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1995.

⁴⁰ Fox, «Elder Abuse,» *Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences*, 2012.

⁴¹ World Health Organization Europe, «European report on preventing elder maltreatment,» 2011.

⁴² Pillemer e Moore, «Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes,» *Journal of elder abuse and neglect*, 1990.

⁴³ World Health Organization Europe, «European report on preventing elder maltreatment,» 2011.

⁴⁴ European Commission, «EU injury database [online database,]» 2010. [Online].

⁴⁵ ABUEL, «ABUEL Abuse of Elderly in Europe,» [Online]. Available: <http://www.abuel.org/activities.html>.

Elderly in Europe), un progetto multinazionale europeo aperto nel 2008 e attivo in Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portogallo, Spagna e Svezia). I suoi obiettivi sono: raccogliere dati e informazioni sull'estensione e la natura dell'abuso sugli anziani, esaminare i fattori di rischio specifici e studiare gli effetti dell'abuso sulla salute e la qualità della vita della vittima. La possibilità di disporre di informazioni uniformate e integre sul fenomeno sono d'aiuto ai legislatori e ai gestori delle attività di assistenza, sia negli stati in esame che più ampiamente, per adottare contromisure efficaci e mirate.

Riassumendo, tutti gli studi attestano la notevole diffusione del fenomeno nonostante, come detto in precedenza, gli studiosi concordino nel valutare i dati raccolti e/o stimati certamente inferiori a quelli reali^{46, 47, 48}.

1.2.2 Classificazione

Il fenomeno degli abusi sugli anziani si manifesta in diverse forme di violazione dei Diritti Umani o, comunque, in diverse tipologie di comportamenti atti ad arrecare danno o a negare l'assistenza necessaria alla vittima.

In letteratura troviamo classificazioni diverse a seconda del loro Autore e del criterio con cui sono state formulate.

Nel 2000 il *Department of Health* del Regno Unito ha stilato il documento "No Secrets"⁴⁹ in cui appare una delle prime classificazioni dei tipi di abuso sugli anziani:

- Abuso fisico: colpi, schiaffi, spinte, calci, uso improprio di farmaci, contenimento o punizioni inappropriate;
- Abuso sessuale: stupro, aggressione a scopo sessuale o atti sessuali ai quali l'adulto vulnerabile non abbia acconsentito, non abbia potuto acconsentire o ai quali sia stato forzato ad acconsentire;
- Abuso psicologico: abuso emozionale, minacce di abuso fisico o di abbandono, privazione dei contatti, umiliazioni, rimproveri, comandi, intimidazioni, coercizioni, molestie, abusi verbali, isolamento o ritiro dai servizi e dalle reti di supporto sociale;
- Abuso finanziario o materiale: furto, frode, sfruttamento, pressioni in relazione a testamento, proprietà, eredità o transazioni finanziarie, o uso improprio o appropriazione indebita di proprietà, beni e profitti;
- Neglect o atti di omissione: ignorare le necessità mediche o fisiche, non provvedere all'accesso ai servizi sanitari, sociali ed educativi, non soddisfare dei bisogni primari quali somministrazione di farmaci, nutrimento e riscaldamento;
- Abuso discriminatorio: razzismo, sessismo, discriminazioni basate sulle disabilità, e altre forme di molestie, insulti e altre manifestazioni simili.

La classificazione più completa tra quelle raccolte, proveniente da un'analisi approfondita del fenomeno da parte del CDC⁵⁰ e redatta da esperti e ricercatori tra cui membri del comitato NCEA (*National Center on Elder Abuse*), divide l'abuso sugli anziani in 7 categorie:

⁴⁶ Fox, «Elder Abuse,» *Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences*, 2012.

⁴⁷ World Health Organization, «A global response to elder abuse and neglect,» 2008.

⁴⁸ World Health Organization Europe, «European report on preventing elder maltreatment,» 2011.

⁴⁹ Department of Health, UK, «No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse,» London, 2000.

- Abusi fisici: utilizzo della forza fisica che può risultare in lesioni, dolore fisico o disabilità. Qualsiasi tipo di punizione corporale è un esempio di abuso fisico;
- Abusi sessuali: contatto sessuale non consensuale di qualsiasi tipo;
- Abusi psicologici o affettivi: atti volti a provocare angoscia, dolore o afflizione;
- Abusi di natura economica o sfruttamento materiale: uso improprio e/o illegale del denaro, delle proprietà o dei beni;
- Abbandono: distacco da parte di un individuo che ha in carico la custodia fisica dell'anziano o ha, in altro modo, assunto la responsabilità di averne cura;
- Neglect: rifiuto di o mancato adempimento di un obbligo o dovere nei confronti dell'anziano;
- Self-neglect: comportamenti di una persona anziana che minaccia la propria salute o sicurezza. La definizione esclude i casi in cui un anziano mentalmente integro decida in modo consapevole e volontario di compiere atti che possano minacciare la sua salute o sicurezza.

La definizione riportata sul sito del CDC (*Centers for Disease Control and Prevention, USA*) è del tutto simile, senonché esclude la categoria del “self-neglect”, che effettivamente anche ai fini del nostro studio è considerato un abuso improprio in quanto difficilmente ascrivibile alle definizioni sopra riportate ⁵¹.

Il WHO ^{52 53} non considera nella classificazione nemmeno l’“abbandono”, probabilmente con lo scopo di semplificare la suddivisione includendolo nella definizione di “neglect”.

La classificazione risultante è la seguente:

- Abuso fisico, definito come atto finalizzato a provocare dolore o lesioni (schiacciare, colpire, calciare, alimentare forzatamente, costringere, colpire con oggetti...)
- Abuso psicologico\emozionale, definito come atto finalizzato a provocare qualsiasi forma di disagio psicologico (aggressioni verbali, minacce, minacce di istituzionalizzazione, isolamento sociale, affermazioni umilianti...)
- Abuso materiale\finanziario, definito come lo sfruttamento illegale o improprio di fondi o risorse di proprietà dell'anziano (furto di denaro, privazione coercitiva dei beni di proprietà della vittima, trasferimento forzato di proprietà)
- Abuso sessuale, definito come qualsiasi contatto non consensuale (allusioni, atti sessuali forzati, palpeggiamenti...)
- Neglect, definito come l’inadempienza intenzionale o meno, da parte di un *caregiver*, nella soddisfazione dei requisiti di cure di cui l'anziano ha bisogno per mantenere il proprio benessere (inadempienza nel fornire adeguato cibo, abbigliamento, riparo, cure mediche, igiene, stimoli sociali)

Sostanzialmente differenti sono le categorizzazioni identificate dagli anziani stessi, vittime e non, interpellati a esprimersi riguardo il fenomeno nel corso di iniziative di studio.

⁵⁰ The National Center on Elder Abuse at The American Public Human Services Association, «The national elder abuse incidence study,» 1998.

⁵¹ Centers for Disease Control and Prevention, «Elder Maltreatment,» [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/eldermaltreatment/>.

⁵² World Health Organization, «Missing Voices,» 2002.

⁵³ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

Nel già citato studio *Missing Voices*⁵⁴ i partecipanti hanno identificato 6 categorie:

- Abuso strutturale e sociale: i partecipanti allo studio hanno citato e identificato lo Stato come perpetratore di un abuso nei loro confronti, o meglio come causa degli abusi subiti. Sebbene, come vedremo in seguito, le variabili socio-economiche (il trattamento pensionistico, la disponibilità di alloggi statali e l'accesso ai servizi sanitari) siano fattori di rischio, è difficile considerarle abusi sullo stesso piano di quelli categorizzati in precedenza dal punto di vista socio-sanitario;
- Neglect e abbandono: si rispecchia nelle categorie viste precedentemente;
- Mancanza di rispetto e *ageism*
- Abuso psicologico, emozionale e verbale
È interessante notare come queste due categorie siano state separate l'una dall'altra. La differenza tra le due è che la prima ha un respiro più ampio e si riferisce alla mancanza di rispetto intrinseca alla cultura e al pensiero comune, mentre la seconda si riferisce alle offese dirette o ai soprusi perpetrati da chi invece dovrebbe tutelare la vittima. Come esempi di *ageism* sono state citate l'influenza dei media giovanili, irrispettosi delle persone anziane e, di nuovo, le istituzioni governative;
- Abuso fisico: si rispecchia nelle categorie viste precedentemente;
- Abuso legale e finanziario: l'abuso legale è emerso separatamente da quello finanziario in alcuni stati in cui sono presenti lacune legislative nei confronti di categorie specifiche (ad esempio, in India, l'eccessiva tutela delle nuore che possono far incarcerare i suoceri sulla parola denunciando maltrattamenti: questa legge spesso viene sfruttata e utilizzata a sua volta per compiere maltrattamenti contro le persone anziane);

Si noti che in questa classificazione non è stato incluso l'abuso sessuale. Ciò deriva dalla titubanza degli anziani ad affrontare l'argomento, sia per l'imbarazzo che esso provoca individualmente, sia perché in molte culture è considerato un tabù.

Una più sintetica classificazione proposta dalle stesse persone anziane (citata in Perel-Levin⁵⁵) suddivide gli abusi in tre ampie categorie:

- Neglect, che include isolamento, abbandono ed esclusione sociale
- Violazione dei diritti umani, legali e sanitari
- Privazione dello status, delle possibilità finanziarie, del rispetto, della libertà di scelta e del potere decisionale

Come esempio di uno studio che mostri la differenza di categorizzazione per motivi culturali, possiamo citare il risultato dei gruppi di discussione organizzati in Sud Africa dall'Università di Cape Town⁵⁶:

- Abuso fisico: percosse e maltrattamenti fisici;
- Abuso affettivo e verbale: discriminazione sulla base dell'età, insulti e parole offensive, denigrazione, intimidazione, false accuse, dolore e difficoltà psicologici;
- Abuso economico: estorsione e controllo dei proventi della pensione, furto di beni e sfruttamento determinato dall'obbligo di prendersi cura dei nipoti;

⁵⁴ World Health Organization, «Missing Voices,» 2002.

⁵⁵ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

⁵⁶ Keikelame e Ferreira, «Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats,» Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, Cape Town, 2000

- Abuso sessuale: incesto, stupro e altri tipi di coercizione sessuale;
- Neglect: perdita di rispetto per gli anziani, negazione dell'affetto e mancanza di interesse per il benessere della persona anziana;
- Accusa di stregoneria: stigmatizzazione e ostracismo. Una causa di abuso sulle donne anziane estemporanea per il mondo industrializzato ma ancora radicata nelle società di derivazione tribale nei paesi in via di sviluppo;
- Abuso da parte dei sistemi: il trattamento disumanizzante che gli anziani possono subire nelle strutture sanitarie o negli uffici che si occupano delle pensioni e la marginalizzazione da parte del governo. Questa categoria è analoga a quella già riscontrata nello studio precedente come "Abuso strutturale e sociale", sempre formulata dai partecipanti.

1.2.3 Modelli teorici

Gli studiosi del fenomeno dibattono da un trentennio sulle cause che portano allo scatenarsi dei maltrattamenti sugli anziani.

Nonostante le varie teorie proposte dalla psicologia, dalla sociologia, dal femminismo e dagli studi sulle violenze domestiche, non si è ancora arrivati a una soluzione condivisa da tutti gli Autori. Uno dei motivi per cui alcune teorie non sono universalmente accettate è la loro derivazione da modelli formulati per spiegare altri fenomeni simili (per esempio l'abuso sui minori o la violenza sulle donne) successivamente adattati al contesto dell'abuso sull'anziano; è quindi per noi ignota la reale misura in cui possano essere considerate valide in questo ambito.

Anche il rapporto del *National Research Council*⁵⁷ conferma quanto già detto ed esplora le difficoltà legate alla proposta di un modello teorico che rispecchi pienamente il fenomeno degli abusi sugli anziani mettendo d'accordo gli studiosi di tutte le discipline che ne analizzano i vari aspetti. Sarebbe comunque utile approfondire e testare i modelli teorici proposti in modo da valutare più accuratamente la loro validità, potendo essi costituire la base per lo sviluppo di efficaci strumenti di *screening* e di identificazione.

Le principali teorie sviluppate nel corso degli anni sono elencate similmente in vari articoli, tra i quali uno dei più recenti pubblicato dal *Journal of American Geriatrics Society*⁵⁸:

- Teoria situazionale: asserisce che un *caregiver* (persona deputata alla cura dell'anziano, può essere un parente, un operatore socio-sanitario, una badante) sovraccaricato (che quindi non riesce a svolgere le proprie mansioni o per l'eccessiva richiesta o per la propria inadeguatezza) e stressato dia luogo a un ambiente favorevole per l'instaurazione di dinamiche di maltrattamento.

Bisogna tenere conto, però, che teorie di questo tipo si generano nel momento in cui sono soprattutto le figure professionali che interagiscono con gli anziani ad essere chiamate ad esprimersi. Il professionista tenderà ad avere una visione relativamente parziale, o per meglio dire specifica, delle possibili cause di maltrattamento, ascrivendole prevalentemente alle dinamiche che lo coinvolgono;

- Teoria dello scambio: secondo la quale esisterebbe reciprocità e dipendenza tra abusato e abusante, suggerendo che, in un contesto familiare con radicate problematiche relazionali, il

⁵⁷ National Research Council, «Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America,» The National Academies Press, Washington DC, 2003.

⁵⁸ Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

maltrattamento verso l'anziano possa qualificarsi come facente parte di un più ampio rapporto conflittuale, ed essere quindi parte di una "tattica" o di una rivalse personale;

- Teoria dell'apprendimento sociale (o della trasmissione intergenerazionale): suggerisce che un comportamento appreso da bambino possa ripresentarsi nell'età adulta;
- Teoria politico-economica: è in disaccordo con le teorie individualistiche e si focalizza sui cambiamenti che affronta l'anziano una volta perso il proprio ruolo nella società e costretto a dipendere da altri per il proprio benessere. Questa teoria chiama in causa i governi e le amministrazioni che, emarginando gli anziani, creano le condizioni adatte allo sviluppo di conflitti e violenze;
- Teoria della psicopatologia del *caregiver* (o teoria delle dinamiche intra-personali): indaga in che modo un *caregiver* con problemi psichici rappresenti un rischio di abuso.

In aggiunta a queste cinque teorie, nel documento WHO del 2008 che ha come tema lo *screening* dell'abuso sugli anziani⁵⁹ troviamo una sesta teoria che si basa sui modelli della violenza domestica:

- Teoria femminista: mette in evidenza lo squilibrio di potere all'interno delle relazioni e di come l'uomo usi la violenza come dimostrazione del proprio potere; questa posizione non è da trascurare in quanto, nonostante spesso il sesso non venga tenuto nella dovuta considerazione, è noto che le donne anziane siano più soggette ad abusi rispetto agli uomini.

Nello stesso documento viene citata l'elaborazione di un modello in linea con quelli dell'abuso sui bambini, della violenza tra i giovani e della violenza intima da parte del partner: è un modello che nasce per sopperire all'incompletezza dei modelli singoli e per raccogliere la molteplicità e la complessità dei fattori associata all'abuso sugli anziani.

È stato denominato "Modello Ecologico" ed è caratterizzato dall'analisi delle correlazioni tra fattori individuali e contestuali: considera la violenza come risultato di complesse interazioni tra le caratteristiche individuali della persona (biologia, storia personale, ecc...), le relazioni strette interpersonali, le caratteristiche della comunità in cui la persona vive o lavora e i fattori sociali (come le politiche e le leggi). Questo modello permette di situare l'abuso sugli anziani all'interno di più ampi problemi sociali.

Partendo dall'idea di un modello multifattoriale alcuni Autori⁶⁰ hanno sviluppato uno schema che si adattasse specificatamente ai soggetti anziani con deficit cognitivi: questo modello aggiunge quindi a tutti gli elementi sopracitati un'altra variabile biologica che contraddistingue un sottogruppo di anziani più spesso soggetti a violenze, in quanto il decadimento cognitivo è stato identificato, come vedremo in seguito, come fattore di rischio per l'abuso. Gli Autori sostengono quindi che per ogni individuo sia possibile costruire un modello personale che nasca dalla somma di tutte le sue caratteristiche (sesso, variabili biologiche, storia personale, ruolo sociale, ambiente, ecc...), andando così a definire anche il rischio delle varie categorie esaminate.

Precisazioni necessarie derivano dalla lettura di un articolo di McCreadie⁶¹ in cui viene puntualizzato che il *caregiver* non è né da intendere come un eufemismo per indicare l'abusante né da confondere con il convivente (che non è detto che si occupi dei bisogni dell'anziano) e che un anziano vulnerabile non è necessariamente a rischio di abuso, così come un anziano a rischio non è necessariamente vulnerabile.

⁵⁹ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

⁶⁰ Burnight e Mosqueda, «Theoretical Model Development in Elder Mistreatment,» U.S. Department of Justice., 2011.

⁶¹ McCreadie, «A review of research outcomes in elder abuse,» *Journal of Adult Protection*, 2002.

La ricerca dovrebbe, e lo sta già marginalmente facendo, includere sempre di più gli stessi anziani nei disegni degli studi sull'argomento, analizzando le loro percezioni e le loro opinioni per ottenere una più ampia conoscenza delle loro problematiche.

La ricerca delle teorie dell'abuso sugli anziani dovrebbe concentrarsi sull'analisi dell'estensione di *ageism*, emarginazione e sessismo nella società e il loro ruolo nella generazione dell'abuso; è necessario aumentare gli studi su questi temi e, per la comprensione del fenomeno, potrebbe essere decisivo lo sviluppo di una teoria interprofessionale che tenga conto delle interazioni tra i diversi livelli del modello ecologico.

1.2.4 Fattori di rischio

Considerando il maltrattamento degli anziani dal punto di vista medico sarà possibile, come per ogni malattia, individuare dei fattori che, se presenti, aumentano il rischio di sviluppare o manifestare il problema in questione.

L'evidenza derivante dagli studi fino ad oggi condotti supporta l'eziologia multifattoriale dell'abuso sugli anziani, vista l'identificazione di almeno quattro aree di fattori di rischio, lievemente differenti a seconda degli studi.

Un recente articolo, che riporta le evidenze emerse da una revisione della letteratura riguardante i fattori di rischio per gli anziani residenti in comunità⁶², prende in considerazione solamente gli studi compiuti rispettando accurati criteri nella scelta del campione di popolazione, assicurandosi che gli strumenti di misurazione dei risultati e i risultati stessi fossero affidabili.

- Fattori legati alla persona anziana: decadimento cognitivo, problemi comportamentali, malattie psichiatriche o problemi psicologici, dipendenza funzionale, scarsa salute o fragilità, basso reddito e/o patrimonio, trauma o abuso pregresso, appartenenza a una minoranza etnica;
- Fattori legati al perpetratore dell'abuso: *caregiver* sovraccaricato o stressato, malattie psichiatriche o problemi psicologici;
- Fattori legati alle relazioni interpersonali: disarmonia familiare, relazioni scarse o conflittuali;
- Fattori legati all'ambiente: scarso supporto sociale, coabitazione in condizioni di disagio socio-economico o con persone che presentano fattori di rischio come potenziali perpetratori di abuso;

Da questa revisione emerge che i fattori di rischio con più alto *odds ratio* sono quelli legati alle relazioni e quelli legati all'ambiente, sottolineando l'importanza degli aspetti socio-culturali dell'abuso: alcuni fattori di rischio mostrano una associazione più consistente o relativamente più forte nella maggioranza della letteratura medica rispetto agli altri.

- Tra i fattori legati alle caratteristiche e alle patologie della vittima i più ricorrenti sono il livello del declino cognitivo, depressione, problemi comportamentali;
- Tra le caratteristiche del familiare/*caregiver*/perpetratore e i fattori legati alle relazioni con l'anziano i più ricorrenti sono: scarse relazioni sociali, coabitare con altre persone, stress o oneri eccessivi per il *caregiver*;

⁶² Johannesen e LoGiudice, «Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders,» *Age and Ageing*, pp. 292-298, 2013.

- Tra le caratteristiche comunitarie, demografiche e della società, gli scarsi mezzi economici sono il fattore risultato più ricorrente.

Diversi altri fattori sono stati ipotizzati da alcuni esperti (un esempio in Thomson e Lietzau ⁶³) e riportati in letteratura, ma dall'articolo di revisione emerge che gli studi a riguardo siano meno consistenti nel dimostrarne l'associazione.

Anche gli studi effettuati su un campione più generico (come ad esempio il rapporto WHO su violenza e salute del 2002 ⁶⁴), non necessariamente composto da residenti in case di riposo, mostrano risultati sostanzialmente in linea con quelli appena descritti. Tuttavia, due fattori di rischio degni di nota che emergono soltanto negli studi più generalizzati e non in quello esaminato dettagliatamente sono:

- Il sesso (sia dell'abusato che dell'abusante) è ascrivibile alle categorie dei fattori di rischio legati alla persona anziana e al perpetratore dell'abuso, in quanto le donne anziane sono più spesso degli uomini oppresse ed economicamente disagiate ⁶⁵.
- La dipendenza dell'abusante da droghe o alcool, che chiaramente lo rendono più incline a comportamenti violenti, all'abbandono e all'abuso finanziario.

Demenza⁶⁶

Un approfondimento particolare merita la demenza, in quanto è uno dei più importanti fattori di rischio legati alla persona abusata.

La demenza è definita come “decadimento della funzione intellettiva e delle altre capacità cognitive, sostenuto da disfunzione diffusa degli emisferi cerebrali”, e la sua frequenza ci dà un'idea del peso che può avere nella popolazione anziana: colpisce il 5% delle persone tra i 65 e gli 80 anni, il 20% tra gli 80 e i 90 anni e il 40% oltre i 90 anni.

La storia naturale varia in relazione alla causa della demenza; comunque, i pazienti tipicamente manifestano un declino stabile e inesorabile della funzione intellettiva nel corso di un periodo che va da 2 a 10 anni, che culmina con la perdita totale dell'indipendenza e la morte.

Il sintomo più comune nella demenza iniziale è lo scadimento della memoria a breve termine associato a mutazioni della personalità.

La demenza conclamata è caratterizzata da: perdita della memoria (soprattutto della memoria di fissazione), confusione mentale, decadimento intellettivo, disturbi dell'affettività e del comportamento, disturbi psicotici nel 30-60% dei malati (soprattutto allucinazioni e deliri).

Le demenze sono classificate in base alla loro eziologia:

- Demenze degenerative (70%), derivano da degenerazione neuronale:
 - Morbo di Alzheimer (50%);
 - Demenza con corpi di Lewy (10%);
 - Demenze fronto-temporali: malattia di Pick, afasia primaria progressiva, demenza fronto-temporale con parkinsonismo da mutazione del cromosoma 17;
 - Degenerazione cortico-basale;
 - Demenze degenerative sotto-corticali: morbo di Parkinson con demenza, paralisi sopranucleare progressiva, corea di Huntington;

⁶³ Thomson e Lietzau, «An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County,» 2011.

⁶⁴ World Health Organization, «World Report on Violence and Health,» 2002

⁶⁵ Aitken e Griffin, Gender issues in elder abuse, Londra: Sage, 1996.

⁶⁶ Pazzaglia, «Le demenze,» in *Clinica neurologica*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2010.

- Demenza vascolare (15-20%), definita come demenza in un paziente portatore di patologia cerebro-vascolare:
 - Demenza vascolare da infarto strategico;
 - Demenza vascolare da infarti multipli;
 - Demenza vascolare lacunare;
- Demenza idrocefalica (6%), correlata a idrocefalo normoteso, idiopatico in un terzo dei casi, nei due terzi è conseguente a una patologia che blocca il deflusso liquorale a livello delle cisterne della base:
- Altre più rare:
 - Da AIDS;
 - Da processi espansivi;
 - Da alcool;
 - Da ipotiroidismo;
 - Da farmaci.

Visti i sintomi più frequenti delle demenze è evidente che gli anziani che ne sono affetti possono divenire più facilmente bersagli di abuso da parte di familiari o figure assistenziali. Sono persone nella maggioranza dei casi (o comunque nella fase della demenza conclamata) non autosufficienti, che hanno bisogno di aiuto anche nelle più basilari attività della vita quotidiana, persone alle quali è facile fare del male o che è facile abbandonare.

I criteri per la diagnosi di demenza del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - text revision; 2000) sono:

- A.1. Deficit della memoria
- A.2. Deficit di almeno un'altra funzione cognitiva:
 - A.2.a Agnosia
 - A.2.b Aprassia
 - A.2.c Afasia
- B Deficit funzionamento esecutivo
- C Deficit cognitivi di gravità tale da provocare una menomazione del funzionamento lavorativo o sociale. I deficit cognitivi devono rappresentare un deterioramento rispetto a un precedente livello di funzionamento.

Depressione⁶⁷

La definizione del DSM-IV per la depressione maggiore è “disturbo determinato da uno o più episodi depressivi maggiori in assenza di episodi maniacali o ipomaniacali spontanei”. La depressione nell'anziano è però molto diversa da quella dell'adulto, soprattutto per la variabilità delle manifestazioni cliniche.

L'eziologia della depressione senile è duplice: può essere una forma di depressione giovanile “continuata”, oppure può essere una forma ad esordio tardivo (in relazione con patologie fisiche, soprattutto neurologiche come demenza e malattia di Parkinson).

Le peculiarità del quadro sintomatologico depressivo nell'anziano possono essere riassunte come: mancata espressione di sentimenti di tristezza, irritabilità, tendenza al ritiro sociale, prevalenza dei sintomi somatici (astenia, dolore), preoccupazioni per lo stato di salute (ipocondria) e altre paure, umore depresso o diminuzione dell'interesse o del piacere, rallentamento psicomotorio.

⁶⁷ Invernizzi e Bassi, in *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill, 2012.

I fattori di rischio per l'insorgenza di depressione senile sono: genere femminile, vedovanza, pregresso episodio depressivo, pregresso *stroke*, malattie fisiche e disabilità cronica, abuso di alcol, scarso supporto sociale, eventi di vita stressanti (lutto, separazione), dolore cronico, insonnia persistente.

La terapia farmacologica spesso non è sufficiente e possono essere considerati interventi di tipo psico-sociale come gruppi di esercizio fisico, attività socializzante con o senza mediazione corporea, interventi di supporto, psicoterapia.

Disturbi psicotici nell'anziano⁶⁸

Molto spesso i sintomi psicotici a insorgenza nell'età senile sono dovuti a patologie organiche come la malattia di Alzheimer, la malattia cerebrovascolare, altre patologie acute e croniche del sistema nervoso centrale (infezioni, tumori, morbo di Parkinson) e stati tossici (delirio da anticolinergici, astinenza da alcol, ecc...); altre volte però sono causati da patologie psichiatriche tipiche dell'età senile: la *very late onset schizophrenia-like psychosis*, la psicosi paranoidea e la depressione con aspetti psicotici.

1.2.5 Fattori protettivi

I fattori protettivi sono delle variabili che riducono il rischio che si verifichino maltrattamenti sugli anziani: essi non sono ancora stati studiati metodicamente come i fattori di rischio, ma una loro identificazione può essere utile ai fini della comprensione più profonda del fenomeno e, chiaramente, alla sua prevenzione.

Una ricerca approfondita è necessaria per capire in che misura i fattori protettivi diminuiscano effettivamente il rischio per gli anziani di diventare vittima di abuso⁶⁹.

- Fattori protettivi individuali: sesso maschile, buona condizione psico-fisica, buona condizione socio-economica;
- Fattori protettivi legati alle relazioni: far parte di una rete sociale ampia e con legami forti, con persone di vari stati sociali, aiuta l'anziano a non essere solo e ad avere qualcuno con cui confidarsi nel caso in cui si trovi in situazioni a rischio. Questo riduce, soprattutto, il rischio dell'abuso per abbandono;
- Fattori protettivi legati all'ambiente
 - Coordinazione delle risorse e dei servizi tra i vari enti della comunità e istituzione di organizzazioni che sopperiscano ai bisogni degli anziani e a quelli e dei loro *caregivers*: il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della fornitura dei servizi e della loro funzionalità riduce la necessità di assistenza degli anziani, ne migliora la qualità della vita e di conseguenza riduce il rischio di subire abusi;
 - Più alti livelli di coesione collettiva e un forte senso di identità comunitaria, mantenendo unito l'ambiente sociale, possono favorire l'integrazione degli anziani e limitare la loro esposizione ai rischi di abuso;

Fattori protettivi nell'ambito dell'apparato istituzionale possono essere: sistemi di monitoraggio attivi sul posto, solide politiche istituzionali e procedure di protezione dei pazienti, informazione e

⁶⁸ Invernizzi e Bassi, in *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill, 2012.

⁶⁹ Centers for Disease Control and Prevention, «Elder Maltreatment,» [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/eldermaltreatment/>.

formazione degli addetti sull'abuso sugli anziani, visite regolari da parte dei familiari, dei volontari e degli assistenti sociali.

Un esempio di intervento istituzionale costituente un fattore protettivo è l'*Adult Protective Services* (APS), per la cui trattazione più dettagliata si rimanda al capitolo 4.17.

Sempre negli Stati Uniti, il CDC⁷⁰, nella forma di “consigli” su come prevenire i casi di abuso sugli anziani, suggerisce una lista di comportamenti che i *caregiver* possono mettere in pratica:

- Enfatizzare la comunicazione con l'anziano
- Riportare gli abusi o i sospetti di abuso alle autorità competenti
- Abituarsi a riconoscere, al fine di denunciare, i casi di abuso sugli anziani
- Imparare come i segni di abuso differiscano da quelli dei normali processi di invecchiamento

Conclusa una prima panoramica sul fenomeno oggetto di analisi, descritta la sua diffusione, le tipologie in cui si manifesta, le sue cause ipotetiche e i principali fattori ad esse correlate, possiamo procedere con la trattazione degli aspetti più strettamente medico-legali: l'identificazione dei segni, la diagnosi differenziale e, successivamente, l'analisi degli strumenti di *screening* ad oggi proposti e il possibile utilizzo, allo stesso scopo, della valutazione multidimensionale.

1.2.6 Capacità di riconoscimento dell'abuso da parte dei sanitari

Come già in precedenza evidenziato, è razionale pensare che non sarà possibile contrastare il fenomeno dell'abuso sugli anziani finché non risulteranno definite e condivise dalle comunità scientifiche internazionali tutte le definizioni in merito, da diffondere poi attraverso l'educazione mirata dei *caregivers*, dei famigliari e degli anziani stessi.

Come vedremo, al momento sembra infatti che il personale medico, quello infermieristico, gli assistenti professionali e non riscontrino lacune e dubbi a riguardo, non esistendo una (già citata come necessaria) base comune di conoscenza.

A riprova di questo, da una revisione della letteratura sistematica⁷¹ è emerso, a seguito di una serie di sondaggi, una larga percentuale di professionisti sanitari che lavorano con pazienti anziani non abbiano mai riscontrato un caso di abuso: un dato preoccupante se consideriamo i dati di epidemiologia presentati nel capitolo 1.2.

Ad uno studio italiano volto a indagare le conoscenze e la formazione pregressa riguardo l'abuso sugli anziani hanno preso parte 65 infermieri durante il corso di perfezionamento *Nursing Management Master* e 193 studenti al terzo anno di Infermieristica dell'Università di Bologna⁷².

Nella prima lezione del corso in Medicina Legale di entrambe le classi sono stati esposti obiettivi e metodi dello studio: dopo aver raccolto il consenso informato alla partecipazione, gli studenti hanno compilato anonimamente il *Caregiving Scenario Questionnaire* basato su una vignetta in cui un uomo lavora a tempo pieno e si occupa della madre affetta da demenza: ai partecipanti è stato

⁷⁰ Centers for Disease Control and Prevention, «Elder Maltreatment,» [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/eldermaltreatment/>.

⁷¹ Cooper, Selwood e Livingston, «Knowledge, detection and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review.,» *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, pp. 826-838, 2009.

⁷² Pelotti, D'Antone, Ventrucci, Mazzotti, Salsi, Dormi e Ingravallo, «Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: evaluation by the Caregiving Scenario Questioning,» *Aging Clinical and Experimental Research*, 2013.

chiesto di indicare in una scala di Likert quali delle 13 possibili strategie di gestione da parte del personaggio rappresentato fossero idee buone, utili, negative o “abusanti”.

I risultati dello studio riportano incertezze anche da parte dei professionisti del settore nell'identificazione di strategie di abuso, con particolare rilevanza per gli abusi di neglect, in linea con i risultati di studi simili svolti in altri paesi (per esempio in Irlanda⁷³ e nel Regno Unito⁷⁴).

Le conclusioni dello studio, chiaramente, non consistono in un'asserzione generalizzabile a tutta l'educazione infermieristica italiana: oltre alla dimensioni del campione, occorre considerare che se anche i metodi e le strategie per affrontare i casi di abuso sugli anziani e limitarne i fattori di rischio non sono inclusi negli obiettivi formativi dei corsi professionalizzanti, la formazione in merito può avvenire anche attraverso i corsi di bioetica, di medicina legale, di infermieristica geriatrica ecc...

Citiamo ora due studi del tutto simili, avvenuti in Australia e in Irlanda tra il 2009 e il 2010, per verificarne la congruenza.

Il primo, svolto in appunto Australia sempre attraverso il CSQ, il cui metodo etico è stato approvato dal *Melbourne Mental Health Research and Ethics Committee* e dal *St Vincent's Hospital (Melbourne) Human Research Ethics Committee*, ha chiamato a partecipare membri di staff clinici all'interno di programmi di assistenza per persone anziane, inclusi medici (tra cui psichiatri e geriatri), infermieri e volontari.

Insieme a loro, hanno risposto al questionario anche potenziali vittime di abuso, la cui partecipazione è stata su base volontaria come seguito di un precedente studio del *National Ageing Research Institute*.

I dati risultanti (su un totale di 570 persone rispondenti, di cui il 63% costituito da persone maggiori di 65 anni) sono stati analizzati utilizzando il software *Statistical Package for the Social Science* e hanno prodotto i seguenti risultati: stante il fatto che il 40,8% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto una formazione teorica riguardo gli abusi sugli anziani e li 46,7% ha dichiarato esperienza pratica nella gestione del fenomeno, più di un quarto dei professionisti sanitari non ha identificato come “abusanti” le due strategie che lo erano più radicalmente, e tuttavia questo cluster di partecipanti ha risposto sostanzialmente più correttamente rispetto ai restanti.

Come per lo studio italiano già citato, anche qui il neglect è stato il comportamento abusante più facilmente scambiato per innocuo. Il più abusante tra i comportamenti citati (l'immobilizzazione) è stato riconosciuto dalla maggioranza dei partecipanti.

Il secondo, irlandese⁷⁵, aveva come obiettivo l'accertamento delle percezioni di abuso sugli anziani da parte di infermieri e assistenti professionali che lavorano in contesti di assistenza a lungo termine, e della loro formazione in merito.

Il metodo comprendeva un questionario sviluppato ad hoc per registrare il livello di formazione ricevuta, sia genericamente che riguardo l'abuso sugli anziani, e la confidenza che ci si auto-attribuiva nel riconoscimento di situazione di abuso. In seguito, è stato somministrato il *Perception of Elder Abuse Questionnaire*⁷⁶: un set di 25 elementi che classificano i possibili abusi in fisico, psicologico, di sviluppo (comportamenti potenzialmente abusanti riferiti al divieto di determinati comportamenti o alla negazione delle capacità di giudizio dell'assistito), socioculturale e spirituale (comportamenti legati alle attività religiose).

A differenza degli studi citati precedentemente, qui le domande utilizzate sono state formulate sull'idea etica di base per cui è diritto di una persona rifiutare l'assistenza, e allo stesso tempo se

⁷³ Daly e Coffey, «Staff perceptions of elder abuse,» *Nursing older people*, vol. 22, pp. 33-37, 2010.

⁷⁴ Thompson, Beavan, Lisk, McCracken e Myint, «Training in Elder Abuse: The Experience of Higher Specialist Trainees in Geriatric Medicine in the UK,» *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 51, pp. 257-259, 2010.

⁷⁵ Daly e Coffey, «Staff perceptions of elder abuse,» *Nursing older people*, vol. 22, pp. 33-37, 2010.

⁷⁶ Kottwitz e Bowling, «A pilot study of elder abuse questionnaire,» *Kansas Nurse*, vol. 7, n. 78, pp. 4-6, 2003.

questa non è somministrata correttamente o completamente il *caregiver* può essere accusato di neglect: con questa contraddizione in mente, più che richiedere risposte "giuste o sbagliate" sulla base di un metro prestabilito, il questionario è stato strutturato per misurare la congruità tra le risposte date da uno stesso partecipante (così da individuarne la familiarità con il tema) e tra i diversi partecipanti (così da individuarne la conoscenza comune). Questo tipo di test è stato classificato come affidabile a seguito di test statistici comprovati⁷⁷.

Su un campione di dimensioni ridotte (n = 117, di cui il 70% rispondente), costituito al 48% da infermieri, al 42% da assistenti sociali e al 10% da personale organizzativo sanitario e infermieri clinici specializzati, il 58% dei rispondenti ha dichiarato di aver partecipato ad almeno una sessione di formazione specifica sul tema dell'abuso sugli anziani. Questo primo dato qualifica questo studio in un contesto differente dai due precedenti anche se, esprimendo un'incertezza meritevole di approfondimento, gli assistenti sociali che hanno ricevuto una formazione specifica per il ruolo e gli infermieri con formazione post-laurea avanzata sono coloro che hanno espresso una minor confidenza (auto-attribuita) nel saper riconoscere casi di abuso.

I risultati dello studio, pur con premesse differenti, sono in linea con quelli dei precedenti: le percezioni dello staff sanitario sull'abuso sugli anziani rivelano alti livelli di incertezza riguardo a cosa costituisca effettivamente abuso. Per quel che riguarda l'abuso fisico, un esempio di dato interpretato come indice di insicurezza è stata la correlazione tra la classificazione del comportamento "Forzare il bagno due volte a settimana" come abusante (75%) e del comportamento "Forzare l'igiene orale una volta al giorno" come non abusante (59%).

Comparando i vari studi internazionali, i punti in comune sono quindi ben più rimarchevoli delle differenze nelle risposte, evidenziando la forte differenza di percezioni, nozioni e convinzioni sul tema.

Con lo scopo di introdurre una routine di *screening* nella prassi medica non sarà sufficiente introdurre gli strumenti idonei: perché i professionisti usino gli strumenti in modo efficace sarà necessario che siano consapevoli della complessità del problema e dei suoi segni, sintomi e conseguenze⁷⁸.

È stato proposto che anziché vedere l'abuso come una malattia, il personale medico, infermieristico e di assistenza sociale dovrebbe concepirlo come un fattore di rischio per una lunga lista di patologie, così come sono visti il consumo di alcool e tabacco⁷⁹. Questo approccio dovrebbe aiutare a capire la rilevanza dello *screening*, assistendo il personale nella comprensione delle condizioni dei propri pazienti ed inserendo l'indagine sull'abuso in tutti i processi di anamnesi.

1.3 La valutazione multidimensionale dell'anziano

La *Comprehensive Geriatric Assessment* Posi la CGA (o Valutazione Multidimensionale) come "una valutazione multidisciplinare in cui i molteplici problemi degli anziani sono scoperti, descritti e spiegati, se possibile, e in cui le risorse e il potenziale delle persone vengono catalogati, viene valutato il bisogno di servizi assistenziali e viene sviluppato un piano di cura per focalizzare gli interventi sui problemi del soggetto". Continua affermando che l'invecchiamento è un processo che riduce costantemente le riserve fisiologiche risultando in una diminuita abilità nel compensare il

⁷⁷ Ibidem

⁷⁸ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

⁷⁹ Garcia-Moreno, «Dilemmas and opportunities for an appropriate Health-Service response to violence against women,» *Lancet*, vol. 359, pp. 1509-1514, 2002.

peso della malattia; le malattie si accumulano con l'età, aumentando sia il numero che la gravità; questa doppia problematica del declino fisiologico associato all'eccesso di morbilità e alla risultante disabilità si traduce nella difficoltà nell'eseguire semplici compiti fisici e mentali fondamentali nella vita quotidiana.

Nella valutazione geriatrica sono utilizzati degli strumenti standardizzati per ottenere informazioni sul paziente geriatrico; questi strumenti consentono al professionista di valutare efficacemente il livello attuale di capacità funzionali, cognitive e di sicurezza del paziente. Il medico può quindi approfittare di queste informazioni per cercare di ottimizzare la situazione dell'anziano.

Molti Autori hanno proposto la CGA come valido strumento per la valutazione delle persone vittime di abuso o neglect⁸⁰.

Si tratta di un approccio integrato per la valutazione delle condizioni del paziente in una varietà di ambiti e richiede l'acquisizione di una storia clinica completa, di un esame fisico, e l'utilizzo di strumenti validati per determinare lo stato della salute psicosociale e le capacità funzionali.

In genere la CGA è condotta da un team multidisciplinare composto da un assistente sociale, un infermiere e un medico. La CGA può essere eseguita efficacemente in una varietà di ambienti (ospedale, ambulatori, case di cura, abitazioni private).

Soltanto personale esperto in gerontologia può ricorrere a questo metodo, pertanto non tutti i centri hanno il personale e le risorse adatti per mettere in atto questa procedura. Inoltre è in corso un dibattito sul fatto che la CGA possa effettivamente scoprire i casi di maltrattamento degli anziani.

Gli aspetti che si valutano nel paziente geriatrico possono essere suddivisi in cinque categorie⁸¹:

- Stato funzionale;
- Stato psico-cognitivo;
- Stato nutrizionale;
- Stato clinico (generale e patologie specifiche) e dolore;
- Qualità della vita e condizioni sociali.

1.3.1 Stato funzionale

Per la valutazione dello stato funzionale si utilizzando delle Scale di Performance, test in cui il soggetto esegue un movimento / comportamento / ordine secondo un protocollo standardizzato e riceve un punteggio da un esaminatore. Sono test nati per descrivere la presenza di deficit funzionale ma sono in grado di predire eventi avversi quali cadute, fratture, nuova disabilità, istituzionalizzazione e mortalità.

Le Scale di Performance determinano realmente se l'attività in esame può essere eseguita (abilità) e il grado in cui il soggetto può compierla (capacità).

Katz Index of Activities of Daily Living – ADL

L'ADL misura sei attività complesse relative all'autosufficienza nella cura personale, valutando oggettivamente l'abilità del soggetto nell'eseguire tali funzioni e stimando se abbia bisogno di assistenza, ed eventualmente in che misura. Più alto è il numero di abilità compromesse, più

⁸⁰ Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

⁸¹ Tamaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000.

numerosi sono i servizi necessari a garantire la cura quotidiana dell'anziano, sia a casa che nelle case di cura.

L'ADL è uno strumento semplice che aiuta nella formulazione, implementazione e valutazione dei piani di trattamento. Può essere usato per valutare il bisogno di assistenza così come la progressione di una infermità e l'efficacia sia di un trattamento che della riabilitazione.

Questo strumento può essere usato in molti contesti, comprese la pratica clinica, le case di cura e le strutture per la riabilitazione.

Le informazioni richieste possono essere ottenute dall'anziano stesso o da un *caregiver*, che sia un familiare o un professionista.

Il test va compilato dando un punteggio che va da 0 (indicante il bisogno di massima assistenza) a 6 (quando l'anziano è totalmente autosufficiente) a seconda dell'assistenza necessaria all'anziano per compiere una determinata attività.

Le attività valutate sono:

- Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature);
- Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate);
- Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi);
- Spostarsi;
- Continenza di feci e urine;
- Alimentazione.

Barthel Index of Activities of Daily Living

Il Barthel Index è una rapida e attendibile valutazione della mobilità e dell'abilità del soggetto nell'eseguire i compiti basilari della cura quotidiana della persona.

Questo strumento è utilizzato estesamente nella pratica clinica, soprattutto per la valutazione della funzione fisica in ambito riabilitativo.

Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza. Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

Le attività analizzate in questo caso sono:

- Alimentazione;
- Abbigliamento;
- Toilette personale;
- Fare il bagno;
- Controllo defecazione;
- Controllo minzione;
- Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare;
- Montare e scendere dal WC;
- Camminare in piano;
- Salire o scendere le scale.

Instrumental Activities of Daily Living – IADL

La scala IADL misura otto attività complesse relative alle funzioni indipendenti, valutando oggettivamente l'abilità del soggetto nell'esecuzione di tali funzioni e stimando il grado di assistenza di cui necessita.

Più funzioni sono compromesse, più numerosi saranno i servizi necessari per mantenere una persona nella comunità.

Questo rapido strumento è utile nella popolazione anziana residente nella comunità perché fornisce informazioni riguardanti la necessità dei soggetti di servizi assistenziali.

Le informazioni richieste possono essere ottenute dall'anziano stesso o da un *caregiver*, che sia un familiare o un professionista.

La scala analizza 8 attività fisiche più complesse, come nell'ADL il punteggio ottenuto andrà da 0 (indice di incapacità completa di svolgere le attività elencate) a 8 (indice di autonomia più o meno completa).

Le attività indagate sono:

- Usare il telefono;
- Fare la spesa;
- Preparare il cibo;
- Governo della casa;
- Fare il bucato;
- Mezzi di trasporto;
- Assunzione farmaci;
- Uso del denaro.

Test di Tinetti (Tinetti Mobility Assessment)

Il test di Tinetti è un breve strumento sviluppato nel 1938 per essere utilizzato in vari contesti clinici; è suddiviso in due parti distinte che hanno lo scopo di valutare l'equilibrio e l'andatura del paziente.

Il "*Balance assessment*" comprende una serie di manovre che necessitano di un certo equilibrio che è verosimile che il paziente compia durante le normali attività quotidiane. Questa parte non richiede nessun oggetto a parte una sedia dallo schienale dritto e senza braccioli.

Le manovre da osservare durante il test sono:

1. Equilibrio nel sedersi;
2. Equilibrio nell'alzarsi;
3. Tentativi di alzarsi;
4. Equilibrio appena alzato (valuto i primi 5 secondi);
5. Equilibrio nella stazione eretta;
6. Il soggetto è in posizione eretta con i piedi più vicini possibile tra loro, l'esaminatore lo colpisce delicatamente sullo sterno con il palmo della mano per tre volte;
7. Il soggetto deve mantenere la posizione eretta con i piedi più vicini possibile tra loro ad occhi chiusi;
8. Compiere una rotazione di 360°;
9. Sedersi.

Il punteggio massimo che può essere ottenuto è di 16 punti.

Il “*Gait assessment*” comprende una serie di manovre di marcia che è verosimile che il paziente compia nello svolgere le attività quotidiane.

Il soggetto cammina nella stanza alla propria andatura, poi, al ritorno, gli viene chiesto di camminare con un ritmo più rapido, ma sicuro, e si valuta:

1. Inizio della camminata (subito dopo il comando “via!”);
2. Lunghezza e altezza del passo (valutare l’oscillazione di ogni piede);
3. Simmetria del passo;
4. Continuità della marcia;
5. Percorso;
6. Tronco;
7. Posizione delle ginocchia durante la marcia.

Il punteggio massimo ottenibile è di 12 punti.

Il punteggio ottenuto nei due test viene sommato per ottenere un quadro completo dell’abilità funzionale del paziente e del suo rischio di caduta.

Un soggetto viene considerato normale se ottiene un punteggio superiore a 24, ad aumentato rischio di caduta con un punteggio compreso tra 19 e 24, ad alto rischio di caduta con un risultato inferiore ai 19 punti.

Questo test può essere dirimente nei casi in cui, nell’esame fisico del paziente, fossero state riscontrate numerose ecchimosi.

La probabilità di caduta negli anziani è più alto che negli adulti, ma grazie a questo test si può ottenere una stima più precisa del rischio individuale del soggetto in esame.

1.3.2 Stato psico-cognitivo

Mini Mental State Examination – MMSE

L’MMSE è uno strumento di valutazione standardizzato, utilizzato in ambito clinico per uno *screening* preliminare, che fornisce una misura dello stato cognitivo globale molto concisa, ma chiara e relativamente completa. È adatto per la misurazione di modificazioni del livello cognitivo nel tempo.

Le funzioni cognitive indagate sono: orientamento spazio-temporale, memoria a breve e lungo termine, attenzione e abilità di calcolo, linguaggio (comprensione del linguaggio scritto e orale), scrittura, capacità costruttiva.

Il punteggio tradizionalmente usato come *cut-off* è 24/30: al di sotto la prestazione è da considerarsi suggestiva di deterioramento cognitivo da indagare ulteriormente. Per questo test la sensibilità è dell’87% e la specificità dell’82%.

I punteggi ottenuti devono essere aggiustati per età e scolarità del soggetto.

Il test si sviluppa come segue:

- Orientamento spazio-temporale: al soggetto viene chiesto di indicare in quale giorno, mese, anno, giorno della settimana e stagione si sia in quel momento, e di dire in che tipo di luogo si trova, piano, città, provincia, regione;
- Memoria: pronunciare ad alta voce (una sola volta) “pane”, “casa”, “gatto” assegnando 1 punto per ogni termine esatto ripetuto (max 3 punti); fare ripetere nuovamente la sequenza delle tre parole finché non le abbia imparate (numero max di ripetizioni: 6);

- Attenzione e calcolo: fare contare per 7 all'indietro, partendo da 100, fermandosi dopo le prime 5 risposte (1 punto per ogni risposta esatta, punteggio max: 5); fare compitare la parola "carne" all'indietro (1 punto per ogni risposta esatta, punteggio max: 5);
- Richiamo di memoria: richiamare i termini precedentemente imparati (1 punto per ogni parola ricordata, punteggio max 3 punti);
- Linguaggio: il paziente deve riconoscere due oggetti (matita e orologio) indicati dall'esaminatore (1 punto per ogni risposta esatta, punteggio max 2); fare ripetere al paziente la frase "senza se oppure ma" (1 punto se corretto); esecuzione di un compito su comando "prenda il foglio che è sul tavolo con la mano destra, lo pieghi a metà e lo metta sulle ginocchia" (1 punto per ogni azione eseguita correttamente, punteggio max 3); presentare al paziente un foglio con la scritta "chiuda gli occhi" (1 punto se ubbidisce all'ordine); fare scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo (1 punto); fare copiare al paziente il disegno geometrico proposto, composto da due pentagoni intersecati (la riproduzione è corretta solo se sono presenti tutti i 10 angoli e se due di essi si intersecano; 1 punto).

Clock Drawing Test – CDT

Il CDT è una rapida valutazione della funzione cognitiva, semplice da utilizzare in vari ambiti clinici; può essere usato come veloce test per la demenza nell'assistenza sanitaria di base.

Il CDT è spesso somministrato insieme al MMSE, dato che il CDT rivela deficit delle funzioni visuocostruttive ed esecutive, mentre il MMSE dimostra l'orientamento, la memoria e le funzioni del linguaggio.

Questo test ha sia sensibilità che specificità dell'82%.

Il test consiste nel presentare al soggetto un foglio con disegnato un cerchio e chiedergli di scrivere i numeri nel cerchio come se esso fosse il quadrante di un orologio. Il passo successivo è quello di disegnare le lancette in modo che segnino le ore 11.10.

Il punteggio assegnato va da 1 a 6: punteggi ≥ 3 riflettono un elevato numero di errori e quindi un grado elevato di declino cognitivo.

Geriatric Depression Scale – GDS

La diagnosi di depressione è clinica e il DSM-IV fissa dei criteri standardizzati; spesso, tuttavia, i sintomi depressivi manifestati dagli anziani non raggiungono la gravità e/o le caratteristiche richieste dai criteri del DSM-IV. Poiché vi è evidenza che identificarli e trattarli è importante, sono state sviluppate delle scale di valutazione dei sintomi depressivi specifiche per gli anziani.

Rispetto alle scale utilizzate per i giovani adulti, le scale per gli anziani danno minor peso ai sintomi somatici (difficili da interpretare nel contesto delle comorbidità croniche), privilegiando gli aspetti emotivi e le ripercussioni funzionali.

La GDS è uno questionario per lo *screening* della depressione destinato specificatamente agli anziani.

I soggetti cognitivamente integri o con moderato declino cognitivo possono compilare autonomamente il questionario, mentre per quelli che presentano un grave declino cognitivo sarà un osservatore a compilarlo.

È un test idoneo anche per il riconoscimento della depressione in pazienti con patologie fisiche.

Esistono varie versioni della GDS, la più estesa delle quali presenta 30 domande, la media 15 e la più concisa solo 5.

30-items Geriatric Depression Scale:

1. Sei fondamentalmente soddisfatto della tua vita?
2. Hai abbandonato molte delle tue attività e interessi?
3. Ti sembra che la tua vita sia vuota?
4. Sei spesso annoiato?
5. Hai speranze per il futuro?
6. Sei assillato da pensieri che non riesci a scacciare dalla tua mente?
7. Sei di buon umore la maggior parte del tempo?
8. Hai paura che ti stia per accadere qualcosa di brutto?
9. Ti senti felice la maggior parte del tempo?
10. Ti senti spesso indifeso?
11. Ti senti spesso inquieto e agitato?
12. Preferisci stare a casa piuttosto che andare fuori e fare cose nuove?
13. Ti preoccupi spesso per il futuro?
14. Ti sembra di avere più problemi di memoria rispetto agli altri?
15. Pensi che sia bellissimo essere vivo adesso?
16. Ti senti spesso triste e giù di corda?
17. Ti sembra di essere inutile nella condizione in cui sei adesso?
18. Ti preoccupi molto del passato?
19. Trovi la vita molto eccitante?
20. È difficile per te intraprendere nuovi progetti?
21. Ti senti pieno di energia?
22. Ti sembra che la tua situazione sia senza speranza?
23. Pensi che la maggioranza delle persone stia meglio di come stai tu adesso?
24. Ti arrabbi frequentemente per piccole cose?
25. Ti viene spesso da piangere?
26. Hai problemi a concentrarti?
27. Ti piace alzarti la mattina?
28. Preferisci evitare incontri sociali?
29. Ti è facile prendere delle decisioni?
30. Il tuo pensiero è limpido come una volta?

Geriatric Depression Scale Short Form:

1. Sei fondamentalmente soddisfatto della tua vita?
2. Hai abbandonato molte delle tue attività e interessi?
3. Ti sembra che la tua vita sia vuota?
4. Sei spesso annoiato?
5. Sei di buon umore la maggior parte del tempo?
6. Hai paura che ti stia per accadere qualcosa di brutto?
7. Ti senti felice la maggior parte del tempo?
8. Ti senti spesso indifeso?
9. Preferisci stare a casa piuttosto che andare fuori e fare cose nuove?
10. Ti sembra di avere più problemi di memoria rispetto agli altri?
11. Pensi che sia bellissimo essere vivo adesso?

12. Ti sembra di essere inutile nella condizione in cui sei adesso?
13. Ti senti pieno di energia?
14. Ti sembra che la tua situazione sia senza speranza?
15. Pensi che la maggioranza delle persone stia meglio di come stai tu adesso?

5-items Geriatric Depression Scale:

1. Sei fondamentalmente soddisfatto della tua vita?
2. Sei spesso annoiato?
3. Ti senti spesso indifeso?
4. Preferisci stare a casa piuttosto che andare fuori e fare cose nuove?
5. Ti sembra di essere inutile nella condizione in cui sei adesso?

1.3.3 Stato nutrizionale

Mini Nutritional Assessment – MNA⁸²

Per la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti geriatrici esistono vari test e varie modalità di misurazione degli indici antropometrici, ma quello solitamente incluso nella Valutazione multidimensionale è il Mini Nutritional Assessment.

Questo test di *screening* era stato creato inizialmente per valutare lo stato nutrizionale degli anziani fragili. Esso prende in considerazione indici antropometrici, valutazione globale, indici dietetici, valutazione soggettiva, e può essere eseguito in soli 10 minuti.

Il test da compilare è il seguente:

- Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione);
- Perdita di peso recente (<3 mesi);
- Motricità;
- Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?;
- Problemi neuropsicologici;
- Indice di massa corporea (BMI = peso/(altezza)² in kg/m²);
- Il paziente vive autonomamente a domicilio?;
- Prende più di 3 medicinali al giorno?;
- Presenza di decubiti, ulcere cutanee?;
- Quanti pasti completi consuma al giorno?;
- Consuma almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? Una o due volte la settimana uova o legumi? Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame?;
- Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?;
- Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte...);
- Come si nutre? (con assistenza, autonomamente con o senza difficoltà?);
- Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali);
- Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età?;
- Circonferenza brachiale (CB, in cm);

⁸² Devons, «Comprehensive Geriatric Assessment: making the most of the aging years,» *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 5, pp. 19-24, 2002.

- Circonferenza polpaccio (CP, in cm).

Il punteggio ottenuto può indicare uno stato nutrizionale soddisfacente (da 24 a 30 punti), rischio di malnutrizione (da 17 a 23,5 punti) o un insufficiente stato nutrizionale (meno di 17 punti).

Altri comuni marcatori biochimici di malnutrizione non inclusi nel MNA sono l'albumina sierica, il colesterolo e l'emoglobina; nonostante questi parametri possano essere alterati anche in condizioni non associate alla malnutrizione, sono comunque utili indici aggiuntivi per guidare diagnosi e interventi.

1.3.4 Stato clinico e dolore

Naturalmente una visita medica tradizionale sarà il primo passo per la valutazione della salute del paziente; essa consiste in anamnesi ed esame obiettivo.

Prima di passare ai test specifici per la valutazione geriatrica, può essere utile completare la panoramica dello stato clinico del paziente con esami di laboratorio (esame del sangue e delle urine) ed esami strumentali (elettrocardiogramma, raggi al torace, ecografia addominale), con la possibilità di approfondire ulteriormente l'indagine nel caso in cui si trovassero valori alterati.

Passando alla sezione della testistica, sono disponibili alcuni test molto spesso usati per valutare problematiche tipiche dell'anziano di varia natura.

Vista⁸³

Con l'aumentare dell'età si possono avere deficit visivi fisiologici o patologici, più frequentemente dovuti a malattie quali cataratta, degenerazione maculare, retinopatia diabetica e glaucoma.

Deficit visivi possono contribuire all'isolamento delle persone anziane e ad un aumento del rischio di cadute.

Un metodo molto diffuso e rapido per la valutazione dell'acuità visiva è la “*Snellen eye Chart*”.

La tabella classica di Snellen è stampata con 11 linee di acutezza. La prima linea consiste in una grande lettera E. Successivamente il numero di lettere per riga aumenta e diminuiscono le dimensioni. Il paziente svolge il test coprendosi un occhio e leggendo le lettere cominciando dalla E più grossa. La più piccola linea che può essere letta rappresenta l'acutezza visiva in quell'occhio. Solo le nove lettere C, D, E, F, L, O, P, T, Z sono utilizzate nella tabella tradizionale di Snellen.

Udito⁸⁴

Il calo dell'udito è un problema che affligge gran parte delle persone con più di 65 anni. Spesso il problema è poco riconosciuto e di conseguenza poco trattato, anche perché spesso il soggetto non se ne rende conto e non lo riferisce.

Il calo o la perdita dell'udito è spesso associato a isolamento, confusione mentale e depressione.

Un semplice test che è spesso utilizzato per rendersi conto in modo rapido se si è in presenza di un soggetto con deficit uditivo è il “*Whispered Voice Test*”.

Il test consiste nel posizionarsi dietro al paziente, senza entrare nel suo campo visivo, in modo da essere certi che non possa leggere il labiale; chiedere al paziente di spingere con un dito il trago

⁸³ Devons, «Comprehensive Geriatric Assessment: making the most of the aging years,» *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 5, pp. 19-24, 2002.

⁸⁴ Ibidem

dell'orecchio non in esame, in modo da chiudere il condotto uditivo esterno; al soggetto viene richiesto di ripetere i numeri o le parole che l'esaminatore pronuncia a diversi livelli di volume verso l'orecchio da testare; l'operazione va ripetuta per l'altro orecchio⁸⁵.

A seconda della correttezza delle ripetizioni si assegnerà un diverso grado di capacità uditiva, che verrà ulteriormente indagato con altri esami più specifici.

Incontinenza urinaria⁸⁶

La prevalenza di incontinenza urinaria riguarda approssimativamente il 10-15% delle donne con oltre 65 anni e più del 25% con oltre 85 anni.

Un semplice ed efficiente metodo di *screening* è composto da due domande: “Hai mai avuto una perdita di urina che ti ha fatta bagnare nell'ultimo anno?”, se la risposta è sì “Hai avuto perdite di urine in sei giorni diversi?”.

Un altro metodo consiste in una sola domanda: “Hai avuto incontinenza urinaria così fastidiosa che ti piacerebbe sapere se può essere trattata?”.

A meno che la paziente non si senta in imbarazzo a rispondere a queste domande, da questa superficiale indagine possiamo capire se siano necessarie eventuali indagini e trattamenti.

Polifarmacoterapia⁸⁷

A tutti i pazienti dovrebbe essere chiesto di presentare la lista di tutti i farmaci assunti, sia quelli prescritti da medici di base e specialisti, sia quelli da banco assunti in regime di automedicazione.

Quello della polifarmacoterapia è un problema importante negli anziani in quanto sia per le molteplici patologie, che per l'automedicazione o il sovradosaggio, essi possono andare incontro ad effetti avversi da farmaci e ad interazioni tra gli stessi.

Lesioni da pressione⁸⁸

Le lesioni da pressione possono essere un riflesso della scarsa qualità delle cure riservate all'anziano.

La loro valutazione comporta un attento esame della pelle, un'annotazione della grandezza e della profondità della lesione e l'assegnazione del grado di severità.

Per una trattazione più approfondita si rimanda al capitolo 3.3.2 sui segni del neglect.

Dolore⁸⁹

Per la valutazione del dolore esistono moltissimi test, tra cui i più utilizzati sono la Scala Analogica Visiva (VAS), la Scala Numerica Visiva (VNS) e la Scala di Valutazione Visiva (VRS).

Una decina di anni fa è stata sviluppata una scala del dolore specificatamente a scopo geriatrico, la *Geriatric Pain Measure*⁹⁰.

⁸⁵ C. M. Macphee, «A simple screening test for hearing impairment in elderly patients,» *Age Ageing*, vol. 17, n. 5, pp. 347-351, 1988.

⁸⁶ Rosen e Reuben, «Geriatric Assessment Tools,» *Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 78, pp. 489-497, 2011.

⁸⁷ Devons, «Comprehensive Geriatric Assessment: making the most of the aging years,» *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 5, pp. 19-24, 2002.

⁸⁸ Devons, «Comprehensive Geriatric Assessment: making the most of the aging years,» *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 5, pp. 19-24, 2002.

⁸⁹ Ibidem

Questa consiste in un questionario di 24 domande del quale sono state dimostrate l'affidabilità e la validità.

I suoi vantaggi sono l'essere di portata multidimensionale e di essere relativamente facile da amministrare.

Le domande presentate all'anziano sono:

1. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore a causa di attività fisiche come correre, sollevare oggetti pesanti o partecipare a estenuanti attività sportive?
2. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore a causa di attività moderate come spostare un tavolo pesante, passare l'aspirapolvere, giocare a bowling o golf?
3. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore a causa del sollevamento o del trasporto della spesa?
4. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore percorrendo più di un piano di scale?
5. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore salendo pochi gradini?
6. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore camminando per più di un isolato?
7. Hai sentito o supponi che sentiresti dolore camminando per un isolato o meno?
8. Senti dolore facendo il bagno o mentre ti vesti?
9. Stai lavorando o svolgendo attività per minore tempo del solito perché senti dolore?
10. Hai realizzato meno di quello che avresti voluto per via del dolore?
11. Stai lavorando o svolgendo attività diverse dal solito perché senti dolore?
12. Lavorare o svolgere attività ti richiede uno sforzo extra perché senti dolore?
13. Hai problemi a dormire per via del dolore?
14. Il dolore ti impedisce di svolgere attività religiose?
15. Il dolore ti impedisce di svolgere altre attività sociali o ricreative?
16. Il dolore ti impedisce di viaggiare e usare i mezzi di trasporto standard?
17. Il dolore ti fa sentire affaticato o stanco?
18. Devi fare affidamento sui membri della tua famiglia o amici per via del dolore?
19. In una scala da 0 a 10, con 0 corrispondente all'assenza di dolore e con 10 corrispondente al peggior dolore che puoi immaginare, quanto è grave il tuo dolore oggi?
20. Negli ultimi sette giorni, in una scala da 0 a 10, con 0 corrispondente all'assenza di dolore e con 10 corrispondente al peggior dolore che puoi immaginare, quanto è grave il tuo dolore in media?
21. Hai un dolore che non passa mai completamente?
22. Provi dolore ogni giorno?
23. Provi dolore più volte a settimana?
24. Negli ultimi sette giorni, il dolore ti ha fatto sentire triste o depresso?

Assegnando 1 punto per ogni risposta affermativa e aggiungendo i punti ottenuti nelle domande 19 e 20 si ottiene un totale che, moltiplicato per 2,38 in modo tale da convertire il punteggio in centesimi, può essere così interpretato: meno di 30 corrisponde a dolore leggero, da 31 a 69 a dolore moderato, superiore a 69 a dolore severo.

1.3.5 Qualità della vita

⁹⁰ Ferrel, Stein e Beck, «The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis.», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, pp. 1669-1673, 2000.

Per valutare questi aspetti non esistono test specifici, ci si affida quindi alla raccolta di informazioni generali fornite dall'anziano stesso o dai familiari o *caregiver*.

È necessario valutare la condizione abitativa dell'anziano (in casa o in casa di riposo), se vive in casa con chi vive (solo, con il coniuge, con un figlio, con un *caregiver*)⁹¹.

Importante capire quale sia il livello di relazioni sociali dell'anziano. Maggiore è la rete di relazioni (familiari e ambientali), più possibilità ha l'anziano di raccontare a qualcuno i maltrattamenti eventualmente subiti. Oltre alle relazioni sociali è interessante conoscere le attività che l'anziano svolge abitualmente, anche per poter valutare il deterioramento fisico e mentale nel corso degli anni.

Infine è importante fare una stima delle risorse economiche dell'anziano; è necessario capire se l'anziano dipende economicamente da qualcuno o se è lui stesso a mantenere qualcuno (ad esempio un figlio o un *caregiver*)⁹².

1.4 Diagnosi di abuso e diagnosi differenziale

Nei casi di sospetti abusi sugli anziani è necessario procedere con un esame *clinico forense simile* a quello effettuato su qualsiasi altra vittima di attacco fisico o di abuso, fondamentale per rilevare i segni fisici conseguenti alle violenze.

A seconda del tipo di lesioni si potrà identificare il tipo di abuso che è stato commesso, ricordando però che molto spesso ci si trova davanti ad associazioni dei vari tipi: ad esempio se si trovano indizi di abuso sessuale quasi sempre ce ne saranno anche di abuso fisico.

I pattern delle lesioni osservate (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni, ustioni) possono fornire indizi sul modo in cui siano state provocate in base alla loro forma: spesso infatti si riesce a risalire allo strumento utilizzato per nuocere in base a forma, dimensioni e gravità della ferita.

Raramente l'abuso è osservato direttamente e il neglect è spesso una mancanza di cure e attenzione per un lungo periodo. Come già detto, quasi mai l'anziano denuncia l'abuso, ed è quindi difficile documentare i segni clinici di un abuso appena commesso. Solo in casi estremi come assalti con armi o deliberati tentativi di avvelenamento è possibile riconoscere chiaramente gli abusi.

A differenza degli esami clinici condotti su adulti e bambini, di solito in buono stato di salute, in quelli condotti su pazienti anziani l'evidenza di abuso è più difficile da identificare, in quanto potenzialmente "mascherata" da eventuali patologie legate all'età avanzata.

Un esempio su tutti è dato dalla pelle degli anziani: essa infatti è più secca, meno elastica e più sottile di quella dei giovani e degli adulti, risulta quindi evidente che insulti di bassa intensità possano già provocare notevoli lesioni.

Per riconoscere i segni di violenza durante la visita medica è necessario conoscere i marcatori forensi e saperli interpretare nel modo corretto.

Di seguito sono esposti i principali segni clinici sui quali si deve basare l'esame forense per valutare la presenza e la gravità degli abusi.

1.4.1 Anamnesi

Il primo step del percorso diagnostico dell'abuso sull'anziano consiste nella raccolta dell'anamnesi.

⁹¹ Rosen e Reuben, «Geriatric Assessment Tools,» *Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 78, pp. 489-497, 2011.

⁹² *Ibidem*

La storia del paziente può rivelare direttamente l'abuso nel caso in cui il soggetto sia mentalmente integro e abbia trovato la voglia e il coraggio di denunciare i maltrattamenti subiti, ma bisogna tenere sempre presente che un'anamnesi negativa non esclude una storia di abusi.

In alcuni casi gli anziani non forniscono una buona anamnesi e in queste situazioni è opportuno accertarsi se si sia in presenza di demenza. Se è presente demenza è opportuno prestare ancora più attenzione all'indagine sul paziente in quanto il deterioramento cognitivo è un importante fattore di rischio di diventare vittima di abuso.

Nei casi in cui esistano più persone sospettate di essere vittime di abuso è opportuno raccogliere separatamente le loro anamnesi, in modo tale che il racconto fornito da un anziano non influenzi le risposte degli altri in esame.

Lo stesso accorgimento è da utilizzarsi nei confronti del perpetratore dell'abuso.

Se esiste un *caregiver* (che sia un familiare o un operatore sanitario) sospettato di aver compiuto dei maltrattamenti ai danni degli anziani è necessario intervistarlo, da solo, rimanendo obiettivi: è importante che il clinico forense non sviluppi pregiudizi di colpevolezza o innocenza nati sulla base dell'ascolto dei racconti degli anziani precedentemente intervistati⁹³.

1.4.2 Abuso Fisico

Ecchimosi⁹⁴

Infiltrazioni emorragiche che si svolgono nella compagine dei tessuti, indipendentemente da una loro discontinuità, a seguito di rotture vasali quando il circolo è attivo.

Le ecchimosi si distinguono in periferiche (o cutanee e delle mucose visibili) e centrali (viscerali, muscolari, ossee) che dal profondo possono affiorare a distanza di qualche tempo seguendo le vie anatomiche di minor resistenza.

Una seconda classificazione delle ecchimosi le suddivide a seconda dei vari meccanismi attraverso i quali le generano azioni contusive esteriori:

- Compressione:
 - Nella stessa sede di applicazione del trauma (ad esempio nel punto in cui la cute rimane schiacciata tra il corpo contundente e il resistente piano osseo sottostante, oppure quando, colpita con violenza la testa in riposo da un oggetto di piccole dimensioni, l'inflattersi temporaneo del tavolato cranico giunge a contondere la sottostante corteccia cerebrale alla sommità delle circonvoluzioni);
 - In sedi distanti dal punto di applicazione dal trauma quando l'energia meccanica mette in movimento un viscere sospeso in un contenitore (ad esempio per l'impatto al suolo di una testa che cade e batte con l'occipite, oltre alla frattura primaria in questa sede, si possono formare lesioni encefaliche, dette lesioni da contraccolpo, nella opposta regione frontale. Ciò si verifica quando la deformazione cranica è stata tale da sollecitare violentemente l'encefalo a muoversi all'interno della scatola cranica lungo la direzione dell'impatto così da urtare la regione scheletrica opposta al punto di contatto col suolo);
- Trazione della rete vasale:

⁹³ Lachs e Pillemer, «Abuse and neglect of elderly persons,» *The New England journal of Medicine*, vol. 332, pp. 437-443, 1995.

⁹⁴ Fallani, «Traumatologia forense,» in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.

Essa cede, dilacerandosi, prima che siano vinte le forze di coesione delle altre componenti dei tessuti o degli organi a cui i vasi pervengono o da cui si dipartono collegandoli ad altre strutture, con emorragie quindi a distanza dal punto di applicazione. Questo si verifica, ad esempio, per azioni contusive tangenziali che stirano fortemente e bruscamente la cute, oppure per traumi cranici che mettono in movimento rotatorio la massa cerebrale rispetto alle strutture che la contengono (teca e rivestimento durale) essendo inizialmente ritardato (per inerzia) il movimento dell'encefalo rispetto a quello del cranio: si può così avere una trazione con lacerazione delle vene a ponte che, attraversando lo spazio subaracnoideo, si portano dall'encefalo alla dura madre.

- **Suzione:**

Le rotture vasali sono causate dalla diminuzione della pressione. Questa può avvenire esternamente, a livello cutaneo o mucoso, per *coppettazione* o per energica aspirazione buccale (come si può osservare nel caso di violenza sessuale) oppure internamente, durante le asfissie meccaniche quando l'atto respiratorio non è seguito dalla introduzione di aria e si crea una maggiore depressione nel cavo pleurico e nelle cavità alveolari; questa a sua volta è fonte di sollecitazione in dilatazione delle pareti dei capillari della sierosa pleurica o di quelli decorrenti nelle pareti degli alveoli che possono così rompersi (specie in concomitanza di un aumento di pressione sanguigna).

- **Sforzo:**

In questo caso la forza agisce dall'interno dei piccoli vasi, come nel caso di bruschi e forti aumenti della pressione sanguigna, specie se, come già detto, concomitano gli effetti di suzione.

Ecchimosi da sforzo possono così aversi a livello delle congiuntive negli accessi di tosse convulsa; al volto (e più in generale nel distretto cranico, oltre che alla cute, all'encefalo, alla retina, onde nella sopravvivenza può aversi cecità) nella cosiddetta maschera ecchimotica, tipica delle asfissie meccaniche per immobilizzazione del torace, quando il circolo cerebrale è ingorgato dall'iperafflusso arterioso mentre vi è difficoltà allo scarico venoso.

La ecchimosi comune è rotondeggiante, a superficie piana o sollevata a seconda dell'entità dello spandimento e del turgore da edema che l'accompagna, di colore violaceo più intenso al centro e a margini sfumati.

Le ecchimosi, oltre alla più comune forma tondeggiante, possono presentarsi come ecchimosi *puntiformi* (o miliariche o petecchie: quando sono piccole, uniche, a punte di spillo o poco più o, se multiple, isolate), come *suggellazioni* (dovute al ravvicinarsi fra loro di ecchimosi piccole), come *soffusioni* (vaste zone di infiltrazione laminare svolgentesi ad esempio tra i muscoli e le fasce che li avvolgono), come *vibici* (emorragie a stria, come nelle cosiddette strie gravidiche) e come *ematomi* (raccolte di sangue in cavità neofornate dallo stesso stravasamento nella compagine di tessuti o organi).

Ai fini dell'identificazione del corpo contundente, rivestono importanza le cosiddette *ecchimosi figurate*, che lo richiamano o per la figura o per l'aspetto nel suo insieme: va ricordato, tuttavia, che la tendenza a diffondersi dello stravasamento può portare a una cancellazione delle originarie caratteristiche di tipicità; nell'identificazione del mezzo occorre sempre riportare la foggia dello strumento alla forma della sede vulnerata (una bastonata in una parte ricurva del corpo non produrrà infatti un'ecchimosi lineare poiché il contatto è limitato alla ristretta zona di loro tangenza).

Per quanto riguarda il colore, possiamo dire che quello originario, rosso violaceo, si modifica col tempo, fino a scomparire, in rapporto alle trasformazioni e al riassorbimento cui va incontro il pigmento emoglobinico. In condizioni ideali si può dire che la fase iniziale, violacea, dura fino al

quarto giorno, segue il colore verde fino all'ottavo giorno, che sfuma in giallo fino al dodicesimo giorno, e poi impallidisce fino al ritorno del colore fisiologico tra il quindicesimo e il venticinquesimo giorno.

Su tale datazione delle ecchimosi influiscono però vari fattori, quali l'entità e l'estensione dello stravaso. Poiché il riassorbimento avviene gradualmente procedendo dalla periferia verso il centro, è sul colore della prima che si fonda la valutazione cronologica: ciò non è tanto importante nelle ecchimosi piccole, dove il ciclo è uniforme, ma in quelle estese che appaiono cromaticamente variegata a coccarda (blu al centro, gialle alla periferia, verdi in posizione intermedia).

Escoriazioni e Lacerazioni⁹⁵

Per *escoriazione* si intende una perdita degli strati più superficiali della cute e delle mucose prodotta dall'attrito di uno strumento tagliente in senso trasversale rispetto al proprio asse.

Le *lacerazioni* invece sono dovute a una violenta compressione che vince il limite di elasticità dei tessuti stessi. In rapporto a questo meccanismo di formazione le ferite lacere sono caratterizzate da irregolarità dei margini e retrazione dei bordi.

Come altri segni di abuso, escoriazioni e lacerazioni sono difficili da valutare in quanto molto spesso si verificano accidentalmente⁹⁶.

Lacerazioni determinate da una forza debole sono più comunemente rilevabili in sedi in cui la pelle sovrasta direttamente una superficie ossea.; al contrario, una forza anche molto intensa diretta verso la parete addominale può non provocare alcuna lacerazione della pelle mentre gli organi sottostanti possono riportare danni anche severi⁹⁷.

Fratture⁹⁸

Soluzione di continuità di un osso prodotta da una forza che supera i limiti di resistenza del tessuto. Di solito tale forza è data da un carico che agisce in un'unità di tempo brevissima (sollecitazione dinamica), più raramente da un carico il cui valore aumenta in modo lento e uniforme (sollecitazione statica).

In base al punto di applicazione della forza che provoca la frattura, si distinguono fratture da trauma diretto o "dirette" (perché la frattura dello scheletro avviene nel punto in cui agisce il carico), e fratture da trauma indiretto o "indirette" (la frattura avviene a distanza dalla zona interessata).

Nelle fratture **dirette** il meccanismo di frattura è semplice: l'agente traumatizzante ha un'energia tale da superare il limite di elasticità delle lamelle ossee che formano la superficie esterna del segmento osseo e le interrompe.

Il piano di frattura però, nel suo ulteriore decorso, varia in base ad una serie di fattori legati sia alle caratteristiche dell'agente traumatizzante che a quelle del segmento osseo interessato.

Tali fattori sono spesso difficili da analizzare in quanto, nel momento in cui l'osso subisce il sovraccarico che ne interromperà la continuità, entrano in gioco altre forze che modificano valore e direzione della forza primitiva: l'improvvisa contrazione muscolare (in parte riflessa e in parte volontaria), l'atteggiamento assunto dalla parte traumatizzata, l'azione di eventuali altre forze esterne (ad esempio l'urto contro un oggetto o la caduta del soggetto dopo l'inizio della frattura).

⁹⁵ Fallani, «Traumatologia forense,» in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.

⁹⁶ Palmer, Brodell e Mostow, «Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions,» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 68, n. 2, pp. 37-42, 2013.

⁹⁷ Adelson, «The pathology of homicide,» Springfield, Thomas Books, 1974.

⁹⁸ Giannini e Faldini, *Manuale di ortopedia e Traumatologia*, Torino: Minerva Medica, 2008.

Nelle fratture **indirette** il meccanismo di produzione è più complesso, in quanto il carico applicato a una parte dello scheletro da origine a una forza che si trasmette a un'altra parte dello scheletro più o meno lontana, conservando un'energia sufficiente a determinarne la rottura.

Il segmento scheletrico può subire movimenti di flessione, torsione, compressione e trazione; raramente questi sono presenti singolarmente, ma le fratture sono causate da una loro combinazione.

L'esame obiettivo è fondamentale per la diagnosi di frattura, per la scelta della proiezione radiologica più adeguata e per la diagnosi di eventuali complicanze; esso è costituito da:

- Ispezione: tumefazione, ecchimosi (che può comparire anche a distanza di ore dal trauma), deformità (visibili o anche solo palpabili), atteggiamento e lunghezza del segmento interessato, lesioni della cute e dei fasci muscolari che determinano l'esposizione dell'osso, sanguinamento nelle fratture esposte;
- Palpazione: dolore, crepitii o scrosci (per lo sfregare dei due frammenti l'uno contro l'altro quando vengono mossi), motilità preternaturale;
- Valutazione del circolo arterioso (polso periferici) e venoso (edema, cianosi)
- Valutazione delle condizioni neurologiche periferiche (sensibilità e motilità attiva)

Il *gold standard* per la diagnosi di fratture ossee è l'esame radiografico nelle proiezioni anteroposteriore e latero-laterale; nei casi dubbi possono essere eseguite proiezioni oblique.

1.4.3 Abuso psicologico o emozionale e finanziario

L'abuso psicologico o emozionale è il più difficile da identificare tramite l'esame obiettivo, a meno che non presenti un'associazione con un abuso di tipo fisico o neglect, situazione in cui risulta più agevole scoprirlo.

È da sottolineare che i casi di abuso fisico, sessuale e di neglect quasi sempre presentano una componente di abuso psicologico/emozionale che però, data la maggiore gravità degli altri tipi di violenza, passa in secondo piano.

Gli indizi che possono suggerire la presenza di un abuso di questo tipo sono dei cambiamenti comportamentali di recente insorgenza e la depressione.

Per l'abuso finanziario ovviamente non ci sono marcatori forensi specifici, ma vale quanto detto per l'abuso emozionale: cambiamenti nel comportamento possono essere il campanello di allarme di una situazione di sfruttamento finanziario da parte di qualcuno, magari di un parente che l'anziano non ha intenzione di denunciare o del proprio *caregiver* al quale non può rinunciare perché è in una situazione di dipendenza fisica e psicologica.

1.4.4 Neglect

Disidratazione

La disidratazione è una deplezione relativamente pura di sola acqua; la deplezione del volume è accompagnata da una consensuale perdita di sodio. Entrambe sono frequenti nell'anziano.

Le cause possibili sono numerose e spesso presenti contemporaneamente.

La scarsa assunzione di liquidi e cibo è la più frequente negli anziani istituzionalizzati e può essere dovuta a scarso stimolo della sete (di norma concausa), riduzione dello stato di coscienza (stupor,

coma, sedazione farmacologica), impedimento fisico (cecità, paresi, fratture, contenzione) o mentale (deterioramento cognitivo) accompagnato da inadeguato livello assistenziale.

L'altra possibilità è costituita da un'aumentata perdita di liquidi, per via renale (diuretici, diabete mellito, alcune nefropatie) o extrarenale (vomito, diarrea, febbre, dispnea, vaste ulcere da decubito)⁹⁹.

Si evidenziano clinicamente con alterazioni dello stato di coscienza (rallentamento, confusione, fino al coma), ipotensione arteriosa, tachicardia, secchezza di lingua e mucose, ridotto turgore cutaneo, occhi infossati, perdita di peso, ridotto volume e aumentata concentrazione urinari; gli esami di laboratorio evidenziano un aumento dell'urea (e in minor misura della creatinina) e dell'ematocrito¹⁰⁰.

Malnutrizione¹⁰¹

Lo *stato nutrizionale ottimale* è il risultato di una dieta variata e bilanciata ed è considerato il più importante indicatore dello stato di salute dell'anziano.

Per *malnutrizione* si intende un stato di alterazione funzionale e strutturale conseguente alla discrepanza tra fabbisogno e introito alimentare.

Numerosi studi indicano che lo stato nutrizionale dipende principalmente dalle condizioni complessive di vita e dallo stato di salute psicofisica.

I fattori di rischio per la malnutrizione sono la solitudine, il livello socioeconomico basso, la presenza di malattie acute come broncopolmonite, cardiopatie, encefalopatie vascolari, alterazioni metaboliche e le malattie croniche come lo scompenso cardiaco, la demenza, l'insufficienza renale cronica, il diabete mellito e la depressione.

Altri fattori di rischio possono essere la disabilità, la presenza di patologie dentarie e fattori iatrogeni come l'uso di antiblastici, lassativi e psicofarmaci.

La malnutrizione può essere causata da fattori sociali, come lo stato economico e l'isolamento, o da fattori attribuibili all'età, come la riduzione del metabolismo basale, un minor desiderio di cibo, una decrescente palatabilità da ipoanosmia e da possibile ipogeusia, ipodipsia (mancanza di sensibilità alla sete) e aumentato senso di sazietà.

Vi sono inoltre fattori fisiopatologici (come malattie sistemiche) che interferiscono con l'assunzione di cibo e fattori psicologici (come la depressione e la demenza); altre cause sono dovute a effetti correlati all'uso di farmaci (come effetti collaterali o interazione con i nutrienti).

Le situazioni cliniche che possono determinare uno stato di malnutrizione sono il deficit calorico-proteico, il calo ponderale, l'anoressia e la mancanza di reattività.

La malnutrizione calorico-proteica può dipendere da marasma e malnutrizione ipoalbuminemia.

Il marasma è determinato da inadeguato apporto di calorie e proteine, per cui il paziente perde peso anche se i livelli di albumina restano normali. I parametri antropometrici peggiorano e diminuiscono le difese immunitarie.

La malnutrizione ipoalbuminemia è causata da ridotto introito proteico (inferiore al 3% delle calorie totali), insufficienza epatica, sindrome nefrosica con perdita di albumina e malattie infiammatorie dell'intestino. È caratterizzata da livelli di ipoalbuminemia inferiori a 3 g/dl e si riscontra nei pazienti ricoverati per patologie acute da infezioni o eventi traumatici.

⁹⁹ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

¹⁰⁰ Palmer, Brodell e Mostow, «Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions,» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 68, n. 2, pp. 37-42, 2013.

¹⁰¹ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

La malnutrizione calorico-proteica si presenta con anoressia, debolezza, alopecia con capelli secchi e depigmentati, diminuzione della massa muscolare magra, sindrome confusionale, edemi declivi, diarrea, glossite e desquamazione cutanea.

Gli esami di laboratorio evidenziano una diminuzione delle proteine plasmatiche come l'albumina (nella forma ipoalbuminemia), la prealbumina, le proteine leganti il retinolo e il cortisolo. Si riducono l'emoglobina, l'ematocrito, la sideremia, la transferrinemia (soprattutto la transferrina satura). Possono diminuire la colesterolemia, l'urea, l'insulinemia, la natriemia e i livelli ematici di calcio e magnesio. Ne conseguono la diminuzione delle difese immunitarie (aumento delle infezioni e colonizzazione dell'orofaringe) e la lenta cicatrizzazione delle ferite. La malnutrizione spesso è associata a malattie come neoplasie, l'insufficienza renale cronica, lo scompenso cardiaco e la demenza.

Le conseguenze della malnutrizione sono rappresentate da riduzione delle difese immunitarie, maggiore esposizione agli agenti infettivi, aumento della morbilità, rallentamento nei processi di riparazione delle ferite, riduzione della motilità e funzionalità intestinale, ipotrofia muscolare, edemi da ipoproteinemia, aumento della mortalità, aumento dei tempi e dei costi di degenza.

I segni più frequentemente riscontrati negli anziani con problemi di malnutrizione sono: calo ponderale, aspetto emaciato, pallore cutaneo, secchezza della cute, aridità e perdita di capelli, distrofia ungueale, ipotrofia muscolare, edemi, difficoltà alla cicatrizzazione, rallentamento psicomotorio.

Perdita di peso¹⁰²

La perdita di peso dovuta a neglect è quindi una conseguenza della malnutrizione e/o della disidratazione.

Può essere dovuta a nutrizione inappropriata o insufficiente da parte del *caregiver* oppure a una situazione di rifiuto o incapacità (edentulia, discinesie) di assumere il cibo dell'anziano stesso (e che il *caregiver* non tenta di correggere).

Piaghe da decubito¹⁰³

Le piaghe da decubito sono una delle manifestazioni caratteristiche della sindrome da immobilizzazione. Essa si manifesta quando una persona è costretta all'immobilità (a letto o altro tipo di decubito obbligato) per un periodo prolungato.

Inizialmente reversibile, può arrivare ad indurre danni non più suscettibili di guarigione, fino a diventare causa di morte.

Le ulcere da pressione o piaghe da decubito sono aree localizzate di danno tessutale che si sviluppano quando i tessuti molli vengono compressi tra una prominenza ossea e una superficie esterna. Si formano così delle lesioni ischemiche con conseguente necrosi della cute, del tessuto sottocutaneo e, spesso, del muscolo che ricopre l'osso sottostante.

In latino decubitare significa "giacere" e, poiché spesso le lesioni da pressione sono prodotte dall'allettamento, esse sono state per lungo tempo chiamate piaghe da decubito; queste lesioni rappresentano una patologia conosciuta da tempo, che compare in testi clinici a partire dal quattordicesimo secolo. In realtà sarebbe più appropriato il termine lesioni da pressione.

¹⁰² Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

¹⁰³ Ibidem

Le lesioni da pressione o compressione possono insorgere in qualsiasi parte del corpo, sia sulla cute sia sulle mucose (per es. sulla mucosa esofagea per azione del sondino nasogastrico). Esse possono colpire soggetti di ogni età, ma si verificano prevalentemente in età geriatrica a causa delle modificazioni strutturali a cui vanno incontro la cute e il sottocutaneo degli anziani, con conseguenti alterazioni funzionali: alterata permeabilità cutanea, ridotta reazione infiammatoria, ridotta reattività immunologica, ridotta capacità rigenerativa delle cellule, modificazioni di rimodellamento del collagene, ridotta elasticità, alterata percezione sensoriale. Tutto ciò comporta un notevole aumento della suscettibilità della cute degli anziani agli insulti ischemici e traumatici.

Le cause che inducono la formazione di piaghe da decubito sono la compressione, le forze di stiramento, lo sfregamento e la macerazione.

La compressione rappresenta il fattore esterno che in misura maggiore determina il danno ischemico e quindi la necrosi tissutale. Normalmente la pressione sanguigna misurata a livello dell'estremità arteriosa del letto capillare è pari a circa 32 mmHg. Se dall'esterno si opera una compressione, molto facilmente si supera tale valore, determinando l'occlusione capillare e quindi una riduzione dell'apporto ematico locale e del drenaggio linfatico. Le regioni vicine alle protuberanze ossee sono particolarmente esposte alla formazione di piaghe, perché in tali sedi maggiore è la pressione che può essere esercitata dall'esterno. Il paziente sdraiato su un normale letto ospedaliero presenta una pressione a livello delle prominenze ossee del grande trocantere e del sacro di circa 100-150 mmHg; in posizione seduta, a livello delle tuberosità ischiatiche si può raggiungere una pressione pari a 300 mmHg.

Le forze di stiramento vengono prodotte quando 2 piani corporei scivolano uno sull'altro in direzioni opposte, per esempio quando la testata del letto è troppo sollevata: lo scheletro e i tessuti muscolari tendono, per effetto della gravità, a scivolare verso il basso, mentre la cute, per effetto dell'attrito, tende a rimanere aderente alle lenzuola. Ciò provoca stiramento e inginocchiamento dei piccoli vasi, con conseguente ostruzione del circolo e ischemia. Un altro fattore importante è lo sfregamento, che si può verificare tra la cute e una superficie esterna (per es. durante la mobilitazione di un paziente nel letto, per attrito contro le lenzuola); ciò provoca la perdita di cellule epidermiche riducendo le capacità di difesa della cute.

Infine, un fattore non secondario è la macerazione per eccessiva umidità causata dalla sudorazione, incontinenza urinaria o fecale, che rende meno resistente la cute.

Le lesioni da compressione possono insorgere più rapidamente e facilmente se coesistono fattori di rischio predisponenti, come la malnutrizione, l'edema, l'anemia, le infezioni, le vasculopatie periferiche, il diabete mellito e le neoplasie maligne.

Le sedi in cui più frequentemente insorgono piaghe da decubito sono: sacro, grande trocantere, tuberosità ischiatica, ginocchio (condili mediali e laterali), malleoli, talloni; meno frequentemente sono interessati gomiti, scapole, coste, rachide, orecchie, nuca, commissure labiali, coane nasali, prepuzio.

Numerosi studi confermano che l'immobilità è uno dei fattori di rischio più importanti per l'insorgenza di piaghe da decubito; infatti, in uno studio condotto correlando l'effetto del numero di movimenti notturni e l'insorgenza di piaghe da decubito è emerso che i pazienti con attività spontanea notturna ridotta durante il sonno (meno di 20 movimenti per notte) hanno sviluppato nel 90% dei casi ulcere da decubito, mentre i soggetti più attivi (oltre 51 movimenti nel letto per notte) non hanno sviluppato piaghe.

Di seguito è esposta una stadiazione clinica (proposta dal *National Pressure Ulcers Advisory Panel* e dall'*Agency for Health Care Policy and Research* e universalmente accettata) che rappresenta un modo oggettivo di descrivere le lesioni da pressione utilizzando un linguaggio comune a tutta l'equipe sanitaria:

- *Grado I*: area di eritema ben definita con indurimento cutaneo, generalmente riconoscibile come un'area arrossata, iperemica, infiltrata e talora calda al tatto. La regione arrossata non diventa bianca alla digitopressione. Può anche esservi una limitata lesione dell'epidermide, simile a un'abrasione, ma il derma non è interessato. Se adeguatamente trattata, può guarire in 5-10 giorni;
- *Grado II*: presenza di perdita di sostanza parziale a carico della cute, con soluzione di continuo dell'epidermide e del derma e conseguente formazione di un'ulcera superficiale a margini ben definiti. La regione circostante può essere arrossata, calda e infiltrata. Può esservi secrezione, di solito di tipo sieroso. Il tessuto è danneggiato ma non necrotico e non è necessario eseguire un *curettage*. Le modificazioni della postura, il miglioramento della perfusione locale, la correzione dell'eventuale ipoalbuminemia e una adeguata terapia intensiva possono portare alla risoluzione della lesione;
- *Grado III*: è presente una perdita di sostanza a tutto spessore. La lesione si estende oltre il derma, coinvolgendo il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare sottostante, senza oltrepassarla. I bordi della ferita possono essere sottominati o presentare fistole (a fondo cieco o comunicanti con altre lesioni o con organi interni); il fondo può presentare tessuto necrotico, sotto forma di materiale molle, giallastro, colliquativo o di piccole escare nerastre; è presente secrezione sierosa o purulenta. Può guarire solo per seconda intenzione;
- *Grado IV*: la lesione è profonda, interessa gli strati muscolari e può arrivare fino all'osso. È presente una secrezione sierosa o purulenta. Si può osservare tessuto necrotico con diverse fasi di evoluzione (piccole escare o colliquazioni). Si possono rilevare tramiti fistolosi e tragitti sottominati. Sono possibili complicanze infettive come l'osteomielite. In genere si associa a contratture articolari. È necessario intervenire chirurgicamente con rimozione del materiale necrotico, lavaggio, drenaggio, eventuale sutura o plastica.

È da notare che questa classificazione presenta 2 limiti: innanzitutto non fornisce informazioni sull'estensione della lesione ma solo sulla sua profondità, in secondo luogo non identifica i momenti evolutivi della lesione. Per tali motivi è bene, nel descrivere un'ulcera da decubito, rilevarne anche l'estensione superficiale e altri caratteri, come la presenza di materiale necrotico, di sottominature dei margini, di tragitti fistolosi, la presenza e i caratteri dell'essudato, ecc.

Queste lesioni determinano un ulteriore disagio in un paziente già in condizione critica, in quanto si può avvertire dolore all'interno o attorno alla lesione.

La copertura e la protezione della lesione con una medicazione e il cambiamento della posizione possono ridurre il dolore.

Il dolore può essere un ulteriore ostacolo alla già difficoltosa mobilitazione e alla collaborazione del paziente. Talvolta, data l'intensità del dolore, si rende necessario l'uso di analgesici.

Le infezioni rappresentano una grave e frequente complicanza delle lesioni da pressione, soprattutto per il rischio di espansione del processo:

- Lesione infetta: si tratta dello stadio primitivo dell'infezione, un tempestivo intervento può risparmiare le complicazioni più severe. Spesso si tratta di una flora batterica mista comprendente Gram-negativi (come *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*) e anaerobi (come il *Bacteroides fragilis*);
- Osteomielite: diffusione in profondità del processo infettivo iniziale, fino all'osso;
- Sepsis: infezione sistemica, caratterizzata da una prognosi sfavorevole.

Le lesioni da decubito possono essere la causa di morte del paziente anziano: è stato stimato che la mortalità dovuta a infezioni originate dalle lesioni da decubito può raggiungere anche il 38% in tali pazienti.

Le piaghe da decubito sono frequentemente riscontrate negli anziani vittime di neglect, il che indica una scarsa o inesistente cura di una persona non autosufficiente e immobilizzata in una certa posizione per molte ore se non addirittura per giorni.

Assunzione inappropriata di farmaci¹⁰⁴

Gli anziani sono spesso portatori di molte malattie croniche e, conseguentemente, utilizzano molti più farmaci di ogni altro gruppo di età.

Alcuni dati della letteratura internazionale riportano che: due terzi degli anziani assumono regolarmente farmaci; un terzo delle prescrizioni di farmaci sono per persone di età superiore ai 65 anni e quasi il 90% di queste sono prescrizioni ripetute; un anziano fa uso in media di 3,5 specialità da banco.

Le persone di oltre 65 anni sono responsabili di circa un terzo di tutti i farmaci prescritti. Le donne utilizzano più farmaci degli uomini (specialmente farmaci psicoattivi e per l'artrite) e gli anziani fragili usano molti più farmaci rispetto agli anziani che presentano un invecchiamento di successo. Le loro diminuite riserve fisiologiche possono essere esaurite ulteriormente dagli effetti dei farmaci e da una malattia cronica o acuta.

L'abuso di farmaci è maggiore negli ospedali e nelle case per anziani rispetto alla comunità; in genere, gli ospiti di una casa per anziani usano in media sette o otto farmaci.

Il tipo di farmaco usato più spesso per gli anziani varia in base al contesto. Gli anziani che vivono in comunità usano analgesici, diuretici, farmaci cardiovascolari e, più spesso, sedativo-ipnotici, mentre gli ospiti delle case per anziani usano più spesso antipsicotici e sedativo-ipnotici, seguiti da diuretici, anti-ipertensivi, analgesici, farmaci cardiovascolari e antibiotici.

L'invecchiamento, con le modificazioni biologiche e metaboliche che comporta, altera la farmacocinetica e la farmacodinamica, influenza la scelta, la dose e la frequenza di somministrazione di molti farmaci. La farmacoterapia può essere complicata anche dall'incapacità dei pazienti anziani ad acquistare o assumere i farmaci o a seguire il regime terapeutico.

Gli Eventi Avversi da Farmaci (ADE) sono definiti come tutti gli eventi nocivi correlati all'uso di medicinali, sia involontari che conseguenti ad errori di prescrizione, dispensazione, aderenza e monitoraggio

Gli effetti avversi da farmaci sono almeno due volte più probabili nell'anziano, da ciò deriva che il 10-20% delle ammissioni ospedaliere di pazienti anziani siano dovute ad eventi avversi da farmaci; più del 20% delle persone con età superiore ai 75 anni abbia una reazione avversa grave da farmaci; il 30-60% delle ADE sono evitabili (indicazioni errate, mancato rispetto delle controindicazioni, posologia o durata eccessiva di trattamento, automedicazione inappropriata).

Gli effetti avversi da farmaci negli anziani sono principalmente da effetti di prima dose o da reazioni di tipo A legate ad un dosaggio iniziale eccessivo del principio attivo (75% dei casi registrati in ospedale); per evitarli, nella maggioranza dei casi, basterebbe usare negli anziani dose più basse di quelle usate per gli adulti.

I più frequenti effetti avversi nell'anziano sono: confusione, stipsi, cadute, ipotensione posturale, deficit cognitivo, sanguinamento gastrointestinale, vertigini.

¹⁰⁴ Tammaro, Casale e Frustaglia, Manuale di geriatria e gerontologia, McGraw-Hill, 2000.

Come già accennato, esistono diversi fattori che contribuiscono alla più frequente insorgenza di ADE nella popolazione anziana, e sono suddivisibili in due categorie principali:

- Fattori legati al paziente: modificazioni farmacocinetiche (riguardanti l'assorbimento intestinale: aumento del pH gastrico, diminuzione della motilità gastrointestinale, diminuzione del flusso ematico gastrointestinale; riguardanti la distribuzione del farmaco nell'organismo: cambiamento della composizione corporea dovuto di solito all'aumento della massa grassa e alla diminuzione della massa magra; riguardanti la clearance renale: diminuzione della filtrazione glomerulare, diminuzione della secrezione tubulare; riguardanti la clearance epatica: diminuzione del flusso ematico, diminuzione dell'attività enzimatica ossidativa; riguardanti la sensibilità dei tessuti: per alterazione del numero dei recettori, per alterazione dell'affinità dei recettori, per alterazione della funzionalità del secondo messaggero, per alterazione della risposta cellulare), modificazioni farmacodinamiche (l'effetto di un farmaco dipende dal numero dei recettori presenti sull'organo bersaglio, dall'abilità delle cellule di rispondere all'occupazione recettoriale, cioè dalla capacità di effettuare la trasduzione del segnale, e dall'efficacia dei processi di controregolazione), presenza di più patologie, polifarmacologia (da cui il rischio di interazioni tra farmaci di tipo farmacodinamico, farmacocinetico o legate al metabolismo del citocromo P450), minori riserve fisiologiche (maggiore fragilità dell'anziano rispetto all'adulto).
- Fattori legati al sistema sanitario: frammentazione delle cure (più medici prescrittori), inadeguato training nel trattare l'anziano.

Per le ragioni appena descritte è importante prestare attenzione alla prescrizione dei farmaci nell'anziano, tenendo presente che esistono dei farmaci che sono da considerarsi sempre inappropriati per gli anziani (amitriptilina: anticolinergico, sedativo; benzodiazepine a breve durata d'azione ad alto dosaggio, per esempio più di 3 mg di lorazepam; benzodiazepine a lunga durata d'azione, come il diazepam; clorpropamide per il suo effetto collaterale eccessivamente ipoglicemizzante) e altri che sono da evitare in presenza di altre patologie (ad esempio nella depressione sono da evitare le benzodiazepine a lunga durata d'azione e i simpaticolitici come la metildopa perché possono riacutizzarla, mentre nella stipsi cronica sono sconsigliati i calcio-antagonisti e gli antidepressivi triciclici).

L'uso di un farmaco è corretto quando il suo rischio potenziale è minore del suo potenziale beneficio, e il medico prescrittore deve sempre tenerlo presente per evitare di incappare in una delle seguenti evenienze:

- Farmaco sovra-impiegato: prescritto in assenza di indicazioni ragionevoli;
- Farmaco sotto-impiegato: non proscritto anche se necessario;
- Farmaco mal-impiegato: l'uso è appropriato ma la prescrizione viene fatta con dosi, frequenza o periodo inadeguati.

Per impostare correttamente una efficace terapia per un paziente anziano è necessario rispettare alcune semplici regole:

- Raccogliere una dettagliata anamnesi farmacologica;
- Considerare trattamenti non farmacologici: modificare la dieta, evitare il fumo, ridurre l'assunzione di alcool, introdurre o intensificare l'esercizio fisico, assegnare un supporto sociale quando necessario;
- Trattare le patologie in ordine di priorità;
- Attenzione alle insufficienze d'organo (soprattutto rene e fegato);
- Partire con basse dosi e incrementarle con cautela;

- Monitorare la *compliance* del paziente e la risposta alla terapia;
- Rivedere periodicamente la terapia;
- Coinvolgere il paziente.

Quest'ultimo punto è molto importante per garantire l'applicazione della terapia soprattutto a lungo termine; spesso gli anziani hanno difficoltà a comprendere la posologia dei farmaci, a ricordare gli orari di assunzione, soprattutto nei casi di polifarmacoterapia. Circa un terzo dei pazienti anziani non aderisce alla terapia e da questo deriva una discrepanza tra prescrizione e assunzione dei farmaci; i fattori che determinano una bassa *compliance* possono essere:

- Scarsa motivazione: se la malattia è asintomatica il paziente può non percepire la necessità di assumere regolarmente il farmaco;
- Scarsa comprensione: insufficiente spiegazione della posologia da parte del medico, deficit cognitivi del paziente;
- Problemi pratici: problemi fisici (impossibilità di assumere autonomamente il farmaco), economici (impossibilità di acquistare i farmaci per mancanza di mezzi), isolamento (impossibilità di raggiungere una farmacia per acquistare i farmaci);
- Non-*compliance* consapevole: ascrivibile ai fenomeni di self-neglect.

Le strategie per migliorare la *compliance* possono essere:

- Impostare trattamenti semplici e fornire istruzioni scritte;
- Aiutare la memoria: un aiuto potrebbe essere dato dall'assunzione dei farmaci agli orari dei pasti, perché orari non compatibili con le abitudini del malato potrebbero facilitare le dimenticanze;
- Coinvolgimento di altri soggetti nel monitorare l'adesione alla terapia: l'isolamento sociale infatti aumenta il rischio di mancata *compliance* al trattamento, mentre l'informare i familiari e i *caregiver* delle necessità del malato riduce il rischio di errori e di mancata assunzione dei farmaci prescritti.

Ustioni¹⁰⁵

Gli effetti lesivi delle alte temperature possono essere locali (ustioni) o generali, a seconda che le aree interessate dalla fonte di calore siano più o meno ampie. Gli effetti locali, su cui ci concentreremo in seguito, possono conseguire a un trasferimento di energia termica per conduzione, come nel caso di corpi solidi, o per convezione, come nel caso dell'azione di fluidi o di gas surriscaldati. Le lesioni prodotte da corpi solidi vengono indicate come bruciature, mentre quelle prodotte da fluidi si chiamano scottature, denominazione che viene comunemente attribuita anche alle lesioni prodotte da irraggiamento.

L'entità delle ustioni è condizionata dai livelli termici che si raggiungono nel trasferimento dell'energia termica e anche dalla durata dell'esposizione alla sorgente termica, durata da cui dipende in definitiva la quantità di calore trasmesso. In rapporto a questi due fondamentali fattori gli effetti lesivi sono rappresentati, per livelli crescenti di energia termica, da un'iperemia e da un aumento della permeabilità capillare, dal che deriva un edema della cute, tutt'altro che superficiale; per più elevati livelli energetici si determinano, per la congiunta azione della perdita dei liquidi e per la denaturazione da calore delle proteine, fenomeni di necrosi dell'epidermide e del derma. A questi fenomeni si può associare spesso la comparsa di formazioni bollose sottoepidermiche, ripiene

¹⁰⁵ Fallani, «Traumatologia forense,» in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.

di essudato. La necrosi da coagulazione può assumere manifestazioni assai intense, fino a raggiungere fenomeni di carbonizzazione, associandosi a trombosi vasali.

In rapporto ai diversi fenomeni che le caratterizzano le ustioni possono essere raggruppate, in modo schematico, in quattro gradi:

- Ustioni di primo grado:
Sono caratterizzate dall'arrossamento cutaneo (*eritema*), dall'iperemia e dallo stato di turgore della cute per l'edema. Soggettivamente è presente sensazione urente e dolore tollerabile.
- Ustioni di secondo grado:
La presenza di raccolte liquide sottoepidermiche (*flittene*) caratterizza questa lesione, in cui si può avere la rottura delle vescicole con esposizione del derma e ulteriore essudazione sierosa.
- Ustioni di terzo grado:
Nelle ustioni di questo grado i fenomeni di necrosi sono profondi e si formano perciò delle *escare*, che possono interessare non solo gli strati profondi del derma ma anche quello sottocutaneo.
- Ustioni di quarto grado:
Sono caratterizzate dai fenomeni di *carbonizzazione*, che possono interessare non solo i tessuti superficiali ma persino quelli scheletrici.
Le lesioni locali caratteristiche delle ustioni non esauriscono certo tutte le conseguenze dell'applicazione dell'energia termica, ma possono accompagnarsi a fenomeni generali, alcuni dei quali tanto importanti da poter provocare, con meccanismi diversi, la morte. Una delle conseguenze più gravi è lo shock, primario (dovuto all'insulto traumatico vero e proprio e ai fattori neurogeni attivati) o secondario (conseguente alle gravi alterazioni emodinamiche in gran parte dovute alla perdita di liquidi e di proteine, e quindi tanto più gravi quanto più estese le ustioni).

La particolarità della bruciature è che vengono considerate *marker* forensi di abuso fisico, neglect e self-neglect.

Nel primo caso sono provocate intenzionalmente e un classico esempio è dato dalle bruciature da sigarette; nel neglect sono invece più dovute alla mancata sorveglianza e cura da parte del *caregiver* e si verificano spesso quando l'anziano viene abbandonato nella vasca da bagno piena di acqua bollente e non riesce ad alzarsi autonomamente; per riconoscere le lesioni da self-neglect si identificano di solito delle patologie neurologiche o psichiatriche che danno ragione di una auto-incuria tale da provocarsi delle bruciature senza quasi rendersene conto.

Scarsa igiene

La scarsa igiene si presenta con capelli e unghie sporchi, vestiti sporchi, macchiati e trasandati, povera igiene orale e cattivo odore emanato dalla persona¹⁰⁶.

1.4.5 Self neglect

Si esplicita con le stesse manifestazioni presentate per il neglect, la differenza è che in questi casi non c'è un abusatore ma è l'anziano stesso che, per vari motivi, si abbandona all'incuria.

¹⁰⁶ Collins, «Elder maltreatment.», *Archive of Pathology & Laboratory Medicine*, n. 130, pp. 1290-6, 2006.

Le cause possono essere demenza o non autosufficienza per motivi fisici, casi in cui il malato non riesce ad avere cura di sé, oppure una malattia psichiatrica (il malato in questo caso può non riuscire a badare a sé ma può anche non volerlo), oppure motivi socio-economici (se all'anziano manca il denaro per nutrirsi, vestirsi, lavarsi e scaldarsi).

Tutte queste però sono concause che agiscono insieme alla mancanza di aiuti esterni. L'anziano può essere solo (senza famiglia), può non essere in grado di contattare o pagare un *caregiver* di professione, può non accettare che qualcuno lo aiuti perché si sente autosufficiente, e infine può non riuscire addirittura a contattare un medico nel momento del bisogno. Tutto questo si traduce in situazioni di degrado e di abbandono sociale che spesso hanno esiti tragici.

1.4.6 Abuso sessuale

I segni fisici di abuso sessuale sugli anziani sono analoghi a quelli riscontrati negli altri gruppi della popolazione, con la differenza che negli anziani possono apparire più sfumati o, al contrario, più evidenti.

Alcuni esempi possono essere un improvviso cambiamento del modo di sedersi, che diviene più goffo, o la brusca insorgenza di una incontinenza urinaria o fecale di cui non si riscontrino cause patologiche; anche i segni presenti sui genitali sono solitamente più marcati che nelle giovani, data l'atrofia vaginale e la già menzionata fragilità della cute¹⁰⁷.

I reperti più comuni sono le ecchimosi su grandi e piccole labbra o sulla commessura posteriore¹⁰⁸, spesso associati ad altri segni di trauma genitale come eritema, escoriazioni, lacerazioni e dolore genitale. Anche la comparsa recente di verruche, herpes simplex, sifilide e HIV suggerisce la possibilità che si sia verificata una violenza sessuale.

In aggiunta possiamo ritrovare segni fisici non genitali, quali ecchimosi (in particolare con pattern a polpastrelli, piccole e tondeggianti) ed escoriazioni nell'interno coscia, indici che le gambe siano state tenute aperte forzatamente. Possono spesso trovarsi in associazione segni di abuso non sessuale, come bruciature di sigarette, segni di neglect e scarsa igiene¹⁰⁹.

Anche ferite orali, come contusioni o lacerazioni dell'interno della labbra o delle mucose orali, possono essere indici di abuso sessuale.

1.5 Diagnosi differenziale e marcatori forensi dell'abuso

Per la diagnosi differenziale di abuso fisico è importante tenere presente che gli anziani sono più frequentemente soggetti a cadute rispetto al resto della popolazione.

Le cadute nel paziente anziano rappresentano un problema di rilevante impatto in quanto sono tra le prime cause di disabilità, morbosità, istituzionalizzazione e mortalità. Viene definita *caduta* ogni cambio di posizione improvviso e non intenzionale che porti il soggetto ad urtare con qualsiasi parte del corpo al suolo.

¹⁰⁷ Palmer, Brodell e Mostow, «Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions,» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 68, n. 2, pp. 37-42, 2013

¹⁰⁸ Burgess, Hanrahan e Baker, «Forensic marker in elder female sexual abuse cases,» *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, n. 2, pp. 399-412, 2005.

¹⁰⁹ Burgess, Hanrahan e Baker, «Forensic marker in elder female sexual abuse cases,» *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, n. 2, pp. 399-412, 2005.

Il rischio di caduta sembra essere correlato all'aumentare dell'età, infatti ogni anno il 30% dei soggetti con più di 65 anni e il 50% dei soggetti con più di 80 anni è vittima di un incidente di questo tipo. La prevalenza è superiore nel sesso maschile fino ai 75 anni, quando la situazione si capovolge¹¹⁰.

L'entità del danno riportato in seguito a una caduta è vario, ovviamente legata alle modalità dell'incidente. A titolo statistico si riporta che il 10% delle cadute esita in almeno una lesione quale frattura di femore, traumi cranici e contusioni cerebrali, ematomi subdurali e grave contusione dei tessuti molli.

Le cadute e la paura di cadere si associano a diminuzione dell'attività fisica, isolamento sociale, declino funzionale e rischio di istituzionalizzazione¹¹¹.

L'eziologia delle cadute vede una genesi multifattoriale, generalmente riconducibile a tre tipologie di fattori¹¹²:

- **Fattore invecchiamento:** perdita, con l'età, dell'efficienza funzionale dei diversi sistemi ed apparati responsabili della stabilità posturale, dell'equilibrio, e della fluidità dei movimenti. La senescenza influisce sia sullo stato mentale (deficit mnemonici) che sull'apparato locomotore (riduzione della massa e della forza muscolare e dell'escursione articolare), sull'apparato visivo (ridotta acuità visiva soprattutto notturna), sul sistema nervoso (aumento del tempo di reazione, riduzione dei riflessi di raddrizzamento, ridotta propiocezione) ed infine comporta alterazioni della deambulazione che determinano una minor stabilità (marcia su base allargata, passo corto, riduzione dei movimenti pendolari delle braccia, flessione in avanti del dorso e del capo, aumentata flessione di anche e ginocchia);
- **Fattori intrinseci:** legati a patologie acute o croniche, soprattutto interessanti il sistema nervoso o cardiovascolare (per esempio ictus, delirium, morbo di Parkinson, demenze, ipotensione ortostatica, aritmie) ma anche di altro genere (incontinenza urinaria, diabete, squilibri idroelettrolitici, etc.). Tra i principali fattori di rischio intrinseci bisogna annoverare l'uso dei farmaci e le conseguenti reazioni avverse a questi: si è dimostrato che vi è una relazione direttamente proporzionale tra il numero dei farmaci assunti ed il numero delle cadute;
- **Fattori ambientali:** il 70% delle cadute avviene in casa durante le comuni attività del vivere quotidiano e nel 50% delle cadute in casa è riconoscibile un fattore ambientale (pavimenti scivolosi, tappeti, ostacoli lungo percorsi obbligati, mancanza di maniglie o corrimano, calzature non idonee). Nei pazienti ricoverati o istituzionalizzati, le cadute avvengono più spesso in prossimità del letto. I mezzi di contenzione possono aggravare il rischio di cadute (l'immobilità diminuisce la forza muscolare ed aumenta l'agitazione).

Le complicanze che possono determinarsi secondariamente ad una caduta in un soggetto anziano sono molteplici e vengono per lo più suddivise in *Le cadute in geriatria*¹¹³:

- **Immedie:** che comprendono sia complicanze derivanti direttamente dal trauma (dalle meno gravi quali ferite, contusioni ed abrasioni dei tessuti molli, alle fratture e traumi cranici, fino al decesso), sia a complicanze secondarie ad eventi collaterali alla caduta, ad esempio l'ipotermia e possibili broncopolmoniti se il soggetto rimane a lungo a terra prima dei soccorsi;

¹¹⁰ Barbato, *Le cadute in geriatria*, Firenze: Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, 2007.

¹¹¹ Tammaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000.

¹¹² Barbato, *Le cadute in geriatria*, Firenze: Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, 2007.

¹¹³ Barbato, *Le cadute in geriatria*, Firenze: Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, 2007.

- Tardive: in questo gruppo si inseriscono le possibili patologie a cascata determinate dalla caduta. Importanti conseguenze sono causate anche dalla paura di cadere che scaturisce nei soggetti che hanno già sperimentato una caduta, spesso associata ad ansia e depressione secondarie alla ridotta mobilità ed il conseguente isolamento sociale e declino psico-fisico, fattori che spesso conducono all'istituzionalizzazione.

Tenendo conto di tutte queste variabili che così spesso provocano le cadute degli anziani si può approcciare la diagnosi differenziale con elementi in più utili per discriminare una lesione accidentale da una volontariamente provocata.

1.5.1 Ecchimosi

Le ecchimosi possono essere:

- spontanee o patologiche: possono costituirsi nel corso di malattie quali diatesi emorragiche, malattie infettive, avvelenamenti, ecc...
La creazione di ecchimosi patologiche è spesso presente nell'anziano proprio a causa della frequenza di patologie che le determinino spontaneamente o con minimi traumi. Per questo non solo sono importanti l'analisi di forma, dimensione ed età delle ecchimosi, ma anche la verifica della facilità con cui possono essere provocate.
- traumatiche: dovute ad azioni contusive esteriori. Nell'evidenza di ecchimosi non patologiche l'interrogativo a cui bisogna rispondere è se siano state causate da un trauma accidentale o da una violenza volontaria.

È importante ricordare che gli anziani sono spesso soggetti a traumi accidentali e che quindi non tutte le ecchimosi traumatiche rilevate possono essere considerate indizi di abusi fisici. Da uno studio del 2009 condotto per determinare la possibilità di considerare le ecchimosi come *marker* di abuso fisico¹¹⁴ emerge che le ecchimosi che rappresentano il risultato di un maltrattamento sono spesso grandi (più di 5 cm) e si trovano sul volto, sulla faccia laterale del braccio destro e sulla schiena.

Più in generale quindi le ecchimosi da abuso fisico si riscontrano nel volto e nel cranio, nel torso e sulle braccia; queste ultime sono chiaramente causate dal tentativo di difesa dell'anziano dai colpi inferti dal perpetratore (a seconda dello strumento utilizzato e dalla forza applicata potranno associarsi lacerazioni e/fratture).

Altri indizi sull'origine delle ecchimosi possono essere ricavati dall'analisi delle loro forme: come si accennava nel precedente paragrafo sulle ecchimosi, l'oggetto colpito o usato per colpire infatti lascia la sua impronta sui tessuti con i quali viene a contatto; alcuni esempi possono essere le ecchimosi lineari dovute a dei colpi inferti con un bastone (più o meno lunga a seconda della zona del corpo colpita), oppure le ecchimosi quadrate originate in seguito a colpi di martello.

Nel già citato articolo di Fox¹¹⁵ sono rilevate ecchimosi sulle braccia di forma lineare con estremità bulbosa, ad indicare un oggetto con una conformazione caratteristica.

Altre forme caratteristiche¹¹⁶ sono quelle delle ecchimosi a stampo negativo, come si può vedere nei colpi vibrati con frusta sottile, in cui i vibici si caratterizzano per due strie sottili tra loro

¹¹⁴ Wigglesworth, Austin, Corona, Schneider, Liao, Gibbs e Mosqueda, «Bruising as a Marker of Physical Elder Abuse,» *Journal of the American Geriatrics Society*, n. 57, p. 1191–1196, 2009.

¹¹⁵ Fox, «Elder Abuse,» *Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences*, 2012.

¹¹⁶ Fallani, «Traumatologia forense,» in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.

ravvicinate. Questo accade poiché, nel colpo, il sangue viene spostato violentemente sui due lati ove si determinano multiple suggellazioni.

Oppure l'ecchimosi può richiamare il mezzo di produzione per il particolare disporsi delle lesioni costitutive: nelle ecchimosi da morsi esse si dispongono lungo curve contrapposte; ecchimosi da strozzamento monomanuale sono costituite da 3 o 4 ecchimosi minori da un lato e da un'altra maggiore (da polpastrello del pollice) contrapposta.

Nel 2005 è stato condotto uno studio¹¹⁷ per verificare se le fasi di sviluppo e scomparsa delle ecchimosi negli anziani avessero differenze notevoli con quelle degli adulti. Innanzi tutto lo studio afferma che è importante considerare l'esistenza di tre fattori che aumentano l'incidenza di ecchimosi negli anziani: i normali cambiamenti legati all'età (assottigliamento dell'epidermide, maggiore fragilità dei capillari e diminuzione del grasso sottocutaneo), cambiamenti comuni legati all'età (malattie come diabete mellito e leucemie o condizioni funzionali quali cadute e instabilità della marcia) e la quantità di farmaci assunta (assunti sotto prescrizione medica o per automedicazione; alcuni farmaci possono avere ripercussioni sul tempo di coagulazione del sangue; molti anziani presentano patologie come fibrillazione atriale o osteoartrite che necessitano di farmaci anticoagulanti che prolungano il sanguinamento).

Con l'emergere del fenomeno dei maltrattamenti sugli anziani, molti enti (APS, polizia, ecc...) chiedono ai medici geriatri di fare chiarezza sul problema delle ecchimosi sugli anziani: infatti l'elevata prevalenza di ecchimosi accidentali negli anziani è un ostacolo nelle indagini nei casi di abuso. In questa ottica, il primo passo per capire il fenomeno è quello di documentare i pattern più comuni delle ecchimosi accidentali nella popolazione geriatrica. A tale scopo è stato selezionato un campione (non randomizzato) di 101 anziani (dai 65 anni in su), 77 dei quali residenti nelle proprie abitazioni, e i restanti 24 in case di cura specializzate. Il campione scelto era composto per il 66% da soggetti di sesso femminile, con un'età media di 78 anni, e interamente di etnia caucasica. La valutazione per il reclutamento nello studio ha incluso anche i *caregiver* o i membri della famiglia residenti con gli anziani. Nel periodo di studio (dal reclutamento alla fine dello studio vero e proprio) non è stato sospettato abuso su nessuno dei partecipanti: possiamo quindi affermare che lo studio si è concentrato sulla determinazione di numero, *pattern*, sede e colore delle ecchimosi accidentali presentate dal campione in esame.

In un primo periodo di controllo di due settimane, una persona formata a questo scopo si recava a casa dell'anziano o nella casa di cura in cui viveva per effettuare una visita esplorativa su tutto il corpo dell'anziano, sempre circa alla stessa ora (± 2 ore). Quando, durante questo periodo, compariva una nuova ecchimosi, era chiaro che fosse stata causata da un evento incorso nelle precedenti 24 ore, e si chiedeva all'anziano o al *caregiver* quale fosse stata la causa; tale ecchimosi veniva poi osservata ogni giorno per le successive 6 settimane, documentando ogni cambiamento. Per ogni ecchimosi riscontrata venivano quindi documentati ogni giorno fino alla risoluzione la sede, la grandezza e il colore. Per ogni anziano venivano inoltre valutati lo stato funzionale (ADL e IADL) e la mobilità (*Tinetti gait and balance*); veniva chiesto a loro stessi o ai loro *caregiver* di riportare quante cadute fossero avvenute nei precedenti: settimana, mese, sei mesi, anno; venivano registrati i nomi, i dosaggi e la posologia di ogni farmaco (prescritto da un medico o "over-the-counter") assunto dall'anziano.

Dai risultati è emerso che tra le 108 ecchimosi documentate, l'89% si trovasse nelle estremità e che il 76% di esse fosse sulla faccia dorsale delle braccia. Non è stata registrata nessuna ecchimosi su

¹¹⁷ Mosqueda, Burnight e Liao, «The Life Cycle of Bruises in Older Adults,» *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 53, pp. 1339-1343, 2005.

collo, orecchie, genitali, glutei, o piante dei piedi. Negli anziani che hanno mostrato dei deficit nelle ADL è stato rivelato un lieve aumento della presenza di multiple ecchimosi.

L'area delle ecchimosi variava da 0,12 cm² a 50,0 cm², mentre le larghezze riscontrate erano tra 0,3 cm a 10,0 cm.

Diversa era la capacità di ricordare la causa dell'ecchimosi a seconda della sua sede: per le ecchimosi localizzate al tronco il 42% poteva ricordarne la causa, mentre solo il 17% la ricordava per le ecchimosi alle estremità; indipendentemente dalla localizzazione, da chi ha saputo ricordare la causa dell'ecchimosi è emerso che più spesso sono dovute all'urto con qualcosa o a una caduta.

Per quanto riguarda le tempistiche possiamo riportare che le ecchimosi analizzate sono state visibili per un periodo che va dai 4 ai 41 giorni. Durante le prime 48 ore, la maggioranza delle ecchimosi era di colore rosso (90%) e/o viola (80%), in minor misura si sono presentati i colori nero (25%), giallo (20%), verde (10%) e blu (8%). Il colore rosso era stato osservato in tutte le fasi evolutive delle ecchimosi; il colore viola prevaleva nei primi 3 giorni di vita dell'ecchimosi, diminuiva rapidamente negli 11 giorni successivi ed era inusuale negli ultimi giorni; il colore giallo incrementava la sua presenza durante i primi 6 giorni: il 16% delle ecchimosi presentava il giallo il primo giorno giungendo al 60% delle ecchimosi al sesto giorno, dopo di che calava al 30% e rimaneva il colore più diffuso nelle ecchimosi più vecchie di 3 settimane.

Tutti i partecipanti allo studio tranne uno faceva uso di almeno un farmaco prescritto dal medico (con una media di 6,7 farmaci a testa), mentre l'86% del campione assumeva farmaci da banco, con una media di 3,6 farmaci a testa. Tra i soggetti che assumevano farmaci che potevano aumentare il tempo di sanguinamento e l'insorgenza di ecchimosi, il 46% presentava multiple ecchimosi, mentre tra gli anziani che assumevano farmaci senza tali effetti solo nel 26% si riscontravano ecchimosi multiple; d'altra parte però, non c'era correlazione significativa tra l'assunzione di farmaci che interferiscono con la cascata coagulativa e la durata o il colore delle ecchimosi.

Si è presentata una differenza statisticamente significativa del numero di ecchimosi tra i soggetti che necessitano di assistenza per una o più delle attività esaminate con l'ADL (il 50% dei soggetti presentava due o più ecchimosi) e quelli autonomi (di cui solo il 25% presentava due o più lividi); questo fatto si spiega con la maggiore probabilità che i soggetti con deficit alle ADL hanno di urtare cose e di essere toccati dai *caregiver* che li assistono. Non c'era correlazione tra il risultato dell'ADL, localizzazione e giorni impiegati per la guarigione delle ecchimosi.

Non sono state trovate correlazioni tra la situazione abitativa (in casa o in casa di cura) e la localizzazione delle ecchimosi o i giorni impiegati per la guarigione.

Non sono state osservate differenze nel numero, nella localizzazione e nella durata tra le ecchimosi di soggetti che deambulano in modo autonomo e quelle degli anziani che hanno bisogno di ausili per la deambulazione in casa o in case di cura; nessuna correlazione nemmeno tra le performance di equilibrio e di andatura e il numero e la sede delle ecchimosi.

Ulteriori studi sono necessari per comprendere il ciclo di vita delle ecchimosi nei soggetti di varie etnie, in quanto il colore della pelle influisce sul colore delle ecchimosi; inoltre sarebbe utile analizzare le ecchimosi certamente generate da atti di abuso, in modo da studiarne i pattern più frequenti¹¹⁸.

Purtroppo quindi la datazione delle ecchimosi non è mai possibile con certezza, ma la presenza di ecchimosi di diversi colori indica che non hanno la stessa età. Il reperto di ecchimosi di vari colori sullo stesso soggetto fa propendere per l'ipotesi di abuso fisico ripetuto in quanto improbabile che il soggetto vada continuamente incontro a traumi accidentali multipli.

¹¹⁸ Mosqueda, Burnight e Liao, «The Life Cycle of Bruises in Older Adults,» *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 53, pp. 1339-1343, 2005.

1.5.2 Escoriazioni e lacerazioni

Come per le ecchimosi, neanche per le escoriazioni e le lacerazioni esistono segni patognomici di abuso.

In generale possiamo affermare che la pelle degli anziani è più fragile (per il ridotto spessore e la diminuita elasticità) e più soggetta a traumatismi di varia natura rispetto a quella degli adulti, ciò significa che anche deboli insulti possono provocare delle lesioni.

Le lesioni che non sono frutto di una violenza ma che sono state provocate accidentalmente sono di solito reperibili alle estremità, zone del corpo che più facilmente possono urtare mobili e oggetti.

Lesioni riscontrate vicino a un occhio, al naso o alla bocca, o comunque al volto, possono fare nascere il sospetto di abuso¹¹⁹.

Dall'ispezione di escoriazioni e lacerazioni si può ricavare qualche indizio sulla direzione della forza che ha causato la ferita; questo è utile per verificare se la dichiarazione rilasciata sul modo in cui è stata provocata la lesione può concordare con il reperto clinico. Ad esempio, se il colpo è diretto verso il basso, allora è più facile che il margine inferiore della lesione si presenti più ecchimotico e danneggiato rispetto a quello superiore; al contrario, se l'insulto è diretto verso l'alto sarà il margine superiore a presentare ecchimosi.

Allo stesso modo, l'ispezione delle escoriazioni può rivelare delle scanalature e dei grafi paralleli alla direzione della forza che ha causato la ferita¹²⁰.

Escoriazioni o cicatrici su polsi, caviglie e ascelle possono indicare lesioni da mezzi di contenimento¹²¹. La contenzione è spesso giustificata dai *caregiver* come necessaria per evitare all'anziano che cada o che incorra in pericoli più gravi.

Un particolare segno di abuso fisico è rappresentato dall'*alopecia traumatica*.

L'alopecia fisiologica si presenta in aree caratteristiche quali il vertice del cranio e la regione frontotemporale, ed è un reperto abbastanza comune nell'età avanzata. Devono destare sospetto: alopecia in aree inusuali, alopecia distribuita in modo irregolare, con o senza capelli spezzati; la contemporanea presenza di ecchimosi o emorragia suggerisce che i capelli siano stati strappati con forza¹²².

1.5.3 Fratture

Le fratture, essendo eventi traumatici, possono presentarsi in tutte le categorie della popolazione generale, ma ve ne sono alcune tipiche: i traumi ad alta energia sono frequenti nei giovani, solitamente uomini, mentre le fratture a bassa energia colpiscono maggiormente gli anziani e le donne (perché l'osso è reso più fragile dalla patologia osteoporotica)¹²³.

Vengono definite patologiche le fratture a carico di segmenti scheletrici colpiti da alterazioni che ne riducono la resistenza meccanica, come tumori, infezioni, osteomalacia, uso cronico di steroidi, malattia di Paget, malnutrizione, alcolismo, calo fisiologico degli ormoni sessuali ed entro certi

¹¹⁹ Collins, «Elder maltreatment.» *Archive of Pathology & Laboratory Medicine*, n. 130, pp. 1290-6, 2006.

¹²⁰ Adelson, «The pathology of homicide.» Springfield, Thomas Books, 1974.

¹²¹ Quinn e Tonnita, *Elder abuse and neglect*. 2nd ed., New York: Springer Publisher, 1997.

¹²² Collins, «Elder maltreatment.» *Archive of Pathology & Laboratory Medicine*, n. 130, pp. 1290-6, 2006.

¹²³ Giannini e Faldini, *Manuale di ortopedia e Traumatologia*, Torino: Minerva Medica, 2008.

limiti dall'osteoporosi (fin dalla prima fase osteopenica), che vengono quindi ad essere provocate anche da traumi a basse energie¹²⁴.

Tra le patologie che favoriscono le fratture ossee la più comune, soprattutto nel sesso femminile, è l'osteoporosi, malattia multifattoriale causata da una patologica riduzione della massa ossea e da alterazioni microarchitetturali del tessuto osseo, che diventa fragile e maggiormente esposto al rischio di frattura.

Come accennato sopra, le cadute, tipiche dell'età anziana, sono spesso causa di fratture; le ossa più frequentemente interessate in questi casi sono: regione prossimale del femore, colonna vertebrale (da fratture spontanee nelle regioni dorsale e lombare), omero (estremità prossimale), bacino (per traumi intensi), polso (frattura della metafisi distale del radio per caduta su mano iperestesa)¹²⁵.

Le fratture traumatiche provocate da terzi possono verificarsi in qualunque distretto corporeo, quindi una frattura in un'area insolita per una frattura, per esempio, da caduta, dovrà fare nascere maggiori sospetti, senza tuttavia dare per scontato che una classica frattura al collo del femore non sia il risultato di un abuso.

Fratture al cranio (occipite o osso zigomatico in primis), alla colonna vertebrale (nonostante vi avvengano spesso crolli vertebrali patologici) o al tronco sono le più indicative di violenza sull'anziano.

Fratture con una componente rotazionale o fratture spirali di un grande osso senza storia di un importante incidente sono molto suggestive di abuso.

Fratture alle braccia possono ovviamente indicare il tentativo di proteggersi da una caduta (caduta spontanea o per una spinta ricevuta?) ma non solo: infatti spesso le braccia possono ferirsi mentre l'anziano cerca di difendersi da un colpo inferto dall'abusante o mentre lotta per non essere legato.

Le fratture alla cassa toracica (coste, clavicole, vertebre) possono essere provocate dal peso del perpetratore che schiaccia al suolo l'anziano con le braccia o con le gambe¹²⁶.

1.5.4 Perdita di peso, malnutrizione, disidratazione

La perdita di peso in un anziano non va sottovalutata in quanto può sottintendere molte patologie anche gravi.

In parte il calo ponderale è un evento fisiologico legato all'avanzare dell'età, in quanto i tessuti si disidratano e si atrofizzano, bisogna tenere presente che è anche uno dei primi segni che compaiono nell'anziano fragile, che è un anziano caratterizzato dalla progressiva diminuzione del peso, della capacità di compiere attività fisica, della capacità mentale e dalla generale riduzione delle riserve funzionali.

La perdita di peso può inoltre essere dovuta a una causa organica, quindi ad esempio può essere la prima manifestazione di un cancro non ancora diagnosticato.

Il calo ponderale in un anziano può essere legato ad anoressia (dovuta a cause psichiche od organiche).

La perdita di peso è comunque sempre associata ad altri segni di neglect come la malnutrizione (dalla quale deriva) e spesso la disidratazione; possono presentarsi anche altri segni di neglect come

¹²⁴ Pearsall, «Forensic Biomarkers of elder abuse: what clinicians need to know,» *Journal of Forensic Nursing*, vol. 1, n. 4, pp. 182-186, 2005.

¹²⁵ Tammaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000.

¹²⁶ Pearsall, «Forensic Biomarkers of elder abuse: what clinicians need to know,» *Journal of Forensic Nursing*, vol. 1, n. 4, pp. 182-186, 2005.

la scarsa igiene, le piaghe da decubito, terapie farmacologiche inadeguate e indizi di scarso controllo medico.

La malnutrizione è marcatore di abuso soprattutto se l'anziano è istituzionalizzato.

La disidratazione, come detto, è frequente nell'anziano, ed è quindi opportuno sospettare il neglect quando associata a malnutrizione. Il *caregiver* in ogni caso dovrebbe segnalare i casi in cui il soggetto sia impossibilitato ad assumere liquidi o si rifiuti di farlo, per prendere i provvedimenti adeguati il prima possibile.

1.5.5 Piaghe da decubito

Come anticipato, le piaghe da decubito rappresentano la lesione caratteristica della cosiddetta "sindrome da immobilizzazione", ciò significa che, se reperite sul corpo di un paziente, suggeriscono un allettamento (o comunque una immobilizzazione in una posizione) prolungato. A seconda della posizione assunta dal corpo per più tempo (sdraiato supino, prono, in posizione laterale o seduto) si potranno ricercare le lesioni da pressione in alcune sedi preferenziali:

- Paziente in decubito supino: sacro e talloni sono le zone primariamente interessate dal fenomeno, seguite da prominenze vertebrali, scapole, occipite, gomiti;
- Paziente in decubito laterale: il grande trocantere del femore del lato di appoggio è la sede maggiormente sollecitata in questa posizione, seguono le creste iliache, i malleoli, le prominenze ossee laterali del ginocchio, il costato, i gomiti, la spalla e l'orecchio;
- Paziente in decubito prono: il pube e lo sterno rappresentano le zone più soggette alla formazione di piaghe in malati allettati in posizione prona, altre sedi interessate sono il dorso del piede, le ginocchia, le creste iliache, le clavicole, gli zigomi e l'orecchio;
- Paziente seduto: se il paziente è immobilizzato in posizione seduta la pressione maggiore si avrà su prominenze ischiatiche, coccige e talloni, e in misura minore su sacro, prominenze vertebrali, gomiti e scapole.

Devono destare sospetto le piaghe rinvenute in sedi inusuali, che possono essere dovute a posizioni innaturali in cui è stato lasciato il soggetto per lungo tempo o alla pressione generata dai mezzi di contenimento, oppure le lesioni emananti cattivo odore o in stato di necrosi che evidentemente non sono state portate all'attenzione di un medico e non sono state curate in maniera adeguata¹²⁷.

1.5.6 Assunzioni inappropriate dei farmaci

Di seguito è riportato un elenco di situazioni che sono la conseguenza di un uso inappropriato dei farmaci. La possibilità di scoprire se siano frutto di neglect o di semplice disattenzione del *caregiver* è dato dall'analisi dei fattori di rischio e dalla gravità degli effetti sull'anziano.

- Effetti Avversi da Farmaci
- Interazioni tra farmaci
- Effetti collaterali di farmaci comunemente usati nell'anziano:
 - Sedativi: stato confusionale, astenia, cadute;

¹²⁷ Schor, Selby e Bertone, «Geriatric assessment in the diagnosis and treatment of elder abuse,» *N J Med*, vol. 92, pp. 108-110, 1995.

- Antiipertensivi: ipotensione ortostatica, cadute;
- Diuretici: disidratazione, alterazioni elettrolitiche;
- Neurolettici: stato confusionale, sindrome extrapiramidale;
- Antibiotici aminoglicosidici: sindrome vestibolare, insufficienza renale;
- Ipoglicemizzanti orali: crisi ipoglicemiche;
- Lassativi: alterazioni elettrolitiche, disidratazione;
- Digitale: nausea, anoressia;
- Antinfiammatori: anemia;
- Anticolinergici (antidepressivi, oppiacei, antispastici, ecc...): stipsi, glaucoma, ritenzione urinaria;
- Anticoagulanti: sanguinamenti acuti.

Il neglect può tradursi in ipomedicazione (somministrazione di meno farmaci di quelli necessari o a dosi minori) o in ipermedicazione (per eccesso di cure o come tentativo di avvelenamento).

Se l'anziano è ospitato in una struttura assistenziale la causa dell'ipomedicazione possono essere le scarse risorse economiche a disposizione o errori di terapia per insufficienza o inadeguatezza del personale sanitario.

1.5.7 Ustioni

Le bruciature riscontrate nei casi di abuso sugli anziani sono simili ai pattern tipici dell'abuso sui minori. Ne sono esempi le bruciature per immersione che presentano la classica forma a guanto o a calzino, oppure le bruciature che, per la loro forma, suggeriscono quale sia stato lo strumento usato per provarle, classicamente sigarette e ferro da stiro¹²⁸.

Un caso particolare, documentato da Fox¹²⁹, mostra l'ustione sul fondoschiena di un'anziana provocata dall'acqua bollente della vasca da bagno in cui era stata lasciata. La donna in questione non era in grado di alzarsi e uscire autonomamente dalla vasca, si tratta quindi di un caso di neglect per supervisione negligente da parte del *caregiver*. Possiamo notare un'area centrale risparmiata dall'agente lesivo perché poggiante direttamente sul fondo della vasca, mentre i margini esterni presentano ustioni che ricalcano la profondità dell'acqua bollente nella posizione seduta.

Per il medico legale non sempre è agevole riconoscere la natura accidentale o meno del fatto lesivo. Si tenga conto che la maggior parte delle ustioni è collegata a fatti accidentali o ad eventi infortunistici; rare sono le evenienze del suicidio o dell'omicidio, più frequente invece il loro uso nei tentativi di distruggere il corpo o di rendere meno evidenti i fatti lesivi superficiali responsabili o connessi casualmente con la morte.

Di notevole interesse risulta quindi la differenziazione tra le lesioni vitali e post-mortali, differenziazione che può essere agevole quando siano presenti iperemia o flittene (che si formano solo in condizioni di vitalità dei tessuti), ma che è molto difficile nei casi in cui si rilevino fenomeni di necrosi o di carbonizzazione (in questi casi l'esame macroscopico non basta e bisogna ricorrere a quello istologico).

¹²⁸ Fallani, «Traumatologia forense,» in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.

¹²⁹ Fox, «Elder Abuse,» *Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences*, 2012

1.5.8 Scarsa igiene

La scarsa igiene è un problema importante negli anziani in quanto molti di essi non sono trascurati per motivi di self-neglect o di trasandatezza: molte persone infatti, invecchiando, perdono la capacità di badare a loro stesse anche per le attività della vita quotidiana.

Questo avviene sia per motivi fisici (non riuscire più a fare determinati movimenti: entrare e uscire dalla vasca da bagno, stare in piedi nella doccia, raggiungere con le proprie mani tutte le parti del corpo, ecc...) che per motivi psichici (con la demenza un anziano può non percepire più quando sia il momento di lavarsi, oppure possono insorgere patologie psichiatriche tali per cui l'anziano rifiuti di lavarsi).

Nell'ambito della diagnosi differenziale volta a identificare l'abuso occorre considerare quale sia il livello di assistenza di cui l'anziano ha bisogno nelle sue condizioni e di cui dispone effettivamente, così da individuare eventuali negligenze o mancanze.

Altri reperti¹³⁰

Oltre alle manifestazioni fisiche sopradescritte, il neglect può presentarsi anche con altre mancanze nella cura dell'anziano. Quelle più frequentemente riscontrate sono: inadeguato riscaldamento, mancanza di occhiali, di protesi dentali o di ausili per l'udito, vestiti, lenzuola e materasso sporchi, e vivere in condizioni di sporcizia generale (è necessario recarsi nell'abitazione o nella casa di cura in cui risiede l'anziano per effettuare un'ispezione). Anche la eccessiva esposizione agli elementi o a pericoli è considerata un atto di neglect.

Un altro elemento importante da scoprire è se il neglect sia intenzionale o meno.

Il neglect **non intenzionale** è definito come un atto involontario che provoca un danno per l'anziano, solitamente dovuto a ignoranza, inesperienza o mancanza di abilità o volontà del *caregiver* di provvedere alla propria cura. Questo tipo di neglect può presentarsi quando al *caregiver* mancano le risorse, la resistenza fisica e la maturità emotiva per fare fronte ai bisogni primari dell'anziano; spesso questa situazione è associata a ritardi nello sviluppo o malattie mentali del *caregiver*.

Il neglect **intenzionale** al contrario è costituito da perfidia, indifferenza o tornaconto personale (ad esempio per un guadagno economico).

In ogni caso risulta difficile determinare se si tratti di neglect intenzionale o meno.

1.6 Diagnosi post-mortem

I rilievi autoptici nei casi di abuso e/o neglect possono essere sfumati, e la diagnosi è spesso difficile soprattutto a causa della quasi invariabile presenza di malattie croniche o debilitanti che mettono il paziente a rischio di abuso e/o neglect. Non sempre i patologi riescono a capire e dimostrare se l'abuso e/o il neglect abbiano causato o contribuito a causare la morte dell'anziano¹³¹. In generale possiamo dire che nell'esame autoptico è possibile ricercare gli stessi marcatori forensi utilizzati nell'esame in vivo, quali ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni, fratture, ustioni, piaghe da

¹³⁰ Strasser e Fulmer, «The Clinical Presentation of Elder Neglect:What We Know and What We Can Do,» *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 12, pp. 340-349, 2007.

¹³¹ Collins, Bennett e Hnazlick, «Elder abuse and neglect,» *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, pp. 1567-1568, 2000.

decubito, scarsa igiene, stato di nutrizione e di idratazione, senza tralasciare l'esame dei genitali esterni e interni; a questi si può aggiungere l'esame tossicologico, per avvalorare o escludere ipotesi come avvelenamento da farmaci o alcolismo.

I segni di neglect possono mimare quelli di comune ritrovamento nell'anziano, dovuti a condizioni mediche croniche¹³²; pertanto, solo segni di una certa importanza (per esempio ecchimosi estese, malnutrizione grave e fratture) indirizzano al riconoscimento dell'abuso, mentre segni meno evidenti sono spesso ignorati o attribuiti alla molteplicità delle patologie di cui sono afflitti questi pazienti.

In un'analisi retrospettiva condotta in Giappone¹³³ su 15 casi autoptici di anziani deceduti a causa di abusi tra il 1990 e il 2000, emerge che l'abuso fisico è la tipologia più comune, seguito dall'abuso emozionale, dal neglect e dall'abuso finanziario. Nessuno degli anziani in questione era vittima di abuso sessuale, in compenso 8 su 15 erano soggetti a due o più tipi di abuso.

La causa di morte varia con il tipo di abuso: l'emorragia subdurale è la più comune causa di morte per abuso fisico (6 su 13), seguita da altri tipi di morte violenta e dall'ipotermia; una donna di 80 anni si è suicidata per annegamento dopo essere stata vittima di abuso fisico ed emozionale; le vittime di neglect sono invece morti per denutrizione o per soffocamento da aspirazione di cibo nelle vie aeree.

Un articolo del 2000¹³⁴ riporta due casi in cui il neglect è stato riconosciuto solo nel post-mortem, e la conseguente riflessione sulla necessità di maggiore sorveglianza degli anziani in condizioni di disagio da parte di associazioni adibite a tale scopo.

In entrambi i casi documentati, le vittime sono gli anziani genitori i cui unici *caregiver* erano rappresentati dai figli; la polizia è stata avvertita in entrambi i casi perché insospettita dalle spiegazioni dei figli sulle cause della morte.

Nel primo caso descritto, una donna di 82 anni, allettata da 6, è stata trovata morta dal figlio con il quale viveva, l'unica persona con la quale aveva dei contatti.

Il cadavere nudo, adagiato su un materasso sporco e coperto solo da un lenzuolo, è stato trovato in una soffitta con una temperatura ambientale di 6°C. Il corpo giaceva in posizione fetale, con contratture delle ginocchia e delle anche. Il materasso presentava, in corrispondenza dei glutei della donna, un incavo pieno di escrementi. Quando il corpo è stato rigirato la tibia destra si è fratturata in corrispondenza di una profonda piaga da decubito. Nella stanza sono stati rinvenuti numerosi pezzi di carta sporchi, resti di cibo e di bevande.

I risultati dell'autopsia hanno rivelato:

- Condizioni estreme di scarsa cura, con sporcizia su tutto il corpo e, in più, escrementi sul tronco; unghie ad artiglio di pollici ed alluci; capelli arruffati;
- Grave marasma (peso corporeo di 40 kg per un'altezza di 160 cm); atrofia del tessuto adiposo sottocutaneo, dei muscoli scheletrici e degli organi parenchimatosi;
- Essiccosi: tessuto adiposo secco, le pieghe cutanee rimangono rilevate, la lingua secca e coperta di croste; 400 ml di urine scure erano presenti nella vescica;
- Piaghe da decubito sovrainfettate, ricoperte di materiale grasso, sulla spalla destra (12 x 8 cm), sul lato destro del retro della gamba destra (15 x 19 cm) e della gamba sinistra, con osteomielite di entrambe le tibie, del femore sinistro e della scapola destra;

¹³² Ortmann, Fechner, Bajanowski e Brinkmann, «Fatal neglect of the elderly,» *International Journal of Legal Medicine*, vol. 114, pp. 191-193, 2001.

¹³³ Akaza, Bunai, Tsujinaka, Nakamura, Nagai, Tsukata e Ohya, «Elder abuse and neglect: social problems revealed from 15 autopsy cases,» *Legal Medicine*, vol. 5, pp. 7-14, 2003.

¹³⁴ Ortmann, Fechner, Bajanowski e Brinkmann, «Fatal neglect of the elderly,» *International Journal of Legal Medicine*, vol. 114, pp. 191-193, 2001.

- Segni di ipotermia: emorragie petecchiali sulla mucosa dello stomaco;
- Aterosclerosi severa della grandi arterie con moderata stenosi delle arterie coronarie; fibrosi lieve-moderata del miocardio e lipofuscinosi; arteriolosclerosi dei reni;
- Enfisema cronico polmonare, bronchite purulenta e broncopolmonite;
- Infiammazione acuta della milza;
- Fegato da stasi; lievi inclusioni adiposi e lipofuscinosi degli adipociti.

Causa della morte: insufficienza cardiaca settico/ tossica.

Opinione del medico legale: l'avanzato stato patologico pregresso non è una causa plausibile del decesso. Il neglect con mancanza di cure infermieristiche, l'immobilizzazione, l'essiccasi e la carenza di cibo hanno portato a gravi danni, e sono stati la causa dell'insorgenza dell'osteomielite, della polmonite e della morte.

Dichiarazioni del figlio alla polizia: negli ultimi mesi la madre si alimentava esclusivamente con pane e banane. La donna aveva lamentato costipazione nelle settimane precedenti e il figlio non aveva cambiato le lenzuola da allora. "Tutto sommato l'assistenza era scarsa ma sufficiente; ci si abitua velocemente a queste condizioni". Il radiatore era difettoso. La donna rifiutava aiuti esterni e non era possibile assumere un assistente professionale per motivi economici. La madre aveva intestato la casa al figlio, il quale voleva venderla; ai potenziali compratori che venivano a vederla era proibito l'accesso alla soffitta in cui viveva la madre.

Rapporto psichiatrico giudiziario: la madre ha ovviamente determinato la struttura della famiglia e il figlio è sempre stato subordinato alla madre.

Il secondo caso riportato riguardava un uomo di 72 anni che, secondo il figlio, non aveva una storia clinica severa. Un anno prima della morte, sono comparsi una tumefazione al braccio destro e una ferita aperta al gomito. Siccome dalla ferita fuoriuscivano liquidi l'uomo aveva messo un secchio sotto il gomito che svuotava frequentemente. La ferita era anche infestata da vermi. Per tutti i due mesi prima della morte è rimasto seduto su una poltrona, ha a malapena mangiato e ha defecato solo all'inizio di questo periodo, siccome il figlio lo ha nutrito solo occasionalmente.

Rilievi autoptici:

- Malnutrizione severa (50 kg di peso per 170 cm di altezza); riduzione del tessuto adiposo sottocutaneo; atrofia dei muscoli scheletrici; intestino tenue vuoto; fecaloma nel colon;
- Essiccasi: pelle e muscoli secchi; le pieghe cutanee rimanevano rilevate;
- Segni di neglect di lungo periodo: barba e capelli sporchi e arruffati; unghie ad artiglio di pollici e alluci; piaghe da decubito sulla faccia laterale del braccio destro, del gomito destro, alle giunture delle dita della mano destra, della schiena e specialmente alle faccia laterale della gamba destra e alle aree corrispondenti delle facce interne di entrambe le gambe; borsite cronica al gomito destro; osteomielite dell'omero destro, della tuberosità ischiatica destra e del femore destro;
- Lieve tracheobronchite; pleuropneumopatia dovuta a multipli infarti polmonari; infarti settici della milza;
- Segni di ipertensione cronica con ipertrofia del ventricolo sinistro (spessore: 2 cm); aterosclerosi severa dei grandi vasi sanguigni;
- Aterosclerosi coronarica con stenosi moderata e con un antico trombo organizzato; infarto del muscolo papillare anteriore in fase di riparazione.

Causa della morte: insufficienza cardiaca settico/ tossica.

Opinione del medico legale: malattia sottostante avanzata e complicanze legate alla mancanza di assistenza fisica, all'immobilizzazione, alla carenza di cibo e all'essiccasi, la cui combinazione ha causato la morte.

Dichiarazioni del figlio alla polizia: non è stato in grado di contraddire suo padre e ha sempre agito nel modo in cui il padre ha voluto. La madre è morta in condizioni simili a quelle del padre e non ha ricevuto assistenza medica per 4 anni successivamente a un'operazione per tumore (con conseguente irradiazione). Anche lei è rimasta seduta su una sedia per un lungo periodo di tempo fino alla morte, perdendo quasi totalmente la capacità di movimento.

Rapporto psichiatrico giudiziario: disturbo di personalità, personalità dipendente con mancanza di fiducia in sé stesso e tendenza al self-neglect.

L'abuso può non essere rilevato per diverse ragioni, come l'isolamento della vittima, la negazione o la vergogna dell'abusato e dei suoi parenti, l'incapacità dei *caregiver* a riconoscere la situazione o le alterazioni morfologiche. Il self-neglect è una caratteristica del comportamento delle persone anziane e in entrambi i casi esaminati è stato il primo stadio di un processo più lungo.

Le vittime mostravano tipici fattori di rischio come isolamento, dipendenza dall'assistenza, amministrazione delle rendite e del denaro. Inizialmente le vittime rifiutavano aiuto dall'esterno. Inoltre, entrambe le vittime avevano una personalità dominante e gli abusanti erano strettamente controllati e plasmati dai genitori. L'interazione personale era strutturata per mantenere questa situazione.

Anche il profilo del perpetratore è caratteristico: entrambe le persone responsabili dell'assistenza erano disoccupate, dipendenti finanziariamente e psicologicamente dalle vittime, vivendo in isolamento sociale. In entrambi i casi l'esplorazione psichiatrica non ha evidenziato patologie mentali ma una riduzione nelle competenze sociali senza amici, passatempi o contatti con altri membri della famiglia. Il livello dell'educazione del perpetratore sembra non essere un fattore di rischio; ipotesi rafforzata dagli esempi dei nostri casi (caso uno: avvocato; caso due: muratore). Frequentemente la storia familiare offre casi addizionali di abuso (come nel caso due). Il riconoscimento di questa condizione, da parte soprattutto di assistenti professionisti, è essenziale per la profilassi di questa forma di violenza.

Questi sarebbero nella posizione migliore per identificare situazioni di abuso potenziale, e di tentare interventi preventivi: è per questo che dovrebbero essere qualificati per lo svolgimento di questi anche per assolvere a questi compiti.

In una squadra multidisciplinare l'esperto medico legale può documentare alterazioni morfologiche nei casi sospetti¹³⁵.

1.7 Strumenti di screening per l'abuso sull'anziano e loro efficacia

Nel documento del WHO "*Discussing screening for elder abuse at primary health level*"¹³⁶ sono riportate diverse definizioni di *screening*, necessarie per la comprensione degli strumenti che verranno in seguito proposti.

La prima a essere riportata è quella tratta dal "*Cancer Programme*" del WHO¹³⁷, che definisce lo *screening* come "la presunta identificazione di una malattia o un difetto non riconosciuto per mezzo di test, esami o altre procedure che possano essere applicate rapidamente. ...il successo dello *screening* dipende dall'avere a disposizione una sufficiente quantità di personale che effettui i test

¹³⁵ Ortmann, Fechner, Bajanowski e Brinkmann, «Fatal neglect of the elderly,» *International Journal of Legal Medicine*, vol. 114, pp. 191-193, 2001.

¹³⁶ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

¹³⁷ World Health Organization, «Screening for various cancers,» 2005. [Online]. Available: <http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/>.

di *screening* e dalla disponibilità di strutture che possano prendersi carico della successiva diagnosi, trattamento e *follow-up*”.

Nel sopraccitato documento del Who¹³⁸ viene citata una definizione di *screening* dello *United Kingdom National Screening Committee* del 2005, ma qui di seguito verrà riportata la versione aggiornata¹³⁹, che descrive lo *screening* come “un processo di identificazione di persone apparentemente sane che potrebbero essere ad aumentato rischio di una determinata malattia o condizione. A queste persone vanno poi presentate informazioni, altri test e appropriati trattamenti per ridurre il loro rischio e/o qualsiasi complicazione derivante da quella determinata malattia o condizione”.

In accordo con le definizioni appena esposte, lo *screening* è un servizio di sanità pubblica, e la valutazione dei test di *screening* viene effettuata con rigore scientifico.

I test di *screening* sono generalmente valutati secondo il loro *valore predittivo positivo e negativo* e le loro sensibilità e specificità.

Per sensibilità si intende l’efficacia di un test nell’individuare i soggetti che soffrono della condizione in esame, mentre per specificità si indica l’efficacia del test di riconoscere i soggetti che non presentano la condizione indagata.

I test di *screening* mirano a raggiungere alta sensibilità e alta specificità, il che fornirà la probabilità di un risultato corretto¹⁴⁰.

Lo *United States Preventing Services Task Force*¹⁴¹ definisce lo *screening* per la violenza come “una valutazione del danno presente o del rischio di danno causato dalla violenza in famiglia o da parte del partner in persone asintomatiche in un contesto di assistenza sanitaria. Gli individui che presentano ferite causate dalla violenza familiare sono da sottoporre a una valutazione diagnostica, non di *screening*. Un mezzo di *screening* universale valuta chiunque; se lo *screening* è selettivo significa che valuta solo chi soddisfa criteri specifici”.

È importante distinguere tra *screening*, diretto all’intera popolazione potenzialmente a rischio, per cui i soggetti sono messi all’interno di un gruppo a “elevata probabilità” per ulteriori valutazioni, e valutazione diagnostica (o *case finding*), per mezzo della quale viene effettuata una chiara indicazione di abuso sugli anziani basata sugli indicatori che sollevano il sospetto di abuso. Sia nella ricerca che nella pratica i due approcci consentono di applicare diversi livelli di rigore e indagine¹⁴².

Sebbene lo *screening* nella sanità pubblica sia una questione ben definita e basata sull’evidenza, analizzando la Letteratura si possono incontrare differenti usi e interpretazioni. Il termine è spesso usato indiscriminatamente e può talvolta confondere il dibattito.

Nel campo della violenza lo *screening* è generalmente riferito come un’azione per mezzo della quale i professionisti individuano soggetti maltrattati mentre escludono (*screening-out*) i soggetti non maltrattati.

Lo *screening* per la violenza domestica e l’abuso sugli anziani pongono sfide metodologiche tali da rendere difficile assimilarlo alla definizione di *screening* in caso di problemi di salute pubblica.

¹³⁸ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

¹³⁹ United Kingdom National Screening Committee, «UK National Screening Portal,» [Online]. Available: <http://www.screening.nhs.uk/screening>.

¹⁴⁰ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

¹⁴¹ United States Preventive Services Task Force, «Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement,» *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, pp. 399-400, 2004.

¹⁴² Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

Pertanto ci si potrebbe domandare da una parte perché si spendano delle energie nel cercare di convincere le unità operative nazionali a raccomandare questo tipo di *screening*, ma d'altra parte la domanda potrebbe essere perché lo *screening* dovrebbe applicato soltanto in senso stretto sulla medicina basata sull'evidenza.

I vari significati del termine *screening* sono espressione delle differenze tra le professioni, ciascuna con il proprio corrispondente linguaggio o gergo, e rendono difficile determinare a quale campo appartenga l'abuso sugli anziani.

Attraverso la "medicalizzazione" dei termini, la natura gerarchica dell'assistenza sanitaria diventa evidente: il modello medico utilizzato nella sanità pubblica è predominante rispetto agli altri.

Al fine di progredire in una cooperazione interdisciplinare, in linea col modello ecologico, la comunicazione e il linguaggio, sono elementi chiave che devono essere chiariti cosicché tutti i professionisti coinvolti capiscano che cosa è in gioco e che lavorino insieme per trovare delle soluzioni.

Il principio base dei programmi di *screening* è che essi facciano più bene che male.

Tra i criteri usati dalla maggior parte dei Paesi per valutare un programma di *screening* ci sono i seguenti:

- Deve trattarsi di un importante problema legato alla salute, ben compreso e con un fattore o indicatore di rischio noto;
- Il test deve essere semplice, sicuro, convalidato;
- Il test deve essere accettabile per la popolazione;
- Devono sussistere efficaci interventi di *follow-up*;
- Devono esserci evidenze tratte da *trial* di controllo randomizzati che il programma di *screening* riduca la mortalità o la morbilità e che abbia un buon rapporto costo/beneficio;
- Deve esserci la disponibilità di uno staff adeguato;
- Deve esserci l'evidenza che il programma completo di *screening* (a partire dal test fino agli interventi che si dovessero rendere necessari) sia " clinicamente, socialmente, eticamente accettabile dai professionisti della salute e dalla popolazione" (*National Screening Committee, London, 2003*). La scelta nell'ordine delle parole " clinicamente, socialmente e eticamente" riflette ancora una volta la supremazia del modello clinico-medico.

Poiché lo *screening* può portare beneficio a una minoranza e allo stesso tempo può danneggiare altri, è ovvio che bisogna accertare che i benefici siano superiori ai rischi prima di proporre e introdurre un programma di *screening* a livello nazionale.

La *United States Preventive Services Task Force* mette in chiaro che la valutazione del rapporto tra pro e contro si basa esclusivamente sull'evidenza (in termini qualitativi e quantitativi). La revisione della letteratura che ha portato a sviluppare le indicazioni della *Task Force* del 2004 non ha trovato nessuno studio che fornisse dati su possibili effetti negativi di *screening* o degli interventi successivi¹⁴³.

Test che diano una troppo alta percentuale di risultati falsi-negativi possono scoraggiare i medici a proseguire con le indagini e pertanto impedire l'identificazione di coloro che sono veramente a rischio.

Test che diano un'eccessiva quantità di falsi-positivi possono portare ad atteggiamenti punitivi ed etichettanti da parte del personale sanitario, così come possono portare ad angoscia psicologica, tensioni familiari, perdita dell'alloggio e delle risorse finanziarie, e di perdita di autonomia per la vittima, o meglio, presunta tale.

¹⁴³ Nelson, «Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventing Services Task Force,» *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, pp. 387-396, 2004.

Tuttavia la medicina basata sull'evidenza è anche messa in discussione all'interno della professione medica. Ci sono voci che dichiarano che le preferenze personali, i fattori psicosociali, le comodità e le rassicurazioni, per i pazienti siano elementi essenziali nelle decisioni cliniche relative alle cure umanitarie.

Non è il principio della pratica basata sull'evidenza che viene criticato, è piuttosto il dogmatismo nell'applicare la stessa "evidenza" e la stessa metodologia di ricerca, così come i *trial* di controllo randomizzati, a tutte le situazioni e condizioni quando è evidente che non sempre siano adeguati.

Quando si ha a che fare con l'abuso, il rapporto rischio/beneficio deve essere visto da un punto di vista umanitario, sia centrato sul paziente che sul medico, al fine di raggiungere buoni risultati.

La *United States Preventive Services Task Force* non ha potuto trovare abbastanza evidenze per determinare il rapporto rischio/beneficio dello *screening* in caso di violenza domestica in generale e di violenza sugli anziani in particolare; pertanto non ha raccomandato nulla in proposito.

Lo *United Kingdom National Screening Committee* è stato più categorico nella sua delibera del 2004 secondo la quale lo *screening* per la violenza domestica non deve essere introdotto, basando la sua decisione su un rapporto commissionato a Ramsay¹⁴⁴ riguardante la violenza domestica sulle donne.

Il dibattito si sviluppa attorno al rapporto rischio/beneficio, alle considerazioni etiche, alla validità dei test di *screening* e ai criteri di accettabilità da parte dei pazienti. Per accettabilità si intende la misura in cui sia il soggetto da testare è d'accordo con l'essere testato sia il personale è d'accordo con l'effettuare il test: con un approccio focalizzato sul paziente, l'accettabilità dovrebbe essere il primo aspetto da verificare e da cui qualunque considerazione ulteriore dovrebbe partire.

Studi dimostrano¹⁴⁵ che nei pronto soccorsi e nei reparti di emergenza sono i pazienti più anziani a consentire un ruolo più attivo dei professionisti sanitari in caso di abuso. La proporzione di pazienti che dichiara di aver subito un abuso a seguito di una richiesta diretta aumenta con l'età: per massimizzare il numero di casi individuati devono essere messi in atto meccanismi per diminuire i potenziali effetti negativi dello *screening*.

Occorre considerare che l'assistenza sanitaria di base, contesto in cui lo *screening* dovrebbe avvenire, è per molte vittime di abuso l'unico luogo di contatto in cui ricevere assistenza (si riscontra inoltre che le persone vittime di abuso visitano i presidi dell'assistenza sanitaria di base più spesso della media¹⁴⁶). Per esempio le donne abusate presentano, rispetto a quelle non abusate, il 50-70% in più di problemi ginecologici, al sistema nervoso centrale, intestinali e legati allo stress¹⁴⁷.

Allo stesso modo, l'abuso sugli anziani causa un aumento nella mortalità e nella morbilità: è molto importante allora il ruolo del medico nell'identificare i pazienti a rischio. Ciò nonostante, negli Stati Uniti solo il 2% dei casi di abuso conclamato è stato riportato da personale medico¹⁴⁸.

Non solo lo *screening* deve avvenire ma esso deve fare parte della routine poiché, indagando solo i casi su cui si nutrono sospetti a priori, il rischio di pregiudizio e stigmatizzazione può aumentare (per esempio nel caso di persone che appartengono a minoranze socio-economiche o culturali)¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Ramsay, «Appraisal of evidence about screening women for domestic violence,» Royal London and Barts Medical School, Londra, 2001.

¹⁴⁵ Howe, Crilly e Fairhurst, «Acceptability of asking patients about violence in accidents and emergency,» *Emergency Medicine Journal*, vol. 19, pp. 138-140, 2002.

¹⁴⁶ Loxton, Schofield e Hussain, «History of domestic violence and health service use among mid-aged Australian women,» *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 28, pp. 383-388, 2004.

¹⁴⁷ Campbell, «Health consequences of intimate partner violence,» *Lancet*, vol. 359, pp. 1331-1336, 2002.

¹⁴⁸ Rosenblatt, Cho e Durance, «Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians,» *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 44, pp. 65-70, 1996.

¹⁴⁹ Perel-Levin, «Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level,» World Health Organization, 2008.

Prendendo spunto da un articolo che esamina il progresso nello *screening* e nella valutazione dell'abuso sugli anziani¹⁵⁰ possiamo descrivere i vari strumenti proposti negli anni, valutarne l'efficacia e i limiti.

Le Autrici sottolineano l'importanza e l'utilità che hanno gli strumenti di *screening* e le linee guida nell'identificazione delle sospette vittime di abuso, ma che purtroppo anche lo strumento meglio concettualizzato risulta problematico per la complessità della materia.

Il bisogno di strumenti di *screening* per i maltrattamenti sugli anziani è evidente se si pensa che la responsabilità dell'identificazione ricade spesso sugli operatori sanitari ed essi, tuttavia, sono spesso impreparati ad adempiere a questo ruolo: da qui il bisogno di più ricerca sul tema al fine di migliorarne la pratica.

Non ci si può basare sulla denuncia autonoma di maltrattamento da parte delle vittime stesse, in quanto numerosi studi affermano che è molto improbabile che gli anziani riportino gli episodi di maltrattamento subito ed emerge che oltre il 70% dell'identificazione degli anziani abusati derivi da un osservatore e non dalla vittima stessa. Sebbene alcuni anziani possano scegliere di non riportare gli abusi, molti altri possono presentare un declino cognitivo tale da renderli impossibilitati a farlo. Siccome di solito gli anziani non riferiscono autonomamente i casi di maltrattamento, la responsabilità dell'identificazione, della segnalazione e del successivo intervento ricade principalmente sugli operatori sanitari, sulle agenzie di servizi sociali e sui dipartimenti di polizia.

Di conseguenza è imperativa la redazione di linee guida per l'indagine e la denuncia del maltrattamento sugli anziani.

È fondamentale che gli operatori sanitari acquisiscano un ruolo di primaria importanza in materia affinché possano sviluppare criteri fisici di valutazione che aiutino a distinguere i segni dell'età da quelli di malattia e da quelli di neglect.

Nonostante il loro ruolo centrale però, gli operatori sanitari trovano difficoltà nell'identificare e nel trattare gli episodi di abuso.

Da uno studio del 1986 emerge che il 90% dei medici ritenga che il maltrattamento degli anziani sia difficile da scoprire: la preoccupazione dovuta alla generale mancanza di consapevolezza riguardo il problema e alla scarsità di strumenti per individuarlo ha costituito il motore per lo sviluppo dello *screening* e degli strumenti di *assessment*.

La *American Medical Association* (AMA) consiglia lo *screening* di ogni paziente geriatrico, le norme del *Department of Health and Human Services* e della *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* del 1992 sottolineano la necessità di protocolli di *screening* per gli abusi sugli anziani, così come per la violenza domestica e per gli abusi sui minori. Anche diversi Autori hanno suggerito che lo *screening* per l'abuso dovrebbe essere incluso nelle visite di routine di tutta la popolazione anziana. Nel 1992, Fulmer afferma che ogni contesto di cura degli anziani, dai reparti di emergenza, agli ambulatori, alle case di cura, dovrebbe avere un proprio protocollo per lo *screening* e la valutazione dei maltrattamenti sugli anziani; inoltre, in contesti per cure geriatriche avanzate, potrebbero essere organizzati dei *mistreatment assessment team*, squadre multidisciplinari (medico geriatra, infermiere geriatrico specializzato e assistente sociale) attive 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, con protocolli specifici che vanno dallo *screening* alla denuncia e al *follow-up*¹⁵¹.

È opinione comune che gli strumenti di *screening* più corti siano più adatti per gli ambienti movimentati come reparti di emergenza e ambulatori, mentre strumenti per indagini più

¹⁵⁰ Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

¹⁵¹ Fulmer e Birkenhauer, «Elder Mistreatment assessment as a part of everyday practice,» *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 3, n. 18, pp. 42-45, 1992.

approfondite potrebbero meglio adattarsi agli *Adult Protective Services* (APS) o all'intervista da parte di un "difensore civico". Inoltre, un modulo di valutazione più lungo potrebbe essere utilizzato come *follow-up* nei casi in cui lo *screening* con quello breve indichi un potenziale maltrattamento. Sebbene gli strumenti di *screening* siano stati messi a punto primariamente in risposta alle esigenze dei clinici, la scarsità delle ricerche nel campo del maltrattamento degli anziani ha impedito la loro evoluzione e il loro sviluppo.

Già dagli anni '80 vari studi hanno rimarcato il bisogno di ulteriore ricerca sull'argomento per standardizzare la terminologia e il metodo di investigazione.

Nonostante il progresso negli anni sia limitato, sono stati proposti alcuni strumenti per raccogliere i dati in modo standardizzato, rendendoli più versatili e utilizzabili nella risoluzione dei casi e nella raccolta dei dati di ricerca.

Il più grande ostacolo allo sviluppo di precisi strumenti di *screening* e valutazione è la mancanza di criteri standardizzati per la diagnosi e la convalida del maltrattamento. L'assenza di un biomarcatore definitivo o di test clinici rende la diagnosi dipendente da un insieme di dati oggettivi e soggettivi che i clinici esperti devono analizzare approfonditamente insieme al proprio team, ai colleghi degli *Adult Protective Services* e talvolta anche alle forze dell'ordine.

Si auspicano *consensus conference* sul tema nelle quali possano intervenire anche gli esperti di violenza domestica, data l'attinenza fra le due problematiche.

Nonostante la mancanza di un *gold standard* per lo *screening* dell'abuso sugli anziani, molti strumenti sono stati sviluppati, validati e utilizzati in vari contesti, quali ospedali, cliniche e in corso di assistenza domiciliare.

Gli anziani residenti in case di cura statunitensi sono valutati con il *Minimum Data Set* e altri strumenti e protocolli adeguati a questo tipo di assistenza.

Sebbene tutti gli strumenti proposti abbiano contenuti simili e siano diretti all'assistenza della vittima identificando la tipologia di abuso riscontrato, ci sono differenze significative su quale sia il focus, il format, la struttura e il tipo di dati raccolti da ogni strumento o protocollo.

Nell'articolo di riferimento si descrivono gli strumenti di *screening* proposti fino al momento di redazione dello stesso, di seguito verranno aggiunti anche i più recenti.

Conflict Tactics Scale - CTS

Sebbene non sia uno strumento creato specificamente per l'abuso sugli anziani è stato utilizzato a lungo per determinare se un individuo fosse stato minacciato o aggredito.

Sviluppato nel 1978¹⁵², la *Conflict Tactics Scale* è un'intervista usata per scoprire la percezione di turbamento e le circostanze lesive nella vita di una persona.

La versione originale consisteva in un self-report da 19 voci, ora ne esistono molteplici versioni supplementari.

Questo è lo strumento di *screening* più diffusamente utilizzato in questo ambito, può approcciare criteri standardizzati per l'abuso fisico e l'aggressione verbale, ma non contempla il neglect.

Può essere utilizzato con pazienti ricoverati o ambulatoriali.

Rathbone-McCuan and Voyles

¹⁵² Straus, «Family measurement techniques: the Conflict Tactics Scale,» in *Handbook of Family measurement techniques*, Newbury Park, Sage Publications Inc., 1978, p. 417.

Rathbone-McCuan e Voyles usano, nelle loro linee guida per l'osservazione domiciliare, un formato meno strutturato rispetto a quello precedentemente descritto¹⁵³. Per la valutazione, gli Autori identificano varie categorie, comprendenti indicatori fisici, osservazioni comportamentali dell'anziano e del *caregiver*, e osservazioni ambientali come l'inadeguata alimentazione o la presenza di mezzi di contenimento.

Suggerimenti generali vengono dati in merito alle domande da porre, mentre il loro contenuto specifico è lasciato alla discrezione e all'esperienza del medico.

Questo strumento non è stato testato in una grande varietà di scenari, inoltre le categorie proposte sono così ampie da non permettere un'accettazione univoca.

È indicato per chi ha poca esperienza di casi di abusi sugli anziani ed è adatto a tutti i *setting* clinici.

Subjective - Objective - Assessment - Plan Format

Johnson suggerisce questo strumento per raccogliere dati significativi dall'anziano e dal *caregiver*¹⁵⁴. Egli identifica specifiche domande e suggerisce delle osservazioni che il medico dovrebbe fare riguardo il paziente, il *caregiver* e la relazione tra i due. Il protocollo indirizza il medico a utilizzare dati soggettivi e oggettivi per determinare lo status del paziente, per esempio valutando il tipo di abuso e la sua più probabile eziologia.

L'inclusione di un'ipotesi eziologica è un grosso vantaggio di questo sistema perché può guidare il tipo di intervento da intraprendere. Per esempio in i provvedimenti da adottare in caso di neglect saranno diversi a seconda che il *caregiver* abbia commesso volontariamente il neglect oppure involontariamente.

Ha il vantaggio di essere breve, ma non è specificato quale sia il *setting* più idoneo per il suo utilizzo.

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test - H-S/EAST

L'Hwalek-Sengstock Elder Abuse *Screening* Test inizialmente contava più di mille voci che sono state accorpate in un questionario di 15 domande¹⁵⁵ per valutare la presenza e il grado di abuso fisico, di vulnerabilità e di situazioni potenzialmente abusive.

1. Hai qualcuno che passi del tempo con te, che ti porti a fare la spesa o dal dottore?
2. Stai contribuendo a mantenere qualcuno?
3. Sei spesso triste o solo?
4. Chi prende le decisioni riguardo la tua vita - del tipo come dovresti vivere o dove dovresti vivere?
5. Ti senti a disagio con qualcuno della tua famiglia?
6. Hai la possibilità di prendere le tue medicine e di andare in giro da solo?
7. Hai la sensazione che nessuno ti voglia attorno?
8. C'è qualcuno nella tua famiglia che beve molto?
9. C'è qualcuno nella tua famiglia che ti costringe a stare a letto o che ti dice che tu sei malato quando invece non lo sei?

¹⁵³ Rathbone-McCuan e Voyles, «Elderly victims of family violence and neglect,» *Journal of Social Casework*, vol. 61, pp. 296-304, 1980.

¹⁵⁴ Johnson, «Abuse of the Elderly,» *The Nurse Practitioner*, vol. 6, pp. 29-34, 1981

¹⁵⁵ Hwalek e Sengstock, «Assessing the probability of abuse of the elderly: towards the development of a clinical screening instrument,» *Journal of Applied Gerontology*, vol. 5, pp. 153-173, 1986.

10. Qualcuno ti ha costretto a fare cose che non volevi fare?
11. Qualcuno ti ha preso delle cose che ti appartengono senza il tuo consenso?
12. Ti fidi della maggior parte delle persone della tua famiglia?
13. C'è qualcuno che ti dice che tu dai loro troppi problemi?
14. Hai abbastanza *privacy* a casa?
15. C'è qualcuno vicino a te che ha provato a offenderti o a farti del male recentemente?

L'H-S/EAST è uno strumento di facile utilizzazione e di veloce compilazione; è considerato un promettente strumento di ricerca, ma è necessario trovare un modo per distinguere l'abuso fisico dalle altre forme di maltrattamento.

È un test breve, adatto per essere usato in ambulatori e reparti di emergenza.

Brief Abuse Screen for Elders - BASE

Il Brief Abuse Screen for Elders è un test di sole cinque domande che indagano direttamente il sospetto di abuso, per cui può essere completato in un minuto¹⁵⁶. Può essere completato solo da personale adeguatamente formato.

Il BASE è progettato per lo *screening* di anziani che siano *caregiver* o *careereceiver*, e non prende in considerazione alcun fattore legato al self-neglect.

Questo strumento riscuote un gradimento tra il personale formato per la sua somministrazione che va dall'86% al 90% e mostra una correlazione tra i suoi risultati e l'effettiva distinzione tra *caregiver* abusivi e non abusivi.

Il BASE può essere utile da usare in situazioni cliniche impegnative, ma non è chiaro come la formazione debba essere compiuta e valutata.

Per la sua rapidità è consigliabile proporlo in reparti di emergenza e ambulatori.

Caregiver Abuse Screen - CASE

Questo strumento è nato¹⁵⁷ con lo scopo di individuare gli abusi sugli anziani e dovrebbe essere somministrato a tutti i *caregiver*, sia nel caso in cui si sospetti un abuso che nel caso in cui non si sospetti.

La risposta affermativa a ogni domanda può fare nascere una discussione che potrebbe rivelare abuso e/o neglect che altrimenti rimarrebbero taciuti.

Oltre all'eventuale scoperta di abuso attuale, le risposte del *caregiver* alle domande del CASE potrebbero essere indicative di tensioni e di tendenze che potrebbero, in futuro, degenerare in abuso; in questi casi sarà necessario un approccio interventistico per cercare di prevenire l'attuazione dell'abuso¹⁵⁸.

Le 8 domande (a risposta chiusa: sì/no) da rivolgere al *caregiver* sono le seguenti (i puntini vanno sostituiti di volta in volta con il nome dell'anziano):

- Qualche volta hai dei problemi nel far sì che controlli il suo umore e la sua aggressività?

¹⁵⁶ Reis, Nahmiash e Shrier, «When seniors are abused: an intervention model,» *The Gerontologist*, vol. 35, pp. 666-671, 1995.

¹⁵⁷ Reis, Nahmiash e Shrier, «When seniors are abused: an intervention model,» *The Gerontologist*, vol. 35, pp. 666-671, 1995.

¹⁵⁸ National Initiative for the Care of the Elderly, «Caregiver Abuse Screen,» Febbraio 2010. [Online]. Available: www.nicenet.ca.

- Ti senti spesso come se fossi forzato ad agire in modo innaturale o a fare cose che successivamente ti fanno stare male?
- Trovi che il modo di comportarsi di sia difficile da gestire?
- Qualche volta ti senti costretto ad essere duro nei confronti di?
- Qualche volta ti sembra di non potere fare ciò che sarebbe veramente necessario o che dovrebbe essere fatto per?
- Ti senti spesso di dovere ignorare o trascurare?
- Ti senti spesso così stanco e sfinite da non riuscire a venire incontro alle necessità di?
- Ti senti spesso di dovere urlare verso?

Al termine del test si conta il numero di risposte affermative: più alto è, più probabile è la presenza di abuso. Ogni risposta affermativa dovrebbe inoltre essere approfondita per ottenere ulteriori informazioni cliniche: l'intervistatore dovrebbe chiedere al *caregiver* di spiegare nel dettaglio il motivo della propria risposta.

Screening Tools and Referral Protocols - STRP

Lo STRP è un protocollo sviluppato da un team multidisciplinare dello stato dell'Ohio¹⁵⁹. L'obiettivo era quello di migliorare l'individuazione di abusi sugli anziani associando la formazione del personale, lo *screening* e le strategie di intervento specifiche dello stato. Questo strumento è complesso ed è composto dall'Actual Abuse Tool (che descrive dettagli e circostanze di un abuso conclamato), dal *Suspected Abuse Tool* (che riconosce i segni e i sintomi di un sospetto abuso avvenuto), dal *Risk of Abuse Tool* (che identifica i fattori di rischio per un possibile abuso) e dal *Referral Protocol* che comprende 24 strumenti che riguardano temi quali le capacità funzionali e cognitive. Data la complessità e la lunghezza di questi protocolli, gli ideatori stessi stanno cercando accorciare e semplificare questo strumento. Fornisce numerose informazioni qualitative e quantitative ma, anche se non specificato, a causa della sua lunghezza è più indicato utilizzarlo negli ambienti clinici più tranquilli, come case di cura e reparti geriatrici.

Abuse Assessment Screen-Disability - AAS-D

Questo strumento è stato specificatamente messo a punto per le donne con disabilità¹⁶⁰. Consiste in un questionario cui deve rispondere la donna in prima persona, con l'intento di incoraggiarla a riportare eventuali abusi subiti. La donna può indicare, oltre alla risposta sì/no, chi sia la persona che abusa di lei (da scegliere fra: partner, *caregiver*, operatore sanitario, parente o altro), e lascia uno spazio per dei commenti aggiuntivi.

Un suo limite è quello di non indagare l'abuso psicologico e finanziario.

Le domande presentate sono le seguenti:

¹⁵⁹ Anetzberger, Bass e Ejaz, «Screening Tools and Referral Protocols stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers,» *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 13, pp. 23-38, 2001.

¹⁶⁰ McFarlane, Hughes, Nosek, Groff, Swedlund e Mullen, «Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse towards women with physical disabilities,» *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, vol. 10, n. 9, pp. 861-866, 2001.

- Nell'ultimo anno sei stata colpita, schiaffeggiata, spinta, stratonata, presa a calci da qualcuno o hai subito altri tipi di danno fisico?
- Nell'ultimo anno qualcuno ti ha costretto a praticare attività sessuali?
- Nell'ultimo anno qualcuno ti ha impedito di usare sedia a rotelle, bastone, respiratore o qualsiasi altro dispositivo assistenziale?
- Nell'ultimo anno, qualcuno da cui dipendi si è rifiutato di aiutarti in una tua importante necessità personale come prendere le medicine, andare al bagno, scendere dal letto, fare il bagno, vestirti o mangiare e bere?

Questo test però, come si evince dalla denominazione, è destinato a una parte specifica della popolazione anziana, e non sarebbe perciò adatto a uno screening a tappeto della stessa.

Vulnerability to Abuse Screening Scale - VASS

Come il precedente, anche questo strumento è rivolto alle donne, affinché lo compilino in prima persona.

La realizzazione di questo strumento è basata sul precedente H-S/EAST.

Lo scopo del VASS è quello di individuare le donne a rischio di abuso tramite 12 domande a risposta chiusa (sì/no).

La proposta che era stata fatta per fare uno *screening* meno selettivo possibile era quella di fare recapitare il questionario alle donne tramite posta¹⁶¹.

Le domande presentate sono:

- Sei spaventata da qualcuno della tua famiglia?
- C'è qualcuno vicino a te che ha provato a offenderti o a farti del male recentemente?
- Qualcuno vicino a te ti ha recentemente insultata, fatta sentire giù o fatta sentire male?
- Hai abbastanza *privacy* a casa?
- Ti fidi della maggioranza delle persone della tua famiglia?
- Hai la possibilità di prendere le tue medicine e di andare in giro da sola?
- Sei spesso triste o solo?
- Hai la sensazione che nessuno ti voglia attorno?
- Ti senti a disagio con qualcuno della tua famiglia?
- C'è qualcuno nella tua famiglia che ti costringe a stare a letto o che ti dice che tu sei malato quando invece non lo sei?
- Qualcuno ti ha costretto a fare cose che non volevi fare?
- Qualcuno ti ha preso delle cose che ti appartengono senza il tuo consenso?

Come detto per lo strumento precedente, nemmeno questo test permette di fare uno screening a tappeto della popolazione anziana, ma agisce soltanto quella di sesso femminile.

1.8 Linee-guida dell'American Medical Association

Le linee guida più diffuse sono quelle stilate dall'American Medical Association nel 1992¹⁶², la cui ultima revisione risale al 2006.

¹⁶¹ Schofield e Mishra, «Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study,» *The Gerontologist*, vol. 43, n. 1, pp. 110-120, 2003.

Questa linea guida invita i medici ad associare domande a risposta chiusa (sì/no) riguardanti l'abuso, alla storia clinica e all'esame fisico del paziente per arrivare a una diagnosi. Questo è un protocollo eccessivamente lungo che non si presta a una rapida valutazione, inoltre deve essere svolto da medici esperti nel settore.

Le domande previste sono le seguenti:

1. Sei mai stato colpito da qualcuno a casa?
2. Qualcuno ti ha mai toccato senza il tuo consenso?
3. Qualcuno ti ha mai fatto fare delle cose che non volevi fare?
4. Qualcuno ha mai preso qualcosa di tuo senza chiederlo?
5. Qualcuno ti ha mai sgridato o minacciato?
6. Qualcuno ti ha mai fatto firmare dei documenti che tu non capivi?
7. Hai paura di qualcuno a casa?
8. Passi molto tempo da solo?
9. Qualcuno non è riuscito ad aiutarti a prenderti cura di te quando avevi bisogno?

Se ad anche una sola delle precedenti domande viene risposto affermativamente è necessario proseguire l'indagine per determinare come e quando sia avvenuto il maltrattamento, chi lo abbia perpetrato e come il paziente lo abbia percepito e affrontato.

Agenzie di stato, clinici e ricercatori hanno sviluppato altre *checklist* per varie ambiti sanitari, come reparti di emergenza e ambulatori. Queste sono basate soprattutto su studi descrittivi e spesso non contemplano il neglect oppure non discriminano tra malattia e maltrattamento. Tali strumenti possono essere poco agevoli da usare, e a causa di limiti di tempo, mancanza di dati empirici riguardo alla loro sensibilità e specificità, e all'incertezza riguardo al *follow-up*, i medici non sono convinti circa il loro utilizzo.

Elder Abuse Suspicion Index - EASI

Il questionario EASI è stato sviluppato¹⁶³ per fare nascere nel medico intervistatore il sospetti di abuso sull'anziano, in modo da poterlo poi riferire ai servizi sociali, agli *Adult Protective Services* o a chi di dovere. Questo strumento è stato infatti concepito per essere somministrato dai medici di famiglia ai pazienti cognitivamente integri in un contesto ambulatoriale.

È composto da 6 domande, 5 delle quali da porre direttamente all'anziano, mentre nell'ultima si richiede una risposta del medico stesso dopo un'attenta valutazione dell'anziano.

Le domande presentate fanno riferimento a tutto l'anno precedente:

- Fai affidamento su altre persone per una o più delle seguenti attività: fare il bagno, vestirti, fare la spesa, operazioni bancarie o preparare i pasti?
- Qualcuno ti ha impedito di prendere del cibo, dei vestiti, delle medicine, gli occhiali, apparecchi per l'udito e altri presidi sanitari o di stare con persone con cui avresti voluto stare?
- Ti sei agitato perché qualcuno ti ha parlato in un modo che ti ha fatto vergognare o sentire minacciato?
- Qualcuno ti ha costretto a firmare documenti o a usare il tuo denaro contro la tua volontà?

¹⁶² American Medical Association, *Diagnostica and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*, Chicago: American Medical Association, 1992.

¹⁶³ Yaffe, Wolfson e Lithwick, «Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicious Index (EASI),» *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 20, pp. 276-300, 2008.

- Qualcuno ti ha spaventato, toccato in un modo in cui non avresti voluto, o ti ha fatto del male fisico?
- Per il medico. L'abuso sugli anziani può essere associato con segni quali: scarso contatto visivo, atteggiamento ritirato, malnutrizione, problemi igienici, tagli, ecchimosi, abbigliamento inappropriato o problemi di *compliance* farmacologica. Hai notato qualcuno di questi segni oggi o negli ultimi 12 mesi?

Se alle domande dalla 2 alla 6 vengono date una o più risposte affermative, il medico deve prendere atto della possibile situazione abusiva.

Se dal test risulta almeno una risposta positiva la sensibilità e la specificità per l'abuso sono risultate essere rispettivamente di 0,47 e di 0,75¹⁶⁴.

Health, Attitudes toward aging, Living arrangements and Finances assessment – H.A.L.F.

Alcuni Autori considerano l'abuso sugli anziani come un problema di dinamiche familiari e di conseguenza hanno sviluppato uno strumento chiamato H.A.L.F., un acronimo dei quattro fattori indagati: *Health, Attitudes toward aging, Living arrangements, Finances*¹⁶⁵.

Il modulo H.A.L.F. usa una scala Likert per valutare vari aspetti della vita dell'anziano, come il suo stato di salute, l'atteggiamento della famiglia nei suoi confronti, la sistemazione abitativa e la situazione finanziaria.

La scala Likert è una tecnica per la misura dell'atteggiamento. Tale tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni (tecnicamente definite item) che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto¹⁶⁶.

Lo strumento invita l'utilizzatore a indicare la frequenza (quasi sempre, alcune volte, mai) con cui avviene un determinato evento (ad esempio una lesione di causa ignota).

Gli Autori sostengono che in base alle risposte fornite si possa determinare la presenza e la gravità di un eventuale abuso.

Alle domande del questionario risponde il medico intervistatore dopo un incontro contemporaneo con l'anziano e il *caregiver*.

Le domande alle quali deve rispondere l'esaminatore sono suddivise in 7 categorie¹⁶⁷:

- 1) Dinamiche di rischio dell'anziano:
 - a) Salute precaria;
 - b) Eccessivamente dipendente dal figlio adulto;
 - c) Un tempo era eccessivamente dipendente dal coniuge, ora deceduto;
 - d) Insiste nel consigliare, ammonire e nel dare direttive al figlio adulto da cui è dipendente;
- 2) Dinamiche di abuso dell'anziano:
 - a) Presenta una lesione inspiegata o ripetuta;
 - b) Mostra segni di disidratazione e/o malnutrizione senza causa evidente;

¹⁶⁴ Yaffe, Wolfson e Lithwick, «Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicious Index (EASI),» *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 20, pp. 276-300, 2008.

¹⁶⁵ Ferguson e Beck, «H.A.L.F. - A tool to assess elder abuse within the family,» *Geriatric Nursing*, vol. 4, pp. 301-304, 1983.

¹⁶⁶ Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

¹⁶⁷ Ferguson e Beck, «H.A.L.F. - A tool to assess elder abuse within the family,» *Geriatric Nursing*, vol. 4, pp. 301-304, 1983.

- c) Ha assunto cibo, bevande e/o farmaci inappropriati;
 - d) Mostra segni di scarsa cura globale;
 - e) È particolarmente passivo e ritirato;
 - f) Ha contratture muscolari causate dall'essere stato legato;
- 3) Dinamiche di rischio del figlio adulto/*caregiver*:
- a) È stato abusato o picchiato da bambino;
 - b) Scarsa autostima;
 - c) Capacità limitata di esprimere i propri bisogni;
 - d) Fa abuso di alcol, di farmaci o droghe;
 - e) Psicologicamente impreparato ad affrontare la dipendenza del genitore da lui;
 - f) Nega la malattia del genitore;
- 4) Dinamiche di abuso del figlio adulto/*caregiver*:
- a) Mostra segni di perdita di controllo o di paura di perdere il controllo;
 - b) Espone una storia contraddittoria;
 - c) Scarica la responsabilità dell'incidente su terzi;
 - d) Ha ritardato nel condurre l'anziano dove possa ricevere assistenza; si mostra distaccato;
 - e) Reagisce in modo eccessivo o eccessivamente blando alla serietà della situazione;
 - f) Si lamenta continuamente per problemi irrilevanti non correlati all'incidente;
 - g) Rifiuta il consenso per ulteriori studi diagnostici;
- 5) Atteggiamento verso l'invecchiamento:
- a) L'anziano considera sé stesso negativamente a causa dell'invecchiamento;
 - b) Il figlio adulto considera negativamente l'anziano a causa del processo di invecchiamento;
 - c) Atteggiamento negativo nei confronti dell'invecchiamento;
 - d) Il figlio adulto ha aspettative non realistiche di sé e dell'anziano;
- 6) Modalità di vita:
- a) Gli anziani insistono nel mantenere vecchie abitudini di indipendenza che interferiscono con i bisogni del figlio adulto o mettono in pericolo loro stessi;
 - b) Invasivo, non permette al figlio adulto nessuna *privacy*;
 - c) Il figlio adulto è socialmente isolato;
 - d) Il figlio adulto non ha nessuno che lo consoli nei momenti di tensione con l'anziano;
 - e) L'anziano è socialmente isolato;
 - f) L'anziano non ha nessuno che lo consoli nei momenti di tensione con il figlio adulto;
- 7) Finanze:
- a) L'anziano è solito regalare denaro per controllare gli altri, in particolare il figlio adulto?
 - b) Si rifiuta di chiedere un aiuto economico;
 - c) I risparmi sono stati esauriti;
 - d) Il figlio adulto è economicamente impreparato per soddisfare i bisogni dell'anziano.

Richiede un lungo periodo di osservazione sia dell'anziano che del *caregiver*; utilizzabile in tutti i contesti clinici.

Elder Assessment Instrument - EAI

L'EAI è uno strumento che fa la sua prima comparsa in letteratura nel 1984¹⁶⁸.

¹⁶⁸ Fulmer, Street e Carr, «Abuse of the elderly: Screening and detection,» *Journal of Emergency Nursing*, vol. 3, n. 10, pp. 131-140, 1984.

Questo strumento include una valutazione generale dell'anziano, comprensiva di esame fisico, valutazione del livello di indipendenza nella vita quotidiana, valutazione dello stato sociale, valutazione medica e una sezione riassuntiva.

Ogni sezione è affiancata da una scala di tipo Likert e una sezione per i commenti aggiuntivi. La suddetta sezione riassuntiva permette al compilatore del modulo di indicare la probabilità della presenza di ciascun tipo di abuso.

Sebbene tramite questo strumento si raccolgano i dati con un metodo quantitativo, a differenza dell'H.A.L.F., non si tenta di dare un punteggio o di interpretare i risultati in maniera quantitativa. Il riepilogo finale deriva dall'interpretazione clinica dei reperti delle sezioni precedenti¹⁶⁹.

Siccome i team per lo studio del maltrattamento degli anziani e i team di ricerca nei reparti di emergenza hanno utilizzato con successo l'EAI, esso può essere considerato appropriato anche per l'uso negli ambienti clinici più movimentati.

Viene di seguito presentata la lista di voci che il professionista deve determinare assegnando a ciascuna una valutazione *tra* "very good", "good", "poor", "very poor", o "unable to assess"¹⁷⁰:

- Valutazione generale:
 - Vestiario;
 - Igiene;
 - Nutrizione;
 - Integrità Cutanea;
 - Commenti aggiuntivi;
- Indicatori di possibile abuso fisico e sessuale:
 - Ecchimosi;
 - Lacerazioni;
 - Fratture;
 - Multiple ecchimosi o fratture a differenti stadi di guarigione;
 - Evidenza di abuso sessuale;
 - Dichiarazioni dell'anziano correlate all'abuso;
 - Commenti aggiuntivi;
- Indicatori di possibile neglect:
 - Contratture;
 - Piaghe da decubito;
 - Disidratazione;
 - Diarrea;
 - Depressione;
 - Costipazione;
 - Malnutrizione;
 - Infezione urinaria;
 - Scarsa igiene;
 - Mancata risposta alla segnalazione di una malattia evidente;
 - Farmacoterapia inadeguata (ipo o iper);
 - Ripetuti ricoveri in ospedale dovuti al probabile insuccesso nella sorveglianza sanitaria;
 - Dichiarazione dell'anziano correlata al neglect;

¹⁶⁹ Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, «Progress in elder abuse screening and assessment instruments,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n. 2, pp. 297-304, 2004.

¹⁷⁰ Fulmer, «Screening for Mistreatment of older adults,» *The American Journal of Nursing*, vol. 108, n. 12, pp. 52-59, 2008.

- Commenti aggiuntivi;
- Indicatori di possibile sfruttamento:
 - Uso improprio del denaro;
 - Dimostrazione;
 - Segnalazione di richieste di beni in cambio di servizi;
 - Incapacità di rendere conto del denaro/delle proprietà;
 - Dichiarazione dell'anziano correlata allo sfruttamento;
 - Commenti aggiuntivi;
- Indicatori di possibile abbandono:
 - Dimostrazione che il *caregiver* abbia interrotto precipitosamente l'assistenza senza predisporre un'alternativa;
 - Dimostrazione che l'anziano sia lasciato solo in un ambiente non sicuro per lunghi periodi senza un supporto adeguato;
 - Dichiarazione dell'anziano correlata all'abbandono;
 - Commenti aggiuntivi.

Un soggetto dovrebbe essere segnalato ai servizi sociali se¹⁷¹:

1. Ci fosse un'evidenza di maltrattamento senza esaustiva spiegazione clinica;
2. Ci fosse una lamentela di maltrattamento da parte dell'anziano stesso;
3. Il medico ritenesse probabile l'abuso, il neglect, lo sfruttamento e l'abbandono o a elevato rischio.

Richiede addestramento, perciò è compilato dai medici responsabili dello *screening* del maltrattamento degli anziani; è facilmente gestibile a casa, in clinica, in ospedale e nei reparti di emergenza.

Gli studi statistici mostrano che l'EAI possiede una sensibilità del 71% e una specificità del 93%.

L'Alpha di Cronbach (tale coefficiente descrive la coerenza interna di determinati gruppi di item; in generale, nello studio di un questionario di atteggiamenti, elevati valori di alpha indicano che i soggetti esaminati esprimono un atteggiamento coerente riguardo a ciascun item appartenente a ciascuna dimensione) è risultata essere di 0,84 in un campione di 501 anziani che sono stati testati in un reparto di emergenza.

I punti di forza di questo strumento sono la rapidità con cui può essere somministrato (richiede tra i 12 e i 15 minuti di tempo) e la sua capacità di sensibilizzare i clinici a effettuare lo *screening* per il maltrattamento degli anziani.

L'assenza di un punteggio è il primo limite di questo strumento.

La bassa specificità è una limitazione in quanto se la percentuale di falsi positivi è troppo alta c'è il rischio di accusare di maltrattamenti un *caregiver* innocente.

Indicators of Abuse Screen - IOA

Inizialmente l'Indicators of Abuse Screen era un questionario da 48 voci, successivamente ridotte, fino ad arrivare all'ultima versione che riporta 27¹⁷².

Questo strumento è una raccolta di segnali di alto rischio di abuso; è utilizzabile in vari contesti clinici, anche i più movimentati; è utile per sensibilizzare i professionisti sull'importante problema

¹⁷¹ Fulmer, «Screening for Mistreatment of older adults,» *The American Journal of Nursing*, vol. 108, n. 12, pp. 52-59, 2008.

¹⁷² Reis e Nahmiash, «Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen,» *The Gerontologist*, vol. 38, pp. 471-480, 1998.

dell'abuso sugli anziani, ed è usato anche per educare i volontari a riconoscere i più comuni segni di abuso.

Sembra che abbia un ottimo potenziale come *strumento di ricerca* ma è troppo lungo per essere usato nella maggior parte della pratica medica, dei servizi sociali, degli APS.

Dopo una valutazione domiciliare o ospedaliera accurata della durata di 2-3 ore (si tengono in considerazione anche l'età del *caregiver* e la relazione che c'è fra questo e l'assistito) il medico è chiamato ad assegnare un punteggio (da 0 a 4) per ogni voce presentata:

Caregiver:

- Ha problemi comportamentali;
- È finanziariamente dipendente;
- Ha difficoltà mentali/emotive;
- Ha problemi legati all'abuso di alcol o droghe;
- Ha aspettative irrealistiche;
- Non comprende le condizioni mediche dell'assistito;
- Si rifiuta di prestare cure;
- È in conflitto con il coniuge/con la famiglia;
- Attualmente ha scarse relazioni sociali;
- Non è esperto nell'assistenza;
- È l'accusatore
- In passato ha avuto scarse relazioni sociali.

Anziano assistito:

- È stato abusato in passato;
- È in conflitto con il coniuge/con la famiglia;
- Non comprende le proprie condizioni mediche;
- È socialmente isolato;
- Ha problemi comportamentali;
- È finanziariamente dipendente;
- Ha aspettative irrealistiche;
- Ha problemi legati all'abuso di alcol o farmaci;
- Attualmente ha scarse relazioni sociali;
- Ha cadute/lesioni sospette;
- È l'accusatore;
- È dipendente psicologicamente;
- Non ha un medico che vede regolarmente.

Il punteggio totale (compreso fra 0 e 108) fornisce una stima della probabilità di abuso e, in generale, più alto è, più sarà verosimile essere in presenza di abuso.

Se il punteggio totale è uguale o inferiore a 4 indica che probabilmente non c'è abuso, mentre da 16 in poi è fortemente suggestivo di abuso.

Un indicatore isolato, di per sé, non indica abuso, ma vanno comunque indagati tutti gli indicatori ai quali venga assegnato anche solo un punto¹⁷³.

¹⁷³ Reis e Nahmiash, «Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen,» *The Gerontologist*, vol. 38, pp. 471-480, 1998.

Elder Abuse Diagnosis and Intervention Model

Questo metodo è un approccio più complesso ed eclettico alla valutazione dell'abuso: unisce interviste strutturate all'anziano e al *caregiver*, una valutazione funzionale comprendente il *Mini Mental State Examination* e una valutazione standardizzata nell'abilità di compiere le attività della vita quotidiana e una valutazione fisica, includente una rappresentazione grafica delle lesioni. Suggerisce inoltre contatti con persone che siano familiari all'anziano, come parenti, amici, vicini e infermieri domiciliari.

Il vantaggio di questo protocollo è il suo potenziale di creare un quadro generale dell'anziano, del suo *caregiver*, e delle situazione relazionale tra i due.

I limiti di questo strumento sono invece la sua lunghezza e la riluttanza di alcuni professionisti di toccare i vari ambiti dell'indagine senza essere certi di ottenere dei risultati¹⁷⁴.

Consente un inquadramento approfondito della situazione e lo sviluppo dei piani di intervento; è uno strumento idoneo per l'utilizzo da parte dei servizi sociali.

Three-dimensional Tool

Nonostante fino ad oggi siano stati proposti innumerevoli strumenti di *screening* per gli abusi sugli anziani, nessuno di questi è stato accettato all'unanimità e adottato come *gold standard*. La mancanza di accordo sulla validità di questi strumenti fa sì che la ricerca proceda e che si sviluppino nuovi modelli sempre più completi. Ne è un esempio quello proposto da Cohen et al.¹⁷⁵, per i quali la soluzione migliore sarebbe quella di unire diversi strumenti già esistenti per la creazione di un "*three-dimensional model*" che valuti la presenza di fattori di rischio per l'abuso, la presenza di indicatori di abuso in atto e un'intervista diretta all'anziano. Infatti, la scarsa attendibilità di un responso dato da un singolo strumento può essere migliorata utilizzando contemporaneamente tre strumenti di diversa natura e complementari tra loro. In particolare, gli strumenti proposti per un modello a tre dimensioni sarebbero di tre tipologie specifiche:

- *Direct Questioning Tools*: consistono in una serie di domande poste direttamente dal medico all'anziano oppure gestite come un questionario da compilarsi autonomamente. Questi questionari hanno lo scopo di spingere l'anziano a rivelare maltrattamenti subiti da *caregiver* o altri nel caso in cui questi sono avvenuti. Questi strumenti sono idonei per scoprire abusi nei pazienti cognitivamente integri. Questo tipo di strumenti sono un importante elemento nel processo di *screening*; sebbene la maggior parte degli anziani non rivelerebbe spontaneamente a qualcuno gli abusi subiti, alcuni potrebbero rivelarli rispondendo a una domanda diretta posta da un medico di fiducia. D'altra parte altri potrebbero continuare comunque a negare. Inoltre è necessario usare cautela in quanto dei falsi positivi potrebbero risultare da conflitti familiari, sentimenti di rabbia e ostilità nei confronti di membri della famiglia. Gli strumenti di questa categoria più utilizzati sono *l'H-S/EAST*, *il VASS*, *l'EASI*, *il CASE* e *il Self Disclosure Tool*.
- *Signs of Abuse Tools*: consistono principalmente in liste di segni reali derivanti da differenti tipi di abuso, così come ecchimosi sospette o bruciate (abuso fisico), trasferimenti di beni

¹⁷⁴ Tomita, «Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals,» *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 2, pp. 37-51, 1982.

¹⁷⁵ Cohen, Halevy-Levin, Gagin e Friedman, «Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, n. 8, pp. 1224-1230, 2007.

(abuso finanziario), scarsa igiene o disidratazione (neglect). L'identificazione dei segni di abuso richiede abilità ed esperienza per non incappare in errori; infatti nelle persone anziane è spesso difficile distinguere i segni di maltrattamento da quelli di possibili malattie. Ancora più problematica è l'identificazione dell'abuso psicologico, che generalmente si manifesta con apatia, depressione e paure, congruenti con la reazione degli anziani alle perdite, alle malattie e al deterioramento cognitivo. Anche lo *screening* per i segni di neglect non consente una differenziazione tra il neglect e il self-neglect, anche se entrambi questi tipi di neglect richiedono un intervento immediato. Gli strumenti per l'identificazione dei segni di abuso sono anche validi per accrescere la consapevolezza dei medici e il livello di allerta nei confronti dei vari possibili segni di abuso. A questo scopo sono utilizzati l'EAI¹⁷⁶ e varie liste di segni di abuso (fisico, sessuale, finanziario, psicologico e neglect) stilate dal Mount Sinai Hospital e da Neale¹⁷⁷.

- *Risk of Abuse Tools*: questo gruppo di strumenti si focalizza sullo *screening* degli indicatori del rischio di abuso anche in assenza di evidenti segni di abuso o nei casi in cui gli anziani non abbiano riportato gli abusi. La necessità di questo tipo di *screening* deriva dal divario tra il numero stimato di anziani soggetti ad abuso e il numero degli effettivi casi di abuso accertati. Inoltre, siccome studi precedenti hanno mostrato che molti degli anziani a rischio siano realmente vittime di abuso, un accurato esame degli indicatori di rischio può aiutare a identificare tali individui per poi condurre una valutazione più completa e accurata. La presenza di indicatori di rischio non è di per sé sinonimo di abuso vero e proprio ma è più un segnale di potenziale pericolo. Ejaz¹⁷⁸ asserisce che l'identificazione degli indicatori di rischio è complessa per la difficoltà di identificare i fattori di rischio e di valutarli nel particolare contesto dell'anziano e delle circostanze familiari. Inoltre è necessaria un'ulteriore ricerca per aumentare la nostra comprensione degli indicatori di rischio che potrebbero essere specifici di sesso e cultura. Parecchi punti dovrebbero essere tenuti in considerazione in una revisione della letteratura degli strumenti di *screening* per gli indicatori del rischio di abuso.

Per esempio, esistono caratteristiche degli anziani e dei *caregiver* che possono essere evidenti in situazioni di abuso ma che tuttavia non sono specifici fattori di rischio: Reis e Nahmiash¹⁷⁹ asseriscono che molti *caregiver*, abusatori e non, siano stressati, e che conseguentemente lo stress di per sé non possa essere considerato un fattore di rischio.

In secondo luogo la lista dei possibili indicatori di rischio è lunga. Gli strumenti di *screening* dovrebbero includere quegli indicatori di rischio che siano stati ritenuti i più potenti predittori di abusi effettivi come comprovati da rigorose procedure di ricerca¹⁸⁰.

Esistono anche alcune controversie tra vari gruppi di professionisti riguardo la necessità di eseguire *screening* per i fattori di rischio¹⁸¹. Descrivendo la costruzione dell'EASI gli Autori riportano che gli assistenti sociali e i medici hanno diverse opinioni riguardo la necessità di

¹⁷⁶ Fulmer, Street e Carr, «Abuse of the elderly: Screening and detection,» *Journal of Emergency Nursing*, vol. 3, n. 10, pp. 131-140, 1984.

¹⁷⁷ Neale, Hwalek e Scott, «Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test,» *Journal of Applied Gerontology*, vol. 10, pp. 406-415, 1991.

¹⁷⁸ Anetzberger, Bass e Ejaz, «Screening Tools and Referral Protocols stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers,» *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 13, pp. 23-38, 2001.

¹⁷⁹ Reis e Nahmiash, «Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen,» *The Gerontologist*, vol. 38, pp. 471-480, 1998.

¹⁸⁰ Ibidem

¹⁸¹ Yaffe, Wolfson e Lithwick, «Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicious Index (EASI),» *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 20, pp. 276-300, 2008.

eseguire lo *screening* per i fattori di rischio: i medici hanno infatti sollevato dubbi relativamente all'efficacia dei fattori di rischio di predire un abuso.

Molti strumenti di *screening* per identificare gli indicatori di rischio sono descritti nella letteratura: Bass et al., Neale et al., IOA e E-IOA.

Queste tre diverse tipologie di *screening* potrebbero sovrapporsi considerevolmente nelle loro definizioni di abuso, ma è stato dimostrato che ogni tipologia identifica casi non riconosciuti dalle altre due. Un confronto tra le tre tipologie¹⁸² riporta che solo il 70% di coloro che avevano ammesso di avere subito un abuso tramite questionario erano stati identificati attraverso segni evidenti ed erano stati classificati come ad alto rischio. Inoltre coloro che avevano ammesso di essere stati abusati tramite questionario tendevano a riportare solo abuso fisico e sessuale. Spesso le decisioni di indagare ulteriormente casi di presunto abuso sono prese in situazioni di incertezza: è difficile discernere per esempio tra una donazione volontaria di denaro o beni rispetto a una avvenuta in seguito a pressioni, oppure tra limitare la libertà di movimento per ragioni di sicurezza personale o per atteggiamenti abusivi. Quindi più tipologie di *screening* vengono applicate, meno ambigua sarà l'analisi corretta. Ciononostante è riconosciuto che i professionisti generalmente non hanno il tempo, le condizioni o le abilità di mettere in atto uno *screening* a tre livelli.

La validità dello *screening* tramite un "three-dimensional tool" è confermata da uno studio del 2013¹⁸³: attraverso un processo analitico approfondito è risultato che esso è utile ed efficiente nello *screening* di abuso sugli anziani che usufruiscono di servizi sociali e di welfare, a livelli accettabili di sensibilità e specificità. In particolare, lo strumento utilizzato per l'identificazione del rischio di abuso (la versione breve dell'E-IOA, progettata per essere compatibile con le esigenze organizzative del personale sanitario e con la necessità di ripetere frequentemente lo *screening*) si è dimostrato un ottimo predittore, attraverso i test in vari tipi di comunità e città caratterizzate da diversi gruppi socio-economici ed etnici. Lo studio ha rivelato, inoltre, che un uso sistematico e routinario degli strumenti di *screening* riveste un ruolo importante nella corretta identificazione: questa non si può ottenere attraverso atti singoli ma passa da una prassi operativa che deve ripetersi periodicamente.

Gli ottimi risultati statistici degli strumenti e l'inserimento nell'operatività routinaria potrebbero, tuttavia, non essere sufficienti.

Siccome i comportamenti individuali e le relazioni interpersonali sono uniche e non generalizzabili, nessuno strumento di *screening* può essere in grado comprendere tutti i fattori di rischio: la sensibilità alle contingenze individuali (o legate agli usi e alle norme culturali locali¹⁸⁴) e il giudizio professionale sono necessari a prescindere dallo strumento utilizzato.

Citando altri fattori identificabili come limiti degli studi, nella validazione degli strumenti non sono state considerate approfonditamente le differenze individuali tra i potenziali perpetratori e le potenziali vittime di abuso in relazione alla tipologia di azione abusiva. Per esempio nella valutazione del neglect non si sono considerati eventuali tendenze dell'anziano al self-neglect, oppure gli abusi sessuali di lunga data perpetrati dal coniuge non si sono distinti da quelli insorti in età anziana. Infine la natura un tantum dello studio necessiterebbe di futuri *follow-up*, in primo luogo per verificare i dati degli anziani risultati a rischio di abuso.

¹⁸² Cohen, Halevy-Levin, Gagin e Friedman, «Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse,» *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, n. 8, pp. 1224-1230, 2007.

¹⁸³ Cohen, «The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults,» *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 57, pp. 243-249, 2013.

¹⁸⁴ Tam e Neysmith, «Disrespect and isolation: elder abuse in chinese communities,» *Canadian Journal of Aging*, vol. 25, pp. 141-151, 2006.

CAPITOLO II

Riflessi penali e civili della violenza sull'anziano

2.1 Il reato di maltrattamenti contro familiari o conviventi ex art. 572 c.p.

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni.”¹⁸⁵

(La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici).¹⁸⁶

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni”.

Procedibilità: d'ufficio

Competenza: Tribunale monocratico (ud. prel.); Tribunale collegiale (per l'ipotesi di lesione gravissima); Corte d'Assise (morte)

Arresto: facoltativo; obbligatorio(morte)

Fermo: sì (2° comma)

Custodia cautelare in carcere: sì

Altre misure cautelari personali: sì

Termine di prescrizione: 6 anni (1° comma); 8 anni (2° comma, nel caso di lesione personale grave); 15 anni (2° comma, nel caso di lesione gravissima); 20 anni (2° comma, se ne deriva la morte).

2.1.1 Sintesi della recente evoluzione normativa dell'art. 572 c.p.

Vecchia formulazione “ Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli”

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. Se dal fatto deriva una lesione

¹⁸⁵ Il presente articolo è stato così sostituito dall'art. 4 L. 01.10.2012, n. 172 con decorrenza dal 23.10.2012. Si riporta di seguito il testo previgente:

“(Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli). - 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.

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 anni.”.

¹⁸⁶ Il presente comma prima modificato dall'art. 1, comma 1, D.L. 14.08.2013, n. 93 con decorrenza dal 17.08.2013 è stato poi abrogato dalla nuova riformulazione dello stesso art. 1 D.L. 14.08.2013, n. 93 così come modificato dalla legge di conversione L. 15.10.2013, n. 119 con decorrenza dal 16.10.2013.

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 anni.

Formulazione intermedia (art.4, L.1 Ottobre 2012, n.172) “Maltrattamenti contro familiari o conviventi”

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

Formulazione successiva all'introduzione dell'art.1 d.l. 14.08. 2013, n.93 “Maltrattamenti contro familiari o conviventi”

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni.

La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno o in presenza di persona minore degli anni diciotto. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

Formulazione definitiva, in seguito a conversione del decreto legge, in data 14.10.2012 Art. 1-bis l. conversione: Il secondo comma dell'articolo 572 del codice penale è abrogato.

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni (c.p. 29, 31, 32).

Abrogato: (La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno o in presenza di minore degli anni quattordici).

Se dal fatto deriva una lesione personale grave (c.p. 583), si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

La fattispecie così formulata esordisce con il pronome indefinito “*chiunque...*”.

Tale espressione, appare *prima facie* fuorviante, ed indica genericamente soggetti appartenenti al medesimo contesto familiare, laddove per “famiglia” non va inteso solo un consorzio di persone avvinte da legami di parentela naturale e civile, ma anche di un'unione di soggetti legati, per intime relazioni e consuetudini di vita, da rapporti di reciproca assistenza, protezione e solidarietà¹⁸⁷, prescindendo da un rapporto di stabile convivenza.

¹⁸⁷ Cass. 24668/2010.

Abbandonata l'idea di una rigida catalogazione dei “familiari” intesa in chiave strettamente giuridica (coniugi, parenti, affini...), viene da sé l'inclusione nell'alveo dei soggetti attivi o passivi del delitto, dei conviventi more uxorio alla luce di quella *affectio familiaris* che caratterizza anche le unioni di fatto.

Per ciò che concerne la condotta di reato, la norma richiama il termine “maltrattare”: trattandosi di reato a forma libera, è evidente che il delitto potrà realizzarsi nelle modalità più svariate, potendo consistere in vessazioni fisiche o psicologiche, in azioni od omissioni che, isolatamente considerate, potrebbero non assurgere a delitto, ma che reiterate nel tempo potrebbero assumere disvalore penale.

Ad esempio, il costante disinteresse manifestato nei confronti del figlio potrebbe generare o aggravare il disagio psicologico, dando luogo a condotta di reato. Del resto, non è necessario che lo stato di umiliazione della vittima si colleghi a specifiche azioni vessatorie, potendo derivare anche da un clima generalmente instaurato all'interno di una comunità, connotato da atti di sopraffazione indistintamente commessi a danno dei sottoposti ¹⁸⁸.

Si può ritenere, quindi, che alla condotta di reato possano ricondursi percosse, minacce, ingiurie, ma altresì atti di scherno o disprezzo idonei a provocare sofferenza fisica o morale, e temporalmente coincidenti ¹⁸⁹.

Ciò che rileva, in sostanza, è l'abitudine del delitto come si esplicita dal termine *plurale* di “maltrattamenti”, tanto da doversi annullare la condanna inferta per maltrattamenti ove non consti la prova dell'abitudine di una condizione vessatoria ¹⁹⁰.

Resta ora da vagliare il fattore soggettivo: il dolo del reato di cui all'art. 572 c.p..

Appare evidente che trattasi di dolo generico, consistente nella coscienza e volontà di sottoporre la vittima a una serie di sofferenze fisiche e morali in modo abituale, instaurando un sistema di sopraffazioni e di vessazioni che ne avviliscono la personalità ¹⁹¹.

Talchè, ne deriva l'irrilevanza del movente che spinga l'autore del reato a perpetrare il maltrattamento, ben potendo agire per vendetta, per prepotenza ovvero per estrema gelosia del *partner* che sospetti l'infedeltà dell'altro; detta condotta - notano i giudici - non resta attenuata dall'eventuale approvazione da parte della vittima della violenta relazione ¹⁹².

Circa l'eventualità che dai maltrattamenti derivi la lesione o la morte della vittima, fonte di applicazione dell'aggravante di cui al comma secondo.

La circostanza, ad esempio, potrà inasprire la pena di chi, incaricato di assistere un anziano, lo abbandoni per un lungo periodo, aggravandone le già precarie condizioni di salute.

Un'interessante pronuncia di legittimità ¹⁹³ ha anche messo in luce come l'espressione «derivare» comporti una lettura della norma correlata ai precetti di cui all'art. 41 c.p., circa l'imputazione

¹⁸⁸ Cass. 41142/2010.

¹⁸⁹ Cass. 22790/2010.

¹⁹⁰ Cass. 20494/2010.

¹⁹¹ Cass. 8598/2010.

¹⁹² Cass. 12621/2010.

¹⁹³ Cass. 29631/2010.

oggettiva degli eventi cagionati dall'autore di un reato, di cui andrà vagliato l'effettivo apporto causale nel verificarsi dell'evento.

Nel quotidiano, però, le questioni non sempre trovano agevole risoluzione, specie ove il reato in parola finisca per intersecarsi con fattispecie criminose "di confine", come si accennerà nell'immediato proseguo.

Talvolta il delitto di cui all'art. 572 c.p. assorbirà in sé altre condotte penalmente rilevanti, talaltra esso vi andrà a concorrere.

Sotto il primo profilo, è indubbio che il maltrattamento assorbirà le ingiurie, le minacce e la violenza privata rientranti nella sua materialità¹⁹⁴, giungendo a tale conclusione, non solo per la più severa punizione prevista per il delitto in discorso, ma altresì perché trattasi di delitti posti a tutela di beni diversi¹⁹⁵.

Per la stessa ragione, osservata dall'opposto punto di vista, i maltrattamenti potranno concorrere con il reato di violazione degli obblighi di assistenza familiare, attesa la divergenza dei beni oggetto di tutela giuridica: la dignità della persona quanto alla figura normata dall'art. 572 c.p.; il rispetto dell'obbligo legale di assistenza nell'altro caso¹⁹⁶.

In aderenza a questo principio, potranno inquadrarsi alla stregua dei maltrattamenti le condotte persecutorie poste in essere dal datore di lavoro e tese all'emarginazione del dipendente, ove il rapporto tra essi corrente sia connotato da relazioni abituali e soggezione del soggetto debole che riponga fiducia in quello gerarchicamente superiore¹⁹⁷.

2.1.2 Configurabilità del reato ex art. 572 c.p. anche mediante omissione.

Si tratta di questione da tempo al centro di un annoso contrasto interpretativo, per vero in via di superamento in virtù di una serie di recenti pronunce della Suprema Corte di Cassazione.

In particolare, da ultimo la Sesta Sezione Penale¹⁹⁸ ha sostenuto che: *"il reato di maltrattamenti è integrato non soltanto da specifici fatti commissivi direttamente opprimenti la persona fisica, sì da imporre un inaccettabile e penoso sistema di vita, ma altresì da fatti omissivi di deliberata indifferenza verso elementari bisogni assistenziali e affettivi di una persona disabile"*.

Questa considerazione ha in sé una contraddizione in termini qualora sia un *non facere* ad integrare la condotta dei maltrattamenti; ad integrare, cioè, l'elemento materiale in presenza del quale, soltanto, può essere correttamente contestata la fattispecie di reato di cui all'art. 572 c.p..

Infatti, se per un verso vi sono alcune tipologie di fattispecie che, per pacifico e costante insegnamento, non possono essere realizzate mediante un *non facere*, su altro fronte l'ordinamento interno conosce categorie di reati la cui configurabilità mediante omissione è oggetto di dibattito.

¹⁹⁴ Cass. 22790/2010.

¹⁹⁵ Cass. 22796/2010.

¹⁹⁶ Cass. 4390/2009.

¹⁹⁷ Cass. 26594/2009.

¹⁹⁸ Cass. 9724/2013.

È proprio il caso dei cd. reati abituali, dei quali quello di maltrattamenti ex art. 572 c.p. ne costituisce la principale espressione.

La sentenza Cass. 9724/2013 riconosce rilevanza causale alle condotte omissive, ma solo in quanto "legate" a condotte attive: *"il reato di maltrattamenti è integrato non soltanto da specifici fatti commissivi direttamente...ma altresì da fatti omissivi di deliberata indifferenza verso elementari bisogni assistenziali e affettivi di una persona disabile. Indifferenza espressa con dissimulata severità e fonte di inutile mortificazione, tali da incidere -non meno di gesti di reale violenza- sulla qualità di vita della persona offesa, contraddistinta da quotidiani atti commissivi (sgridate, rimproveri) ed omissivi (vestiario dismesso e sporco, scarsità del cibo, mancanza di igiene) producenti gratuite umiliazioni e durevoli sofferenze psicologiche della stessa persona offesa affidata per ragioni di cura e vigilanza al soggetto agente"*.

In conclusione, dalla lettura del richiamato passaggio motivazionale si può cogliere l'intenzione dei giudici di considerare i maltrattamenti quale risultanza sia di condotte attive (sgridate, rimproveri) sia di condotte omissive (mancanza di igiene, ecc.), queste ultime, tuttavia, inevitabilmente legate alle prime.

2.1.3 La violazione degli obblighi di assistenza familiare ex art. 570 c.p. limiti e differenze rispetto all'art. 572 c.p.

Per una compiuta comprensione della questione in esame e delle problematiche ad esso collegate è utile una breve analisi della fattispecie delittuosa.

L'art. 570 c.p. posto nel Libro II, Titolo XI, Capo IV, e rubricato «Violazione degli obblighi di assistenza familiare», si inserisce in un sistema di norme teso alla salvaguardia dei diritti di assistenza, di cura e solidarietà derivanti dal rapporto familiare. I diritti classici della persona vengono ad assumere, in questo sistema di norme, un nuovo ed ulteriore significato in quanto ritenuti offendibili all'interno di un nucleo, quello familiare, nel quale debbono essere garantiti, attesa la particolare posizione dei suoi membri, i diritti e i doveri di assistenza e di cura.

La fattispecie in parola, come pure tutte quelle inquadrare nel Capo IV, benché presentate nella forma dei reati comuni realizzabili da «chiunque» sono per lo più dei reati propri e concretizzano, come tali, non tanto la lesioni di beni, quanto la violazione di doveri che incombono ai vari componenti della famiglia in quanto tali e cioè nel loro *status* familiare¹⁹⁹.

L'evoluzione del diritto di famiglia ha indotto dottrina e giurisprudenza ad estendere sia l'elenco dei soggetti portatori di interessi, che di quelli che potenzialmente possono rivestire la qualità di autori del reato. L'indeterminatezza della disposizione, infatti ha consentito all'interprete di rimodellarla alla luce delle molteplici ed incisive trasformazioni della famiglia verificatesi nella realtà sociale e nella legislazione civilistica.

E' necessario individuare dunque la genesi dell'obbligo di assistenza, ossia le fonti giuridiche da cui esso prende titolo.

¹⁹⁹ PISAPIA, *Delitti contro la famiglia*, Torino, 1953, pag. 232.

Non è la convivenza di per sé che genera obblighi di assistenza che, viceversa si creano con il matrimonio avente effetti civili, ma è il rapporto di filiazione ad assumere le vesti di rapporto giuridico e a creare quegli obblighi di assistenza che se omessi divengono penalmente sanzionabili.

Tale ipotesi delittuosa, come ribadito dalla Cassazione e confermato dalla dottrina, consiste nell'omessa prestazione dei mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore, o inabili al lavoro, agli ascendenti od al coniuge, il quale non sia legalmente separato per sua colpa.

Si rileva quindi, che tale fattispecie non può più ritenersi sanzionatoria della sola violazione delle norme civili che prevedono obbligazioni di natura familiare o di sentenze di condanna agli alimenti pronunciate dal giudice civile: essa si allontana dalla regolamentazione civilistica ed il fondamento dell'obbligazione di prestare i mezzi di sussistenza è imposto direttamente dalla legge penale.

L'esistenza di un legame, non accompagnato da un matrimonio avente effetti civili, non può considerarsi sufficiente ad attribuire la qualità di persona offesa (o, vicendevolmente, autore), neanche se inquadrata come esercizio di fatto della qualità di coniuge in quanto non può ammettersi una funzione «vicariante» del marito o della moglie.

È pertanto da escludere che con la convivenza possano nascere gli stessi obblighi di reciproca assistenza che crea il matrimonio con effetti civili tra coniugi. Ne consegue che il fatto che un convivente faccia mancare all'altro i mezzi di sussistenza non può concretare il delitto ex art. 570 c.p..

Al contrario, ciò non può dirsi per il rapporto di filiazione.

Il riconoscimento del figlio naturale crea un rapporto di assistenza tra genitore e figlio che sicuramente fa sorgere in capo al primo quegli obblighi la cui omissione assume rilevanza penale. Conferma ne sia il fatto che l'obbligo di assicurare i mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore grava sui genitori e permane qualunque sia la vicissitudine dei rapporti tra loro intercorrenti come conferma costante giurisprudenza.

Si tratta altresì di reato permanente, in quanto si protrae nel tempo a causa del perdurare della condotta del reo e termina quando l'obbligo di provvedere alla persona bisognosa dei mezzi di sussistenza venga meno per una qualsiasi causa oppure con il completo spontaneo adempimento dell'obbligo. A riguardo, la Cassazione ha ritenuto insufficienti adempimenti occasionali e parziali dell'obbligo.

Il reato è integrato da una condotta omissiva consistente nel far mancare, totalmente o parzialmente, i mezzi di sussistenza, vale a dire, tutto ciò che è strettamente necessario alla vita, e quindi presuppone, anche se non si trova nella lettera della norma, la presenza di uno stato di bisogno della persona offesa.

In buona sostanza, l'elemento materiale della fattispecie considerata si completa con il duplice requisito dello stato di bisogno del soggetto passivo e della capacità economica dell'agente di fornire i mezzi di sussistenza.

In particolare, lo stato di bisogno, per assumere rilevanza ai fini dell'integrazione della fattispecie criminosa, deve innanzitutto essere dovuto da cause indipendenti dalla volontà della persona offesa e deve essere accertato nei rapporti tra la persona che deve essere assistita ed il soggetto obbligato.

Inoltre non può escludersi quando al mantenimento della persona offesa vi provveda in via sussidiaria altro soggetto, in special modo quanto quest'ultimo non abbia risorse ordinarie e per tale motivo non possa compiutamente provvedervi, principio questo affermato diffusamente in dottrina e giurisprudenza.

Pertanto, un genitore non può ritenersi esonerato dall'obbligo di fornire mezzi di sussistenza anche nel caso in cui vi provveda in tutto o in parte l'altro, anche laddove questi inizi una convivenza con altra persona: non è infatti ammissibile che un genitore possa liberarsi dei propri obblighi di assistenza economica e morale a causa delle vicissitudini con l'altro genitore.

Padre e madre sono difatti parimenti obbligati nei confronti del figlio minore in proporzione delle rispettive sostanze e ciò anche quando l'inadempimento del soggetto obbligato in via principale sia ovviato dall'intervento di soggetti terzi.

L'ordinamento non mira a colpire la mancata prestazione in sé quanto piuttosto la lesione, così perpetrata, del dovere di solidarietà parentale.

Tale dovere è insito nel diritto costituzionalmente garantito art. 2 di crescita dell'individuo nella formazione sociale che egli ha contribuito a costituire.

Quanto all'elemento soggettivo, il reato in oggetto è a dolo generico, non essendo necessario per la sua realizzazione che la condotta omissiva venga posta in essere con l'intenzione e la volontà di far mancare i mezzi di sussistenza alla persona bisognosa, è infatti sufficiente il dolo generico consistente nella volontà cosciente e libera di sottrarsi, senza giusta causa, agli obblighi inerenti alla propria qualità e nella consapevolezza dello stato di bisogno in cui versa il soggetto passivo.

Ai fini dell'accertamento della responsabilità penale, occorre insomma accertare la causa della mancata corresponsione dei mezzi di sussistenza e l'addebitabilità della stessa al soggetto obbligato.

2.1.4 Rapporto tra giudizio civile e processo penale

Sviluppando adesso quanto sopra già accennato sulla non configurabilità del reato in questione a fronte del mero inadempimento alle prescrizioni imposte dal giudice civile, si ritiene che debbano essere svolte alcune riflessioni sulla completa autonomia dell'accertamento penale rispetto alla valutazione dei fatti posta a fondamento del giudice civile che abbia imposto l'obbligo di corresponsione di un assegno di natura alimentare. Ed invero, vi è proprio una ontologica differenza tra i presupposti dai quali scaturisce l'obbligo alimentare e la situazione di chi si trova in uno «stato di bisogno» e, come tale, legittimato ad ottenere dall'obbligato *ex lege* i «mezzi di sussistenza» per farvi fronte.

È evidente come la valutazione dei «mezzi di sussistenza» è del tutto indipendente dalla valutazione che il giudice civile pone alla base della sua decisione circa la corresponsione di un assegno alimentare.

Indubbiamente in entrambi i casi il presupposto è che vi sia una obbligazione alimentare, ma i «mezzi di sussistenza» non si identificano con gli alimenti, rispetto ai quali hanno normalmente un contenuto più ristretto, essendo infatti limitati alla corresponsione dello stretto necessario; e, d'altra parte, i relativi obblighi quello civile e quello penale hanno natura, funzione, giustificazione e presupposti del tutto diversi.

La conseguenza di quanto detto è che non può sussistere alcuna interdipendenza tra il reato di cui all'art. 570, comma 2, n. 2 e l'assegno alimentare liquidato dal giudice civile: sia che tale assegno venga corrisposto, sia che non venga corrisposto agli aventi diritto.

In altri termini, è senz'altro errato rapportare la configurabilità del delitto de quo alla operatività dell'assegno alimentare fissato in sede di separazione e, di conseguenza, affermarne la sussistenza dell'elemento materiale a fronte della violazione dell'obbligo di corresponsione fissato in sede civile. Infatti, l'illecito in questione fa riferimento unicamente alla sussistenza dello stato di bisogno dell'avente diritto alla somministrazione dei mezzi indispensabili per vivere e al mancato apprestamento di tali mezzi da parte di chi, per legge, vi è obbligato.

L'ipotesi delittuosa in questione, sostanzialmente, pur avendo come presupposto l'esistenza di un'obbligazione alimentare, non ha carattere meramente sanzionatorio dell'inadempimento del provvedimento del giudice civile che fissa l'entità dell'obbligazione, con la conseguenza che l'operatività o meno di tale provvedimento non rileva ai fini della configurabilità del reato, il quale come si è detto va valutato solo in relazione alla situazione oggettiva che evidenzia la violazione dell'obbligo legale di non fare mancare i mezzi di sussistenza a chi può pretenderli dal soggetto obbligato.

Ciò è tanto vero che il provvedimento del giudice civile non fa stato nel giudizio penale né in ordine alle condizioni economiche del soggetto obbligato, né per ciò che riguarda lo stato di bisogno degli aventi diritto ai mezzi di sussistenza, circostanze queste che devono essere tutte accertate in concreto.

2.1.5 L'abuso di mezzi di correzione ex art. 571 c.p. si differenzia dal reato di maltrattamenti ex art. 572 c.p. per la liceità dei mezzi abusati

Educare “correggendo” è possibile, ma il mezzo usato deve essere lecito e scevro da qualsivoglia connotato aggressivo che possa in qualche modo ledere o turbare il corpo e/o la mente della persona cui l'insegnamento è diretto.

In quel caso, l'uso del mezzo educativo trasmoderà in abuso del mezzo stesso e, dunque, in una condotta penalmente rilevante.

È sufficiente aprire il Codice penale, all'art. 571 c.p., per leggere che *“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 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. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli artt. 582 e 583 ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni”*.

L'intento del legislatore penale era quello di una tutela estesa all'integrità o comunque all'incolumità fisica della persona (con riferimento non solo al minore o all'educando, ma a ogni soggetto sottoposto o affidato, anche per lavoro, all'altrui cura o vigilanza).

2.1.6 I mezzi correttivi

Ciò chiarito, si vorrà spostare l'attenzione sull'espressione, alquanto fumosa, di «mezzi correttivi». La scelta relativa all'utilizzo di tale terminologia non è casuale.

Non lo è per un preciso fine: quello di rendere il precetto elastico, adeguabile all'evolversi del mutevole contesto sociale o della peculiarità del rapporto (familiare, lavorativo...) di volta in volta riscontrato.

Si trae conferma dell'assunto, dall'evolversi delle pronunce di legittimità e di merito, sulla cui base è possibile delineare un tracciato che conduce a conclusioni nettamente difformi da quelle contenute in risalenti decisioni.

Si ricorderà, in effetti, come le prime interpretazioni della norma - stilate su influenza del Codice del 1930, laddove il nucleo familiare si reggeva sulla figura del padre di famiglia, titolare di non indifferenti potestà - finivano per "giustificare" la violenza educativa, di sovente sanzionata quale mero abuso dei mezzi di correzione.

Lo prevedeva, d'altro canto, perfino la citata relazione, per parola della quale la percossa - in quanto *vis modica* - veniva pacificamente considerata come lecita estrinsecazione dello *jus corrigendi*. È evidente che a oggi il sentire legislativo e sociale si radica su matrici completamente opposte, ferme nell'espungere qualsiasi forma di violenza nell'impiego del mezzo educativo in nome non soltanto dei precetti costituzionali (con riferimento agli artt. 2,3,29,30,31 e legislativi art.147 c.c.), ma altresì della mutata visione del minore inteso come individuo, titolare di precisi diritti e non assoggettabile a correzione, bensì soltanto a educazione.

Così, l'uso di mezzi aggressivi, a prescindere dall'intento più o meno educativo, non potrebbe giammai risolversi in una condanna ai sensi dell'art. 571 c.p., integrando piuttosto la fattispecie dei maltrattamenti in famiglia, su cui ci soffermeremo più avanti, o addirittura le lesioni personali.

In effetti, se l'abuso equivale a un uso smodato del mezzo lecito, è ovvio che non potrà esserci abuso punibile ex art. 571 c.p. in costanza di un utilizzo di mezzo illecito.

E rileveranno penalmente non solo le condotte pregiudicanti l'integrità fisica del soggetto passivo, ma anche quelle atte a lederne la serenità mentale.

Andando ad analizzare la struttura del delitto in questione, diverse peculiarità balzano agli occhi: la natura di reato proprio, la condizione di punibilità individuata nel pericolo di insorgenza di una malattia del corpo o della mente, la genericità del dolo.

Sotto il primo aspetto, va chiarito che trattasi di reato passibile di integrazione solamente da individui vincolati al soggetto passivo dell'abusata correzione da legami di «educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia» o di dipendenza nell'ambito dell'esercizio di una professione o di un'arte.

Ne diviene, allora, che papabili soggetti attivi del reato potranno essere genitori, datori di lavoro, insegnanti o medici, rei di aver abusato del potere educativo, di formazione professionale o di cura nei confronti di figli, alunni, apprendisti o degenti.

Quanto al rapporto di filiazione, deve dirsi che il delitto in esame si configura nei confronti del genitore finché egli mantenga la potestà sulla prole e non quando il figlio, ormai maggiorenne seppur convivente, non ne sia più soggetto.²⁰⁰

²⁰⁰ Cass.4444/2011.

Per quanto attiene all'elemento materiale della fattispecie di cui all'art. 571 c.p., trattasi di figura che sanziona il disvalore penale dell'abuso dei mezzi diretti all'educazione, alla cura o alla formazione di chi sia legato all'agente dalle particolari relazioni già descritte.

Il Legislatore scrive che tale abuso diviene penalmente rilevante “*se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente*”.

La natura della fattispecie quale reato “di pericolo”, come più volte ribadito dai giudici di legittimità²⁰¹ laddove assume rilevanza un isolato “schiaffone” ove vibrato con modalità tali da arrecare il “pericolo” di malattia.

È pacifico, comunque, che il pericolo debba restare tale e non concretizzarsi, posto che, in costanza di un effettivo verificarsi di lesioni o del decesso della vittima, si esulerebbe dall'alveo della norma esaminanda per ricadere nelle diverse fattispecie di cui agli artt. 582 e 583 c.p..

Quanto alla malattia, la Cassazione, in distinte occasioni, ha chiarito due approdi fondamentali: il primo è che ai fini dell'integrazione del reato rileva anche il pregiudizio arrecabile al minore sotto il profilo della salute psichica; il secondo pone in luce il fatto che la nozione di malattia nella mente è più ampia di quella relativa al reato di lesione personale, finendo per comprendere ogni conseguenza rilevante sulla salute psichica del soggetto passivo, dallo stato d'ansia all'insonnia, dalla depressione ai disturbi del carattere e del comportamento²⁰².

Relativamente all'elemento psicologico dell'art. 571 c.p., ci si è domandati, in sostanza, se elemento integrativo del delitto sia la condotta abusante in sé, ovvero l'ulteriore tassello costituito dal pericolo di pregiudizio fisico e/o mentale.

La questione ha affaticato dottrina e giurisprudenza non poco ove si pensi che l'adesione all'una piuttosto che all'altra ricostruzione incide radicalmente sulla modulazione dell'elemento psicologico del delitto: basterà aver voluto l'abuso o occorrerà aver agito con la specifica intenzione di porre in pericolo l'incolumità psicofisica della vittima?

Mentre la giurisprudenza più risalente ravvisava la specificità del dolo nell'intento di “correggere” - consentendo così quei mezzi correttivi compatibili con la finalità educativa - è ormai pensiero comune che sia sufficiente un dolo generico, non essendo richiesto un fine particolare e ulteriore rispetto alla consapevole volontà di realizzare la condotta di abuso²⁰³.

Tanto sopra premesso, al fine di valutare il confine di applicabilità tra l'art. 571 e l'art. 572 c.p., conterà il dato oggettivo del delitto, con riferimento al mezzo utilizzato dal soggetto agente.

Sarà solo la sistematica ripetizione del ricorso a mezzi violenti a far scattare la condanna per maltrattamenti.

Diversamente argomentando, l'abuso dei mezzi di correzione sanziona l'uso consentito divenuto “abuso” in quanto eccessivo o arbitrario, la fattispecie che incrimina i maltrattamenti disciplina la più grave ipotesi in cui la vittima sia restata assoggettata a una serie di condotte violente e

²⁰¹ Cass. 2100/2009.

²⁰² Cass. 18289/2010.

²⁰³ Ancora Cass. 18289/2010.

prevaricatrici. E tale postulato, lo si deve precisare, varrà a prescindere dalla sussistenza di un preteso animus corrigendi.

Anche la giurisprudenza di merito è chiara sul punto: ai fini distintivi tra il delitto di maltrattamenti e quello di abuso dei mezzi di correzione non rileva l'intenzione del reo, ma solamente la natura oggettiva della condotta, non essendo configurabile il primo reato quando i mezzi adoperati siano obiettivamente incompatibili con l'attività educativa.

Il parametro valutativo della condotta criminosa non potrà mai individuarsi nell'intento che anima il soggetto agente - che ben potrebbe essere davvero convinto, per cultura di provenienza, della finalità educativa della violenza usata - bensì alla stregua dell'ordinamento giuridico vigente e del sentire sociale.

Un comportamento connotato da violenza fisica e psicologica a danno di un bambino non potrà mai ritenersi mosso da un intento educativo tanto da beneficiare del più morbido trattamento sanzionatorio di cui all'art. 571 c.p. a nulla rilevando le eventuali matrici socio-culturali del paese di provenienza del soggetto agente²⁰⁴.

Ancora in tema di maltrattamenti familiari, così come viene sancita dai giudici l'irrilevanza del fattore culturale ai fini integrativi del reato, parimenti dovrà concludersi in relazione al credo religioso, non potendosi ritenere che l'adesione a una particolare religione - che non riconosca la parità tra i coniugi in favore dell'uomo - possa giustificare i maltrattamenti recati alla moglie²⁰⁵.

Sulla base delle osservazioni svolte, e alla luce dei criteri e delle linee guida forniteci dalla più recente giurisprudenza, si può conclusivamente affermare che i confini tra il reato di abuso di mezzi di correzione e quello di maltrattamenti in famiglia, sono venuti poco a poco a delinearsi.

Si può concludere che educare “correggendo” è possibile, ma il mezzo usato deve essere lecito e scevro da qualsivoglia connotato aggressivo che possa in qualche modo ledere o turbare il corpo e/o la mente della persona cui l'insegnamento è diretto. In quel caso, l'uso del mezzo educativo trasmoderà in abuso del mezzo stesso e, dunque, in una condotta penalmente rilevante.

2.1.7 La violenza privata ex art. 610 c.p.

In chiusura d'esame, appare utile valutare i rapporti delineabili tra il delitto di violenza privata e talune fattispecie “di confine”, a essa similari come quella di cui all'art. 572 c.p..

In primis si deve evidenziare il principio che il reato di violenza privata costituisce una figura criminosa sussidiaria.

Ne deriva che, una determinata condotta resterà punibile a titolo di violenza privata, solo ove non sia specificamente prevista quale elemento costitutivo o circostanza aggravante di un altro delitto.

A titolo esemplificativo si pensi alla correlazione ravvisabile con il reato dei maltrattamenti in famiglia.

²⁰⁴ Cass. 48272/2009.

²⁰⁵ Cass. 32824/2009.

Sul punto la Cassazione è intervenuta a precisare come le minacce rivolte al coniuge per costringerlo a non separarsi vadano assorbite nell'alveo di cui all'art. 572 c.p., ove inserite in un contesto di reiterati maltrattamenti ²⁰⁶.

Gli ermellini hanno precisato che le condotte minatorie vanno “*contestualizzate nel regime di vita vessatorio e intollerabile determinato dagli abituali maltrattamenti a cui l'imputato aveva sottoposto la propria consorte*”, vittima “*quotidianamente di ogni genere di offese, minacce e violenze psichiche*”.

Le minacce poste in essere dal reo “*in continuità con la condotta di maltrattamenti*” perdono la loro autonomia delittuosa, non apparendo “*strumentali a tentare di costringere o a costringere la destinataria a un comportamento diverso da quello liberamente voluto*”.

Mancano, quindi, gli elementi “*concretamente sintomatici della finalità perseguita, cioè quella di incidere effettivamente sulla capacità di libera determinazione del soggetto passivo*”.

Nello stesso senso, si è espresso il Collegio di legittimità ²⁰⁷ quando ha optato per l'assorbimento dei sussidiari delitti di violenza privata, ingiuria e minaccia - ove idonei ad arrecare un apprezzabile stato di sofferenza nella vittima - nella figura dei maltrattamenti familiari, data la coincidenza temporale delle condotte materiali dei singoli reati.

Tanto ciò premesso, si può concludere che nell'alveo della violenza privata vadano ricondotte esclusivamente le azioni idonee a costringere qualcuno a fare, tollerare od omettere un qualcosa che sia ben individuato, e dunque, a ottenere lo specifico comportamento che l'agente abbia inteso “*coartare*” alla vittima.

2.2 Il reato di circonvenzione di persone incapaci ex art. 643 c.p.

“Chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato d'infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da euro 206 a euro 2.065”.

Procedibilità: d'ufficio (v., peraltro, art. 649)

Competenza: Tribunale monocratico (ud. prel.)

Arresto: facoltativo

Fermo: no

Custodia cautelare in carcere: sì

Altre misure cautelari personali: sì

Termine di prescrizione: 6 anni

E' sufficiente scorrere il disposto normativo, per evincere gli elementi integranti il reato: l'attività d'induzione, l'incapacità della vittima e l'abuso delle minorate condizioni mentali della stessa.

²⁰⁶ Cass. 37796/2010.

²⁰⁷ Cass. 22790/2010.

Occorrerà, infine, che l'induzione sia volta al compimento, da parte dell'incapace, di un atto dannoso. Circostanza, questa, che giustifica l'inserimento del delitto in parola tra quelli contro il patrimonio mediante frode, in ciò differenziandosi dalla previgente fattispecie del plagio, inquadrata come lesione alla personalità individuale.

La norma individua tre categorie di soggetti passivi: i minori, l'infermo psichico e il deficiente psichico.

Il fatto che sia codificata una distinzione fra infermo psichico e deficiente psichico e non si consideri necessario che il soggetto passivo si trovi nella condizione per essere interdetto o inabilitato, ha portato a ritenere che per infermità psichica debba intendersi ogni alterazione psichica derivante sia da un vero e proprio processo morboso (quindi catalogabile fra le malattie psichiatriche) sia da una condizione che, sebbene non patologica, menomi le facoltà intellettive o volitive; e che la deficienza psichica, invece, sia un'alterazione dello stato psichico che, sebbene meno grave della infermità, tuttavia, sia comunque idonea a porre il soggetto passivo in uno stato di minorata capacità in quanto le sue capacità intellettive, volitive o affettive, fanno scemare o diminuire il pensiero critico (rientrando in tale categoria, fra l'altro, ad esempio, la fragilità e la debolezza di carattere).

Il reato si realizza quando si dimostra l'instaurazione di un rapporto squilibrato fra vittima ed agente nel senso che deve trattarsi di un rapporto in cui l'agente abbia la possibilità di manipolare la volontà della vittima a causa del fatto che costei si trovi, per determinate situazioni da verificare caso per caso, in una minorata situazione e, quindi, incapace di opporre alcuna resistenza a causa della mancanza o diminuita capacità critica.

Per quanto concerne lo stato di infermità e lo stato di deficienza psichica, essi presentano un connotato comune, in quanto sottintendono entrambi una riduzione oggettivamente anomala delle facoltà intellettive o volitive e dei poteri di critica, tale da agevolare l'induzione al compimento dell'atto ²⁰⁸, ove si precisa che la sussistenza della condizione di incapacità del soggetto passivo, essendo questa presupposto del reato, deve essere assolutamente certa.

La deficienza psichica, al pari dell'infermità, pur potendo essere transitoria ²⁰⁹, deve comunque sussistere nel momento della induzione ed essere riconoscibile da parte di tutti, in modo che chiunque possa abusarne per i propri fini illeciti ²¹⁰.

La condizione di minorata capacità deve essere, poi, oggettiva e riconoscibile da parte di tutti in modo che, chiunque possa abusarne per raggiungere il fine illecito ²¹¹.

La violazione si perfeziona con l'avveramento di altri due elementi oggettivi: l'induzione a compiere un atto che importi, per il soggetto passivo e/o per altri, qualsiasi effetto giuridico dannoso e l'abuso dello stato di vulnerabilità che si verifica quando l'agente, ben conscio della debolezza del soggetto passivo, la sfrutti per raggiungere il suo fine ossia quello di procurare a se o ad altri un profitto.

²⁰⁸ Cass. 6971/2011.

²⁰⁹ Cass. 7145/2007.

²¹⁰ Cass. 45327/2011.

²¹¹ Cass. 4747/1987.

Il concetto di “induzione”, postula un'attività positiva diretta a determinare o quantomeno a rafforzare nel soggetto passivo il proposito di compiere l'atto a lui pregiudizievole; non è, dunque, richiesto l'uso di mezzi coattivi e di artifici o raggiri, ma è pur sempre necessaria un'attività apprezzabile di pressione morale, di suggestione o di persuasione, cioè di spinta psicologica che non può ravvisarsi nella pura e semplice richiesta rivolta al soggetto passivo di compiere un atto giuridico ²¹².

L'induzione è intesa in questa sede come convincere, influire sulla volontà altrui e quindi richiede una condotta positiva che determini il soggetto passivo al compimento dell'atto pregiudizievole, cui, in condizioni di normalità psichica, non avrebbe dato corso ²¹³.

L'accezione è talmente ampia ed estensibile che l'induzione può consistere anche in un qualsiasi comportamento o attività - come una semplice richiesta - a cui la vittima, per le sue minorate condizioni, non sia capace di opporsi, e che la porti quindi a compiere atti privi di alcuna causale ²¹⁴.

L'atto non deve essere necessariamente di natura negoziale e può consistere in qualsiasi comportamento positivo volontario, il quale abbia quale conseguenza un qualsiasi effetto giuridico dannoso.

Gli effetti ricollegabili all'atto dell'incapace devono essere dannosi ed, a tal proposito, si può, da ultimo, rilevare come l'aggettivo indefinito "qualsiasi" utilizzato dalla norma, secondo una linea interpretativa che mira alla depatrimonializzazione della circonvenzione, suggerirebbe una lettura capace di estendere l'incidenza del danno potenziale anche su interessi di natura non patrimoniale, dilatando così, i potenziali campi di applicazione della sanzione.

2.2.1 Condizionamento psichico e circonvenzione d'incapaci

La linea di confine tra il lecito condizionamento psichico e l'aggressione mentale penalmente rilevante, risiede nelle dinamiche interpersonali che legano due o più soggetti.

Si deve avere riguardo alle interferenze mentali patologiche - penalmente rilevanti - nell'ipotesi in cui le descritte dinamiche siano state intenzionalmente azionate dal reo al fine di ledere o menomare, per propri fini, la libertà psichica della vittima.

La tematica del confine tra le aggressioni psichiche penalmente rilevanti e quelle riconducibili nell'alveo del socialmente accettabile, occupa da sempre un ruolo centrale nello studio delle soluzioni tese a offrire adeguata tutela - contemperandone le esigenze, talora contrapposte e talaltra convergenti - sia all'integrità psichica in senso stretto, che ad altri beni costituzionalmente sanciti, quali la libertà di pensiero o di religione.

La circonvenzione d'incapaci - che ben si distingue dalla condotta di estorsione, caratterizzata dal ricorso alla violenza o alla minaccia - si atteggia in maniera decisamente difforme, come accennato, anche rispetto al fenomeno plagiaro.

²¹² Cass. 1195/1993.

²¹³ Cass. 1815/2010.

²¹⁴ Cass. 18583/2009.

Così, se la sussistenza del plagio era segnata dal totale assoggettamento della persona offesa (manipolabile, ma capace di intendere e volere, almeno fino all'asservimento al volere del reo), nella circonvenzione, questi abusa di uno stato d'incapacità della vittima preesistente al suo agire, inducendola al compimento dell'atto dannoso, mediante il ricorso a non catalogate tecniche di veicolazione del consenso.

Orbene, se all'interno dell'infermità andranno ricondotti i soggetti affetti da alterazioni mentali patologiche, l'ambito della deficienza psichica gode di più ampio respiro.

Se ne trae conforto dalla casistica giurisprudenziale, ferma nel sostenere che - rilevando ai sensi dell'art. 643 c.p. ogni tipologia di minorata capacità della sfera intellettuale, idonea a “*scemare o diminuire il pensiero critico*”²¹⁵ - allora sarà suscettibile di assurgere a soggetto passivo del reato in analisi, anche l'individuo affetto da disturbo paranoide²¹⁶ o da un'iniziale demenza senile ed encefalopatia degenerativa.

Elemento imprescindibile, pertanto, dovrà ravvisarsi nella maggiore permeabilità dello *status* psichico del soggetto destinatario della condotta abusante, purché si attesti una “*situazione di minorata capacità*” che sia “*oggettiva e riconoscibile da parte di tutti in modo che, chiunque possa abusarne per raggiungere i suoi fini illeciti*”²¹⁷.

La sussistenza di tale condizione, difatti, costituendo un presupposto del reato, giustificherà un giudizio di colpevolezza solo in costanza di un'assoluta certezza della sua sussistenza²¹⁸.

Tale minorato stato, inoltre, dovrà, ai fini integrativi del crimine, sussistere al momento della condotta, a nulla rilevando che la vittima versi, successivamente e in pendenza di processo, in una condizione di declino cognitivo tale da impedirle di testimoniare.

2.2.2 Abuso e induzione

Circa l'abuso - da intendersi come strumento adoperato dal reo per indurre la vittima alla disposizione patrimoniale - esso andrà individuato in qualsiasi modalità di approfittamento dell'altrui stato d'incapacità, compresa, tra le altre, la condotta di chi induca l'incapace a farsi rilasciare delega a operare sul conto corrente.

Nella pronuncia si specifica che il reato si configura con l'utilizzo della delega da parte del destinatario, in ciò risolvendosi l'effetto giuridico dannoso per il titolare del conto.

Orientamento costante della giurisprudenza sostiene che, assente nella norma una tassativa descrizione della condotta di reato, sarà sufficiente a integrare la circonvenzione “*qualsiasi forma di pressione morale idonea a determinare o a rafforzare nel soggetto passivo il consenso al compimento dell'atto giuridico*”, non occorrendo neanche che “*la proposta al compimento dell'atto provenga dall'imputato, ricorrendo il reato anche quando quest'ultimo si sia limitato a rafforzare,*

²¹⁵ Cass. 6971/2011.

²¹⁶ Cass. 41378/2010.

²¹⁷ Cass. 45327/2011.

²¹⁸ Cass. 15185/2010.

*approfittando delle condizioni del soggetto passivo, una determinazione pregiudizievole dal medesimo già adottata”*²¹⁹.

Indurre significa influire - mediante un'apprezzabile attività di persuasione, di suggestione, di pressione morale - sul processo di formazione della volontà di altra persona che viene condotta in direzione del fine avuto di mira dall'agente. L'induzione non soltanto può far insorgere nel soggetto ricevente una decisione ma può anche rafforzare una decisione già presa. Secondo la giurisprudenza, l'induzione si deve concretare in un'apprezzabile attività di suggestione, pressione morale o persuasione, finalizzata a determinare la volontà minorata del soggetto passivo, dunque una spinta psicologica che non può ravvisarsi nella pura e semplice richiesta rivolta al soggetto passivo.

L'attività di induzione, dunque potrà consistere *“anche nell'attività di subdolo condizionamento attuata attraverso la prospettazione di pretese difficoltà economiche da parte di un soggetto che strumentalizzi lo stato di debolezza psichica e l'isolamento affettivo del soggetto passivo, così determinandolo a compiere gli atti pregiudizievoli”*.

Infatti, è principio consolidato della giurisprudenza di legittimità in tema di circonvenzione d'incapaci che la prova dell'induzione può essere anche indiretta, indiziaria e presunta, quindi derivare da elementi gravi, precisi e concordanti come la natura degli atti compiuti e l'incontestabile pregiudizio da essi derivato.

Analoga considerazione proviene da un'altra recente pronuncia, intervenuta a precisare che nell'evenienza in cui la vittima versi in una condizione psichica tanto grave da privarla della capacità di discernimento e di autodeterminazione, la prova dell'induzione può desumersi da qualsiasi comportamento dell'agente cui la vittima non sia in grado di opporsi, e che la induca a compiere in suo favore atti dannosi e privi di qualsivoglia giustificazione²²⁰.

Tra questi, la casistica include l'induzione a contrarre un matrimonio dal quale conseguano per la vittima effetti anche solo potenzialmente dannosi, ma favorevoli per il reo, interessato, nella specie, al rilascio del permesso di soggiorno-

Potranno, inoltre, prendersi in considerazione le condotte tenute dal reo successivamente all'atto pregiudizievole, ove rivelatrici dell'antecedente minorata capacità psichica della persona offesa²²¹.

Sarà a ogni modo necessario, che si stabilisca un nesso di causalità fra l'abuso dello stato di infermità o di deficienza psichica del soggetto passivo e l'evento, concretatosi nel compimento dell'atto²²².

2.2.3 Estensione della tutela penale ai non infermi di mente

²¹⁹ Cass. 18158/2010.

²²⁰ Cass. 4816/2010.

²²¹ Cass. 41378/2010.

²²² Cass. 41376/2010.

Per quanto concerne lo stato di salute pregiudicato del convenuto, la giurisprudenza di legittimità²²³ ribadisce il principio secondo cui lo stato di infermità o deficienza psichica del soggetto passivo non deve necessariamente consistere in una vera e propria malattia mentale, che sconfini in uno stato patologico, ma può sostanziarsi in tutte le forme, anche non morbose, in cui vi siano un'incisiva menomazione della capacità di critica, un indebolimento delle facoltà di discernimento o di determinazione volitiva, un abbassamento intellettuale, tali da diminuire i poteri di difesa contro le insinuazioni e le insidie e da rendere possibile l'intervento suggestivo dell'agente, il quale, volgendo strumentalmente a proprio o altrui vantaggio un siffatto contesto psichico di minorata difesa, ne abusi, appunto, attraverso l'opera induttiva.

Diversamente argomentando, lo stato di infermità o di deficienza psichica è ravvisabile, anche a prescindere da una specifica condizione patologica, se e allorquando risulti in concreto esclusa la capacità del soggetto passivo di avere cura dei propri interessi, ergo di gestire consapevolmente il proprio patrimonio.

Il legislatore ha inteso estendere la tutela a tutte le persone che, anche non formalmente interdette o inabilite, risultino, in ragione della loro età o dello stato intellettuale o psicologico, particolarmente assoggettabili alle pressioni, agli stimoli e agli impulsi che altri eserciti su di loro, sì da essere facilmente determinabili a porre in essere, in modo apparentemente consapevole e volontario, atti pregiudizievoli per il proprio patrimonio.

Soggetto passivo del reato de quo ben può essere anche persona perfettamente in grado di percepire il significato di atti diretti alla propria persona e di determinarsi conseguentemente rispetto a essi. Considerazione, questa, che va senz'altro tenuta presente allorquando si tratti di valutare la deposizione testimoniale della vittima o gli esiti del colloquio informativo avuto con questa dal perito/consulente tecnico nominato per apprezzarne le condizioni di capacità.

2.2.4 La prova della condizione pregiudicata

La sussistenza di questa condizione di incapacità del soggetto passivo costituisce un presupposto del reato ed il giudizio di colpevolezza può fondarsi solo sulla assoluta certezza della stessa.

Il problema della prova si pone in relazione a due diversi aspetti-

Da un lato, quello afferente la dimostrazione della sussistenza della condizione pregiudicata, che può essere raggiunta principalmente attraverso l'effettuazione di una perizia/consulenza tecnica sul soggetto passivo, onde apprezzarne la capacità/incapacità di avere cura dei propri interessi patrimoniali nei termini suindicati.

Dall'altro lato, un problema di prova si pone con riferimento alla consapevolezza della condizione pregiudicata in capo al soggetto agente, costituendo tale consapevolezza un necessario tassello della prova dell'elemento soggettivo del reato. Tale condotta deve essere qualificata e caratterizzata da un dolo specifico e dal fine di procurarsi un profitto, e quindi un vantaggio economico, dall'atto dispositivo che la vittima è indotta a porre in essere.

²²³ Cass. 40383/2006.

Sotto questo aspetto, la giurisprudenza puntualizza che la prova della consapevolezza, da parte dell'agente, dello stato anomalo del soggetto passivo ben può essere legittimamente desunta dalla evidenza di atti immotivati di disposizione patrimoniale, dalla donazione di beni di cospicuo valore e dalla stessa arrendevolezza dimostrata dal circonvenuto.

2.3 L'istituto dell'amministratore di sostegno

L'istituto dell'amministratore di sostegno è volto a tutelare il soggetto debole che ha difficoltà a provvedere ai propri interessi ed esprime il principio per cui il "sostegno" normativo della "cura" della persona (e degli "interessi" di essa) non si limita alla sfera economico-patrimoniale ma tiene conto dei bisogni e delle aspirazioni dell'essere umano ricomprendendo ogni attività della vita civile giuridicamente significativa.

Il nuovo istituto è stato altresì plaudito non soltanto per la snellezza processuale che lo caratterizza e per la sua duttilità, ossia la sua capacità di adattarsi ai singoli casi, ma soprattutto perché non comporta il "marchio dell'interdizione" e consente di mantenere ed anzi rafforzare quelle che possono essere le residue capacità del soggetto.

L'amministrazione di sostegno - introdotta nell'ordinamento dall'art. 3 della legge 9 gennaio 2004, n. 6 - è un istituto, alternativo rispetto all'interdizione ed alla inabilitazione ed a questi, ove possibile, preferibile in quanto volto ad offrire appunto un sostegno al soggetto che si trovi, anche solo temporaneamente o parzialmente, nell'impossibilità di attendere ai propri interessi, sostegno che comunque non inibisca totalmente la capacità di agire del soggetto medesimo adattandosi, in particolare, alle esigenze dello stesso grazie alla sua caratteristica flessibilità e particolare scioltezza della procedura.

Si distingue, con tale specifica funzione, dagli altri istituti a tutela degli incapaci, quali l'interdizione e l'inabilitazione, non soppressi, ma solo modificati dalla stessa legge attraverso la novellazione degli artt. 414 e 427 c.c. .

Rispetto ai predetti istituti, l'ambito di applicazione dell'amministrazione di sostegno va individuato con riguardo non già al diverso, e meno intenso, grado di infermità o di impossibilità di attendere ai propri interessi del soggetto carente di autonomia, ma piuttosto alla maggiore idoneità di tale strumento ad adeguarsi alle esigenze di detto soggetto, in relazione alla sua flessibilità e alla maggiore agilità della relativa procedura applicativa. Appartiene all'apprezzamento del giudice di merito la valutazione della conformità di tale misura alle suindicate esigenze, tenuto conto della complessiva condizione psico-fisica del soggetto da assistere e di tutte le circostanze caratterizzanti la fattispecie²²⁴.

In materia di misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, la legge 9 gennaio 2004, n. 6 ha configurato l'interdizione come istituto di carattere residuale, perseguendo l'obiettivo della minor limitazione possibile della capacità di agire, attraverso l'assunzione di provvedimenti di sostegno temporaneo o permanente; ne discende la necessità, prima di pronunciare l'interdizione, di valutare l'eventuale conformità dell'amministrazione di sostegno alle

²²⁴ Cass. 22332/2011.

esigenze del destinatario, alla stregua della peculiare flessibilità del nuovo istituto, della maggiore agilità della relativa procedura applicativa, nonché della complessiva condizione psico-fisica del soggetto e di tutte le circostanze caratterizzanti il caso di specie; mentre non costituisce condizione necessaria all'applicazione di tale misura la circostanza che il beneficiario abbia chiesto, o quantomeno accettato, il sostegno ovvero abbia indicato la persona da nominare o i bisogni concreti da soddisfare²²⁵.

La complessiva disciplina inserita dalla legge n. 6 del 2004 sulle preesistenti norme del Codice civile affida al giudice il compito di individuare l'istituto che, da un lato, garantisca all'incapace la tutela più adeguata alla fattispecie e, dall'altro, limiti nella minore misura possibile la sua capacità; e consente, ove la scelta cada sull'amministrazione di sostegno, che l'ambito dei poteri dell'amministratore sia puntualmente correlato alle caratteristiche del caso concreto. Solo se non ravvisi interventi di sostegno idonei ad assicurare all'incapace siffatta protezione, il giudice può ricorrere alle ben più invasive misure dell'inabilitazione o dell'interdizione, che attribuiscono uno status di incapacità, estesa per l'inabilitato agli atti di straordinaria amministrazione e per l'interdetto anche a quelli di amministrazione ordinaria.

D'altronde, secondo il nuovo testo dell'art. 411 comma 4, il giudice tutelare, nel provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, o successivamente, può disporre che determinati effetti, limitazioni o decadenze, previsti da disposizioni di legge per l'interdetto o l'inabilitato, si estendano al beneficiario dell'amministrazione di sostegno. Ne discende che in nessun caso i poteri dell'amministratore possono coincidere "integralmente" con quelli del tutore o del curatore.

Tra i casi di applicazione dell'istituto si evidenzia anche l'ipotesi, non espressamente prevista dalla legge, ma molto frequente, di persone che perdono l'autonomia pur in assenza di particolari patologie solamente per problematiche legate all'età.

Spesso i giudici in simili situazioni ricorrono all'amministrazione di sostegno, strumento che per la sua duttilità è adatto a regolarsi a seconda dei problemi e delle esigenze della persona che necessita di protezione.

L'istituto, si è in particolare sottolineato, risponde alle esigenze di protezione del soggetto in età avanzata perché consente di assisterlo e proteggerlo senza in alcun modo pregiudicare la personalità dell'anziano, che non viene recluso dal consorzio civile, sicché le sue residue energie psico-fisiche non vengono mortificate ma sviluppate e salvaguardate.

Si è così ad esempio nominato un amministratore di sostegno in casi in cui i soggetti si trovavano in una situazione di limitazione quasi totale delle capacità, ma, a causa dell'età avanzata e della mancanza di iniziativa e di autonomia nel recarsi al di fuori della propria abitazione, non vi era il rischio di pericoli derivanti da comportamenti approfittatori di estranei. In simili ipotesi è stato ritenuto sufficiente pertanto un amministratore di sostegno tale da vigilare sulle modalità di vita, sui contatti con l'esterno e da rappresentare la persona negli atti di gestione patrimoniale. In questi casi spesso la giurisprudenza fa comunque riferimento agli aspetti patrimoniali ritenendo che l'assenza di "una struttura particolarmente complessa del patrimonio del beneficiario" consente di evitare lo strumento della interdizione.

²²⁵ Cass. 4866/2010.

Quando dunque l'età avanzata comporta un'impossibilità di provvedere ai propri interessi può essere opportuna la nomina di un amministratore di sostegno, piuttosto che l'utilizzo di un rimedio ben più invasivo della libertà della persona quale l'interdizione o l'inabilitazione.

L'istituto è stato altresì utilizzato, quasi come una procura controllata, da un'anziana signora eccezionalmente lucida e determinata che ha direttamente richiesto la nomina di un amministratore di sostegno, il cui operato sia controllato dal giudice, al fine di essere rappresentata nella gestione dei propri beni-

Si sottolinea d'altro canto che l'età da sola, seppur avanzata, non è sufficiente a giustificare la nomina di un amministratore.

A fronte infatti di provvedimenti che hanno nominato l'amministratore di sostegno a persone anziane, senza particolari patologie, vi sono altri provvedimenti con i quali l'organo giudicante ha ritenuto di rigettare il ricorso volto alla nomina di un amministratore di sostegno.

In particolare in un caso il giudice di fronte ad una persona, più che novantenne, ma perfettamente in grado di badare a stessa ha rilevato come alla luce dei principi introdotti dalla novella sia necessario al fine di istituire l'amministratore che l'interessato abbia bisogno di un'assistenza, cosa non necessariamente sussistente quando la persona, pur avanti con l'età, non ha particolari problemi di salute o deficienze intellettive. Principio informatore della legge è infatti quello secondo cui il provvedimento deve comportare la minor limitazione possibile della capacità d'agire²²⁶.

Il destinatario del provvedimento di amministrazione di sostegno deve mantenere quanto meno in misura ridotta una propria autonomia e capacità, risultando necessario da un lato, per il giudice, tener conto anche delle richieste formulate dallo stesso beneficiario, e dall'altro per l'amministratore informare il beneficiario dei diversi atti da compiere, raccogliendo il suo assenso e considerando nel proprio agire anche le aspirazioni di questi.

La residua capacità del beneficiario (soggetto che dialoga con il proprio amministratore e con il giudice) non può essere compressa sino al punto che la manifestazione del consenso a trattamenti sanitari e terapeutici possa essere prestata dall'amministratore di sostegno, in totale sostituzione del beneficiario. Solo nell'ipotesi di interdizione è legittima la sostituzione nella prestazione del consenso informato, (ai sensi dell'art. 6 della Convenzione di Oviedo 4 aprile 1997, ratificata e resa esecutiva in Italia con la legge 28 marzo 2001, n. 145).

Riguardo alla modulazione dei poteri dell'amministrazione di sostegno, nello specifico sarà il giudice tutelare a dover individuare, caso per caso, il giusto punto di equilibrio tra necessità di salvaguardia della salute e rispetto del principio di autodeterminazione.

I numerosi interventi giurisprudenziali che si sono succeduti dal momento dell'emanazione della legge da una parte hanno dimostrato una forte richiesta di tale istituto e dall'altra hanno messo in evidenza alcune questioni problematiche.

²²⁶ Trib. Modena 21/12/2005.

2.3.1 L'applicazione dell'istituto agli anziani

Tra i casi di applicazione dell'istituto si evidenzia anche l'ipotesi, non espressamente prevista dalla legge, ma molto frequente, di persone che perdono l'autonomia pur in assenza di particolari patologie solamente per problematiche legate all'età.

Spesso i giudici in simili situazioni ricorrono all'amministrazione di sostegno, strumento che per la sua duttilità è adatto a regolarsi a seconda dei problemi e delle esigenze della persona che necessita di protezione.

L'istituto risponde alle esigenze di protezione del soggetto in età avanzata perché consente di assisterlo e proteggerlo senza in alcun modo pregiudicare la personalità dell'anziano, che non viene recluso dal consorzio civile, sicché le sue residue energie psico-fisiche non vengono mortificate ma sviluppate e salvaguardate.

Si è così ad esempio nominato un amministratore di sostegno in casi in cui i soggetti si trovavano in una situazione di limitazione quasi totale delle capacità, ma, a causa dell'età avanzata e della mancanza di iniziativa e di autonomia nel recarsi al di fuori della propria abitazione, non vi era il rischio di pericoli derivanti da comportamenti approfittatori di estranei.

In simili ipotesi è stato ritenuto sufficiente pertanto un amministratore di sostegno tale da vigilare sulle modalità di vita, sui contatti con l'esterno e da rappresentare la persona negli atti di gestione patrimoniale.

In questi casi spesso la giurisprudenza fa comunque riferimento agli aspetti patrimoniali ritenendo che l'assenza di "*una struttura particolarmente complessa del patrimonio del beneficiario*" consente di evitare lo strumento della interdizione.

Quando dunque l'età avanzata comporta un'impossibilità di provvedere ai propri interessi può essere opportuna la nomina di un amministratore di sostegno, piuttosto che l'utilizzo di un rimedio ben più invasivo della libertà della persona quale l'interdizione o l'inabilitazione.

L'istituto è stato altresì utilizzato, quasi come una procura controllata, da un'anziana signora eccezionalmente lucida e determinata che ha direttamente richiesto la nomina di un amministratore di sostegno, il cui operato sia controllato dal giudice, al fine di essere rappresentata nella gestione dei propri beni ²²⁷.

Si evidenzia d'altro canto che l'età da sola, seppur avanzata, non è sufficiente a giustificare la nomina di un amministratore di sostegno. A fronte infatti di provvedimenti che hanno nominato l'amministratore di sostegno a persone anziane, senza particolari patologie, vi sono altri provvedimenti con i quali l'organo giudicante ha ritenuto di rigettare il ricorso volto alla nomina di un amministratore di sostegno.

In particolare in un caso il giudice di fronte ad una persona, più che novantenne, ma perfettamente in grado di badare a se stessa ha rilevato come alla luce dei principi introdotti dalla novella sia necessario al fine di istituire l'amministratore che l'interessato abbia bisogno di un'assistenza, cosa non necessariamente sussistente quando la persona, pur avanti con l'età, non ha particolari problemi

²²⁷ Trib. Pinerolo 4/11/2004.

di salute o deficienze intellettive. Principio informatore della legge è infatti quello secondo cui il provvedimento deve comportare la minor limitazione possibile della capacità d'agire.²²⁸

La nomina di un amministratore di sostegno può essere disposta anche nel caso in cui la beneficiaria mantenga la propria capacità di intendere e di volere ma si trovi per l'età avanzata e per la fragilità che tale condizione comporta in posizione svantaggiata (nella specie si trattava di una donna di 81 anni sana sotto il profilo mentale e fisico ma non in grado di occuparsi autonomamente del proprio patrimonio)²²⁹

L'istituto dell'amministrazione di sostegno presuppone l'attualità della situazione che ne giustifichi la nomina e non già la mera eventualità che essa si realizzi in un futuro più o meno prossimo, così da strutturare il provvedimento come una sorta di nomina condizionata a un evento incertus an e incertus quando. (Nella specie, il tribunale di Catania, su conforme parere del Pm, ha rigettato l'istanza di nomina di un amministratore di sostegno presentata da un'anziana donna, di 85 anni, sul rilievo che quest'ultima era perfettamente lucida e non affetta da alcuna²³⁰

2.3.2 Consenso al trattamento sanitario del beneficiario dell'amministrazione di sostegno

In considerazione del diritto tutelato dagli artt. 2, 13 e 32 Cost. di autodeterminazione della persona al rispetto del percorso biologico naturale, può autorizzarsi l'amministratore di sostegno, ex artt. 404 e 405 c.c., in presenza di una chiara volontà in tal senso espressa dal beneficiario, a negare il consenso ai sanitari di praticargli qualsivoglia terapia di sopravvivenza artificiale e attuata con strumenti meccanici (ventilazione, alimentazione, idratazioni forzate, trasfusioni di sangue) all'atto in cui, senza che sia stata manifestata contraria volontà della persona prima di entrare in stato di incapacità di intendere e di volere, l'evolversi della situazione di fine vita in termini di irreversibilità suggerisca l'adozione delle terapie stesse.

In particolare, in tema di consenso al trattamento sanitario e dichiarazione anticipata, ne consegue che, quando l'interessato non sia in grado di manifestare un dissenso fondato su una valutazione critica della situazione patologica e delle conseguenze che gliene deriverebbero se non vi provvedesse, l'amministratore di sostegno può essere autorizzato a esprimere, in nome e per conto del beneficiario, il consenso informato ai trattamenti terapeutici proposti dai medici, se e in quanto richiesti e/o necessari, ponendo in essere ogni iniziativa conseguente.

(Nella specie, il giudice tutelare ha autorizzato l'amministratore di sostegno a esprimere il consenso informato a indispensabili trattamenti terapeutici in nome e per conto di un soggetto gravemente diabetico, il quale - essendo affetto da disturbo delirante cronico - negava la propria malattia al punto da alimentarsi prevalentemente di miele, così dimostrando di essere incapace di esprimere una autonoma e cosciente valutazione sul proprio stato e sulle conseguenze del rifiuto di sottoporsi a trattamento terapeutico).

L'utilizzo dell'istituto dell'amministrazione di sostegno come strumento per consegnare al futuro le istruzioni relative ai trattamenti sanitari che si dovranno o meno praticare, al sopravvenire di una

²²⁸ Trib. Modena 21/12/2005.

²²⁹ Trib. Catania 21/4/2010.

²³⁰ Trib. Catania 26/2/2009.

situazione di incapacità, è il frutto di un percorso evolutivo che negli ultimi anni ha caratterizzato il rapporto (o, più esattamente, il dialogo) medico-paziente, con riferimento al principio del consenso informato, essendosi giunti alla chiara affermazione della regola secondo cui il medico non solo non può praticare interventi terapeutici senza il consenso del paziente, ma soprattutto non può eseguirli contro la volontà dello stesso.

Si tratta di un principio enunciato dall'ordinamento interno ma anche da norme di rango internazionale.

Viene innanzitutto in rilievo l'articolo 32 della Costituzione secondo cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». La norma, letta insieme agli altri principi ricavabili dagli articoli 2 e 13 della Costituzione, esprime il diritto all'autodeterminazione della persona, al rispetto del percorso biologico naturale, e il rifiuto dell'idea che un trattamento sanitario possa essere imposto al paziente per il bene di quest'ultimo anche contro la sua volontà.

È la riaffermazione del consenso informato quale diritto costituzionalmente garantito per ogni persona, non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma eventualmente anche di rifiutare la terapia in tutte le fasi della vita, compresa quella terminale. In tal modo si riveste di nuovi contenuti la relazione medico-paziente attraverso un «processo di adeguamento della nostra concezione dell'atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente» (Comitato di Bioetica, «Dichiarazioni anticipate di trattamento», 18 dicembre 2003).

L'enunciazione del principio del consenso informato si rinviene in altre disposizioni normative interne, come ad esempio l'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 - istitutiva del Ssn - che stabilisce il carattere di norma volontario degli accertamenti e dei trattamenti sanitari; l'articolo 6, comma 1, della legge 19 febbraio 2004 n. 40 che ribadisce la volontà consapevole della donna e dell'uomo in ordine agli eventuali problemi derivanti dalle tecniche di fecondazione assistita; l'articolo 30 del codice di deontologia medica del 1998, che individua i requisiti dell'informazione che deve essere fornita ai fini di un consenso al trattamento sanitario.

2.4 Il ruolo del medico legale nell'ambito dell'abuso sull'anziano

Il medico legale che operi nell'ambito di una struttura pubblica potrebbe essere molto utile ai colleghi ed in particolare al medico di medicina generale per la diagnosi e la valutazione dei casi di violenza, anche per quanto riguarda le denunce obbligatorie all'Autorità Giudiziaria²³¹.

L'art. 365 del Codice Penale statuisce l'obbligo di Referto, atto scritto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'Autorità Giudiziaria di aver prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, e ne punisce l'omissione dolosa, che consiste nella volontà di omettere o ritardare la presentazione dello stesso.

All'obbligo di referto è tenuto ogni esercente una professione sanitaria, pertanto Medici Chirurghi ed Odontoiatri, Infermieri, etc. ; questi sono tenuti al referto quando abbiano effettuato direttamente una prestazione professionale che può avere una relazione con un delitto procedibile d'ufficio. I delitti procedibili d'ufficio compiuti ai danni di un anziano soggetto a maltrattamento sono rappresentati: delitti contro la vita; delitti contro l'incolumità individuale; delitti sessuali; delitti contro la libertà individuale e delitti contro la famiglia²³².

²³¹ Comitato nazionale per la bioetica, bioetica e diritti degli anziani, Presidenza del consiglio dei ministri, 20/1/2006.

²³² Puccini C., Istituzioni di medicina legale, ed. Ambrosiana, 2003.

Qualora il sanitario constati la possibile- ricorrenza di un delitto procedibile d'ufficio, ha il dovere, non solo effettuare una diagnosi clinica, ma anche di indagare circa le cause e le circostanze nelle quali si è realizzato il fatto che ha prodotto la lesione. Il medico infine deve poter stabilire se la natura della lesione, sia stata fortuita, dolosa o colposa.

L'obbligo di Referto viene a mancare nel caso in cui la presentazione del referto possa esporre la persona assistita a procedimento penale (art.365, c.p.) e nel caso in cui il medico ometta di presentare il referto per la necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocimento nella libertà o nell'onore.

Il Codice di Procedura Penale, all'art. 334 detta le norme riguardanti la parte formale del referto. Il referto deve indicare la “...persona cui è stata prestata assistenza, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quant'altro valga ad identificarla...il luogo, il tempo e le altre circostanze del fatto, i mezzi coi quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”²³³ ; incompletezza di referto equivale ad omissione dello stesso. Per quanto riguarda il termine di consegna del referto, il medico deve “... farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo...immediatamente” al “pubblico ministero o qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo...o più vicino” in forma scritta, su carta a lui intestata. Il medico è punito sia in caso di mancato recapito che in caso di ritardo.

L'altra denuncia obbligatoria è il Rapporto, atto col quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio denuncia all'Autorità giudiziaria un reato procedibile d'ufficio di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle suo funzioni o del suo servizio. All'obbligo di rapporto, diversamente da quanto concerne l'obbligo di referto, sono quindi tenuti solo i professionisti sanitari che assumono la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. Il rapporto deve, a differenza del referto, esporre gli elementi essenziali del fatto, indicare il giorno dell'acquisizione della notizia e le fonti di prova note; quando possibile, deve inoltre contenere le generalità, il domicilio e quant'altro sia utile all'identificazione della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti. (art.332, cpp). Anche il destinatario del rapporto è rappresentato dal Pubblico Ministero o dall'Ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino ai quali il rapporto deve presentato e trasmesso senza ritardo. Per il rapporto non sono previste circostanze esimenti.

Quanto alla presentazione, qualora più persone siano obbligate al referto o al rapporto per il medesimo fatto, esse possono redigere e sottoscrivere un unico atto.

2.4.1 Diagnosi di abuso

La formazione medico-legale, che prevede insegnamenti circa la traumatologia, le lesioni personali e la tanatologia, può risultare d'aiuto anche nel riconoscimento dei marcatori di abuso quali segni di violenza.

Gli scopi della traumatologia forense sono la determinazione della natura e dell'entità del trauma in base ai caratteri clinici ed anatomico-patologici delle lesioni; l'accertamento delle circostanze,

²³³ Fallani M., medicina legale, ed. Esculapio, 2007.

distinguendo, tra gli altri, i casi di omicidio da quelli di suicidio, i casi di disgrazia accidentale da quelli di autolesionismo.

Alcuni dei tredici marcatori forensi individuati per indagare l'abuso sull'anziano sono lesioni personali in merito alle quali è richiesto il giudizio di un perito. Il medico legale deve esprimersi circa la natura della lesione, da dedursi attraverso l'osservazione dei segni anatomici e funzionali; le cause ed i mezzi che l'hanno prodotta basandosi su fatti circostanziali e caratteristiche morfo-funzionali della lesione; l'epoca alla quale risale la lesione; la durata dell'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni e le conseguenze permanenti.

È auspicabile comunque che i medici legali e gli altri specialisti facciano parte di un team multidisciplinare che, di fronte al sospetto di un caso di violenza, fornisca una valutazione di tipo globale. Così facendo, si potrà garantire alla vittima di violenza un'adeguata assistenza nell'immediato, una corretta e dettagliata valutazione forense e un tempestivo intervento giudiziario.

Il vincolo che lega l'attività medico-legale e la pubblica sicurezza può risultare in una "barriera" per l'attività in quanto molte vittime di violenza manifestano riluttanza nel coinvolgere le forze dell'ordine, per il timore delle conseguenze che tale coinvolgimento potrebbe determinare nella propria sfera privata.

Uno sforzo per rimuovere questo ostacolo è stato messo in atto ad Amburgo (Germania), gli specialisti forensi hanno creato un centro dove offrire volontariamente visite e consulto a pazienti che sono stati vittime di abuso o violenza sessuale senza un automatico coinvolgimento delle forze dell'ordine. Nel caso in cui gli individui scelgano di non mettere a conoscenza le autorità degli eventi occorsi, la documentazione forense circa la lesione e le prove biologiche della stessa, rimangono all'interno del rapporto confidenziale tra il medico e il paziente. La documentazione e le prove non trasmesse alle autorità vengono archiviate per un periodo di 24 mesi in vista di un possibile ripensamento della vittima.

Il medico legale può essere chiamato in caso di decesso della persona anziana, possibile vittima di violenza, per determinare le cause e le modalità della morte. Le indagini forensi non si esauriscono con l'effettuazione di un riscontro autoptico sulla vittima ma, in molti casi, devono comprendere la revisione delle cartelle cliniche, l'effettuazione di test tossicologici, di indagini radiologiche, culturali e sierologiche.

All'esame esterno va valutato lo stato nutrizionale, di idratazione e le condizioni igieniche del corpo dell'anziano. Il reperto di piaghe da decubito richiede la misura delle loro dimensioni, profondità e localizzazione; anche ecchimosi, escoriazioni o lacerazioni, e fratture devono essere minuziosamente documentate riportando la loro estensione, colorazione e localizzazione.

L'esame autoptico interno permette di disporre di ulteriori marcatori di abuso e neglect. Deve essere valutato il trofismo degli organi interni e l'eventuale presenza di patologie a carico dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, di processi infettivi e tumorali.

Il contenuto dello stomaco e dell'intestino andrebbe documentato sia macroscopicamente che microscopicamente; allo stesso modo andrebbe fatta una valutazione grossolana, a livello microscopico e radiologica dell'apparato scheletrico; i genitali esterni ed interni dovrebbero essere valutati per escludere la violenza sessuale, ricordando che i cambiamenti ormonali e correlati all'età li rendono più suscettibili alle lesioni da penetrazione.

Certo non è possibile effettuare tali indagini su tutti gli ultrasessantacinquenni deceduti, sia a per motivazioni economiche che organizzative, è quindi auspicabile che venga elaborato un appropriato protocollo che permetta l'esame dei decessi degli anziani, soprattutto dei casi in cui vi sia sospetto di abuso o neglect. Tale protocollo potrebbe migliorare l'approccio dei medici al fenomeno dell'abuso.

Una collaborazione tra esperti in medicina legale e specialisti di altri settori, quali geriatri, odontoiatri, radiologi, etc. è comunque auspicabile in quanto fondamentale per ottenere tutte le informazioni utili a definire se l'anziano sia stato o meno vittima di violenza²³⁴.

²³⁴ Dier C.B., Connolly M.T., Mc. Feely P., *The Clinical and Medical forensic of abuse and neglect*, 2003.

CAPITOLO III

Indagine presso la Procura della Repubblica di Bologna sui reati di cui agli artt. 572 e 643 c.p.; presso il Tribunale di Bologna sull'istituto dell'amministratore di sostegno

3.1 Materiale e metodi

Il fenomeno dell'elder abuse and neglect sinora è stato ignorato e sottovalutato nella società, da alcuni anni sono state approntate iniziative e legislazioni sull'abuso dei minori e delle donne, mentre il tema del maltrattamento sugli anziani è comparso solamente da pochi anni nel dibattito scientifico.

Il tema è ormai concordemente considerato un problema complesso e multidimensionale che può essere innescato da diversi fattori: si può trattare, infatti, di aspetti contingenti o di fattori di rischio specifici legati al responsabile dell'abuso e/o alla vittima o alle dinamiche della loro relazione.

Spesso non è immediatamente riscontrato e rilevato perché l'anziano stesso è incapace di segnalare quanto gli succede per paura o per imbarazzo o per deterioramento mentale.

L'importanza accordata alla prevenzione dell'abuso sugli anziani da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha contribuito in modo significativo ad alzare il livello di consapevolezza a livello mondiale.

Tuttavia, 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 ultraottantenni.

Questo studio è stato condotto analizzando i dati forniti dalla Procura della Repubblica di Bologna e dal Tribunale di Bologna.

In particolare, per quanto attiene la Procura di Bologna ed in assenza di una legislazione specifica, si è ritenuto di prendere in esame il reato di "*maltrattamenti contro familiari o conviventi*" (art. 572 c.p.) ed il reato di "*circonvenzione di persone incapaci*" (art. 643 c.p.).

La rilevazione dei dati relativi alle due norme è stata effettuata prendendo in considerazione tutte le denunce sopravvenute ogni anno nella Procura della Repubblica di Bologna per un intervallo temporale compreso tra il 2000 ed il 2013.

Le persone offese sono state successivamente raggruppate per età anagrafica in tre sotto categorie: i minori di sessantacinque anni, coloro che hanno un'età compresa tra sessantacinque anni e settantanove (old) e gli ultra ottantenni (oldest old).

I dati così rilevati sono stati messi in correlazione con la popolazione totale dell'area geografica di competenza della Procura della Repubblica di Bologna, ulteriormente suddivisa anche per la fascia di età degli ultrasessantacinquenni.

Relativamente al Tribunale di Bologna, sono stati raccolti i dati relativi all'istituto dell'amministratore di sostegno ed in particolare alle richieste di nomina dell'amministratore di sostegno sopravvenute ogni anno.

L'intervallo temporale che ha interessato la ricerca è stato individuato dalla data di entrata in vigore dell'istituto (2004) all'anno 2013.

I dati così acquisiti hanno consentito di rilevare l'età anagrafica dei soggetti destinatari dell'amministratore di sostegno ed anche in questo caso si sono individuate le stesse tre sottocategorie utilizzate per la rilevazione dei dati della Procura della Repubblica: minori di sessantacinque anni, età compresa tra sessantacinque anni e settantanove (old) e ultra ottantenni (oldest old).

L'area geografica di riferimento del Tribunale di Bologna è la stessa della Procura della Repubblica di Bologna.

Un ulteriore elemento di valutazione per la successiva discussione è rappresentato dai dati demografici acquisiti relativi alla città di Bologna suddivisi per fasce di età e tra maschi e femmine.

Altro dato acquisito e spunto per la riflessione è la rilevazione del Comune di Bologna delle famiglie "mono-componenti" suddivise per età e per sesso.

3.2 Risultati

Art. 572 c.p.

Anno	Numero R.G.	Vittime <65 anni	Vittime ≥65 anni	Vittime 65-79 anni	≥ 80 anni	%vittime anziane ≥65 anni	%vittime anziane ≥80	Pop anziana residente	Pop residente totale
2000	149	139	10	8	2	6,71%	1,34%	209727	917113
2001	170	148	22	19	3	12,94%	1,76%	212231	921972
2002	195	183	12	9	3	6,15%	1,53%	213349	926798
2003	184	168	16	13	3	8,70%	1,63%	217086	927820
2004	183	166	17	13	4	9,29%	2,18%	220113	935107
2005	214	191	23	17	6	10,75%	2,80%	223443	944279
2006	229	206	23	14	9	10,04%	3,93%	226389	949596
2007	289	252	37	25	12	12,80%	4,15%	228460	954682
2008	293	262	31	26	5	10,58%	1,70%	229808	964065
2009	301	267	34	27	7	11,30%	2,32%	230974	976170
2010	349	330	19	11	8	5,44%	2,30%	232030	984341
2011	331	311	20	14	6	6,04%	1,81%	231765	991998
2012	378	332	33	21	12	8,73%	3,17%	***	
2013	448	382	58	36	22	12,95%	4,91%		

(tab. 1)

*** dato non disponibile.

Nella tabella 1 riportata sono indicate tutte le denunce presentate presso la Procura della Repubblica di Bologna per il reato di "maltrattamenti contro familiari o conviventi".

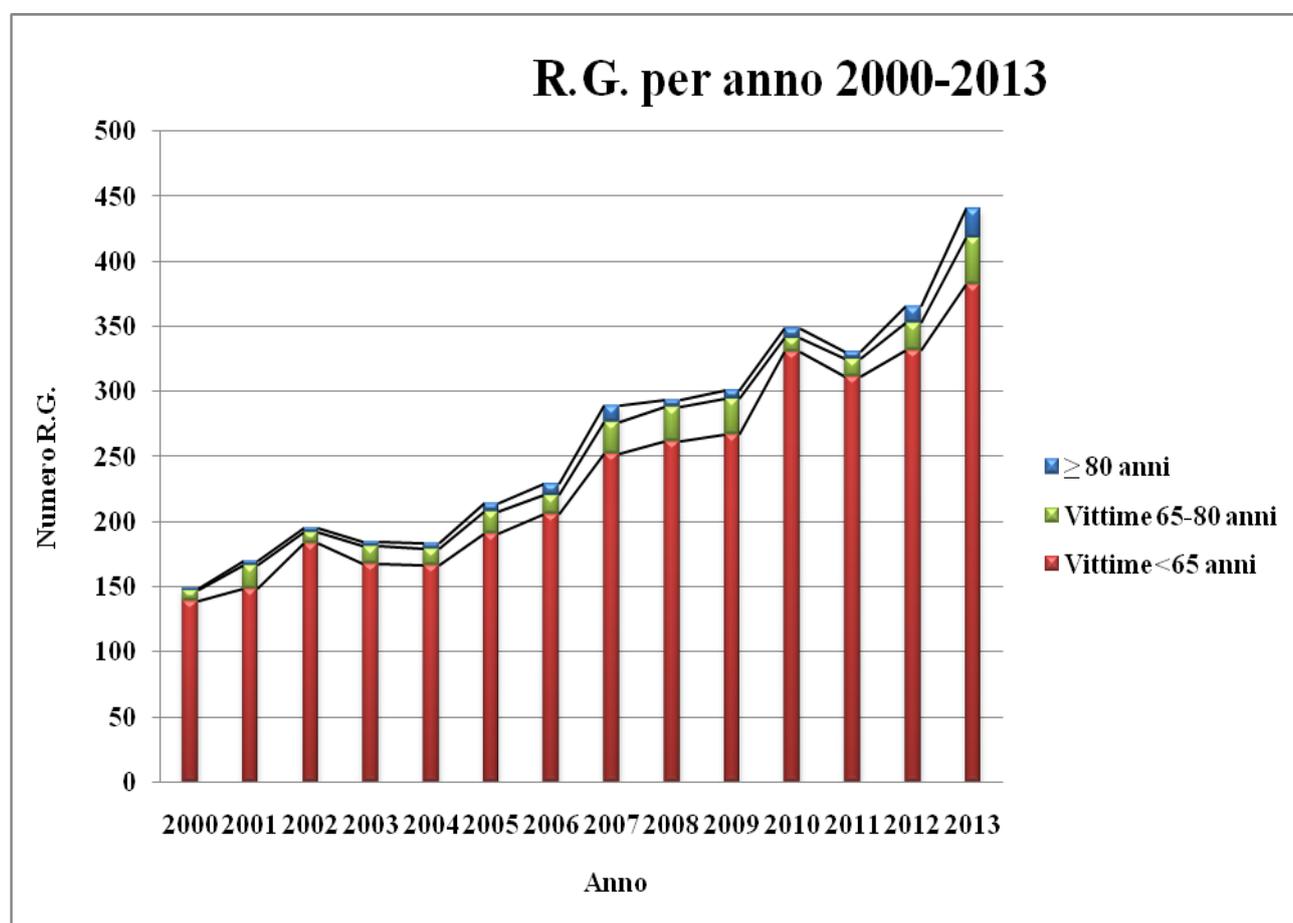
La colonna di sinistra indica l'anno di riferimento ed è direttamente correlata alla colonna successiva che evidenzia il numero complessivo di denunce per quell'anno.

Prendendo, ad esempio, in esame l'anno 2013, si potrà evidenziare che sono pervenute n. 448 denunce per il reato di cui all'art. 572 c.p. di cui n. 382 avevano come persona offesa un soggetto con età inferiore ai sessantacinque anni.

Continuando con l'analisi della tabella, il dato successivo è riferito ai soggetti con età uguale o maggiore a sessantacinque: n. 58.

Questo dato (n. 58 soggetti con età ≥ 65 anni) è stato ulteriormente scorporato tra vittime di età compresa tra 65-79 anni (n. 36. soggetti) ed ultra ottantenni (n. 22).

La rappresentazione in percentuale successiva è riferita ai dati numerici dell'anno di riferimento. Sempre avendo riguardo ad ogni singolo anno, è stata indicata la popolazione complessiva dell'area geografica di competenza della Procura della Repubblica di Bologna – poco meno di un milione di abitanti – e la quota di popolazione anziana residente pari a circa un quarto del totale.



(Grafico 1).

Il grafico 1 è la rappresentazione dei dati numerici sopra descritti: l'asse di sinistra indica il numero di procedimenti penali sopravvenuti, mentre nell'asse di destra ci sono i singoli anni di riferimento. Ogni colonna dell'istogramma è ulteriormente suddivisa in fasce di età: minori di 65 anni, con età compresa tra 65-79 anni e con età uguale o maggiore a 80 anni, rispettivamente indicate con i colori rosso, verde e blu.

Art. 643 c.p.

Num. R.G.	Vittime <65 anni	Vittime ≥65 anni	Vittime 65-79 anni	≥80 anni	%vittime anziane ≥65 anni	%vittime anziane ≥80 anni	Pop anziana anziana residente	Pop residente tot	% pop anziana
82	65	17	8	9	20,73%	10,97%	209727	917113	22,87
60	36	24	8	16	40,00%	26,66%	212231	921972	23,02
54	25	29	9	20	53,70%	37,03%	213349	926798	23,02
40	21	19	10	9	47,50%	22,50%	217086	927820	23,4
43	24	19	5	14	44,19%	32,55%	220113	935107	23,54
109	67	42	22	20	38,53%	18,34%	223443	944279	23,66
55	32	23	11	12	41,82%	21,81%	226389	949596	23,84
43	26	17	10	7	39,53%	16,27%	228460	954682	23,93
68	32	36	17	19	52,94%	27,94%	229808	964065	23,84
47	27	20	11	9	42,55%	19,14%	230974	976170	23,66
58	35	23	12	11	39,66%	18,96%	232030	984341	23,57
48	15	33	17	16	68,75%	33,33%	231765	991998	23,36
38	10	27	13	14	71,05%	36,84%	***		
41	17	23	12	11	56,10%	26,82%			

(Tab. 2).

*** dato non disponibile.

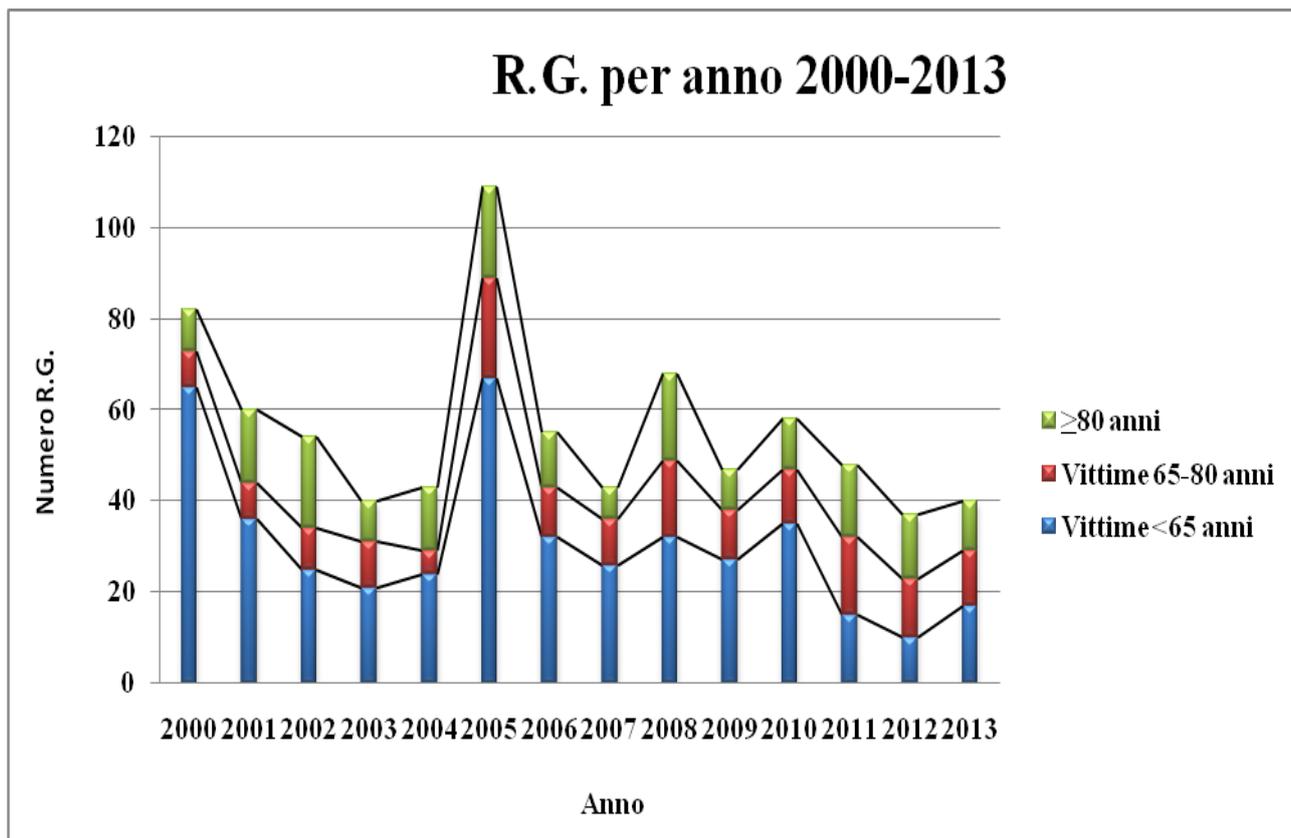
Nella tabella 2, di seguito riportata, sono indicate tutte le denunce presentate presso la Procura della Repubblica di Bologna per il reato di “*circonvenzione di persone incapaci*”.

Analogamente alla tabella 1, la colonna di sinistra indica l’anno di riferimento ed è direttamente correlata alla colonna successiva che evidenzia il numero complessivo di denunce per quell’anno.

Prendendo in esame, esemplificativamente, l’anno 2013, si nota che sono pervenute n. 41 denunce per il reato di cui all’art. 643 c.p. di cui n. 17 con persona offesa un soggetto con età inferiore ai sessantacinque anni.

I soggetti con età uguale o maggiore a sessantacinque sono in totale n. 23 di cui n. 12 hanno un’età compresa tra 65-79 anni e n. 11 sono ultra ottantenni.

Analogamente alla tabella n. 1 la rappresentazione in percentuale successiva è riferita ai dati numerici dell’anno di riferimento, mentre le ultime due colonne riportano ancora la popolazione complessiva dell’area geografica di competenza della Procura della Repubblica di Bologna e la quota di popolazione anziana residente pari a circa un quarto del totale.

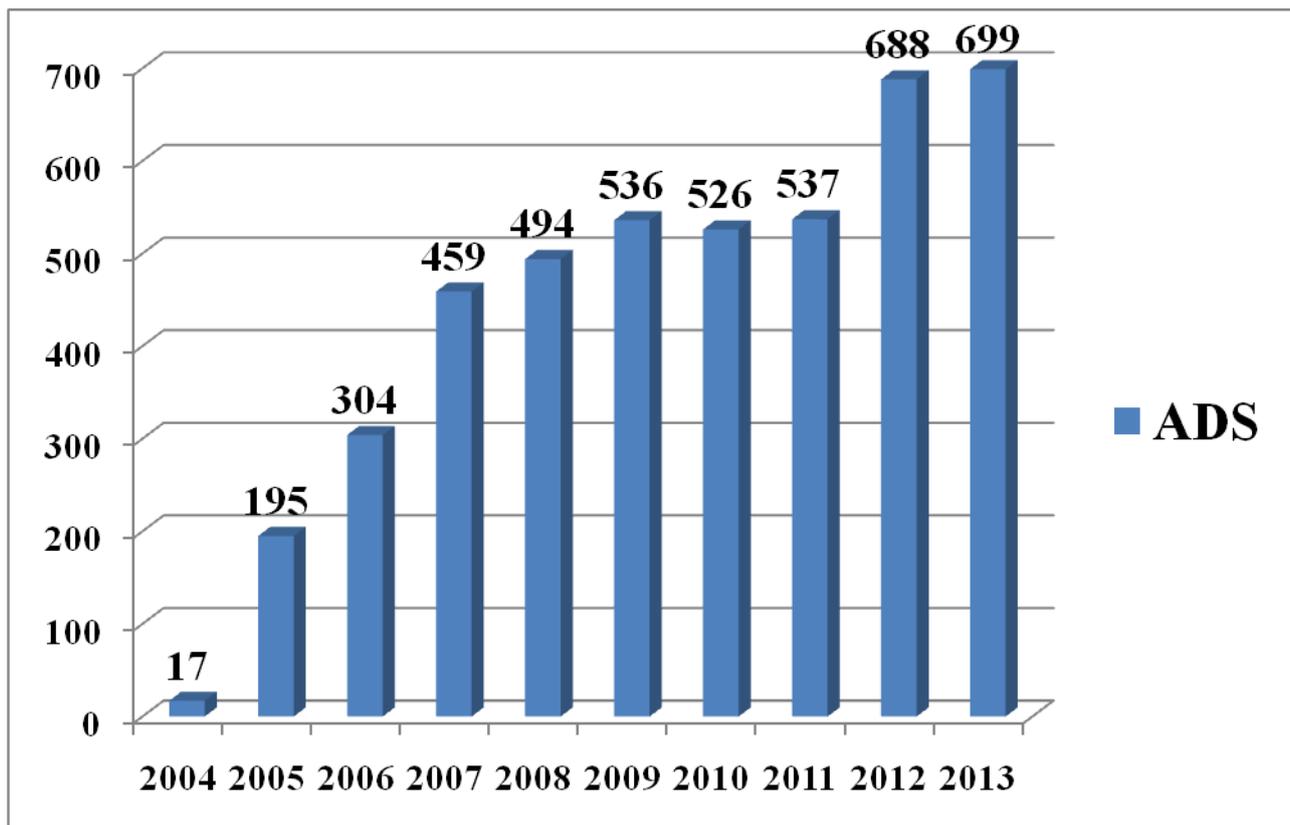


(Grafico 2).

Il grafico 2 è la rappresentazione dei dati numerici sopra descritti. L'asse di sinistra indica il numero di procedimenti penali sopravvenuti, mentre nell'asse di destra ci sono i singoli anni di riferimento. Anche in questo caso, ogni colonna dell'istogramma è ulteriormente suddivisa in fasce di età: minori di 65 anni, con età compresa tra 65-79 anni e con età uguale o maggiore a 80 anni, rispettivamente indicate con i colori blu, rosso e verde.

Seconda parte della ricerca è quella relativa alle richieste di nomina dell'amministratore di sostegno presentate innanzi al Giudice Tutelare del Tribunale di Bologna sopravvenute ogni anno.

Richieste di nomina di amministratore di sostegno presentate al giudice Tutelare del Tribunale di Bologna



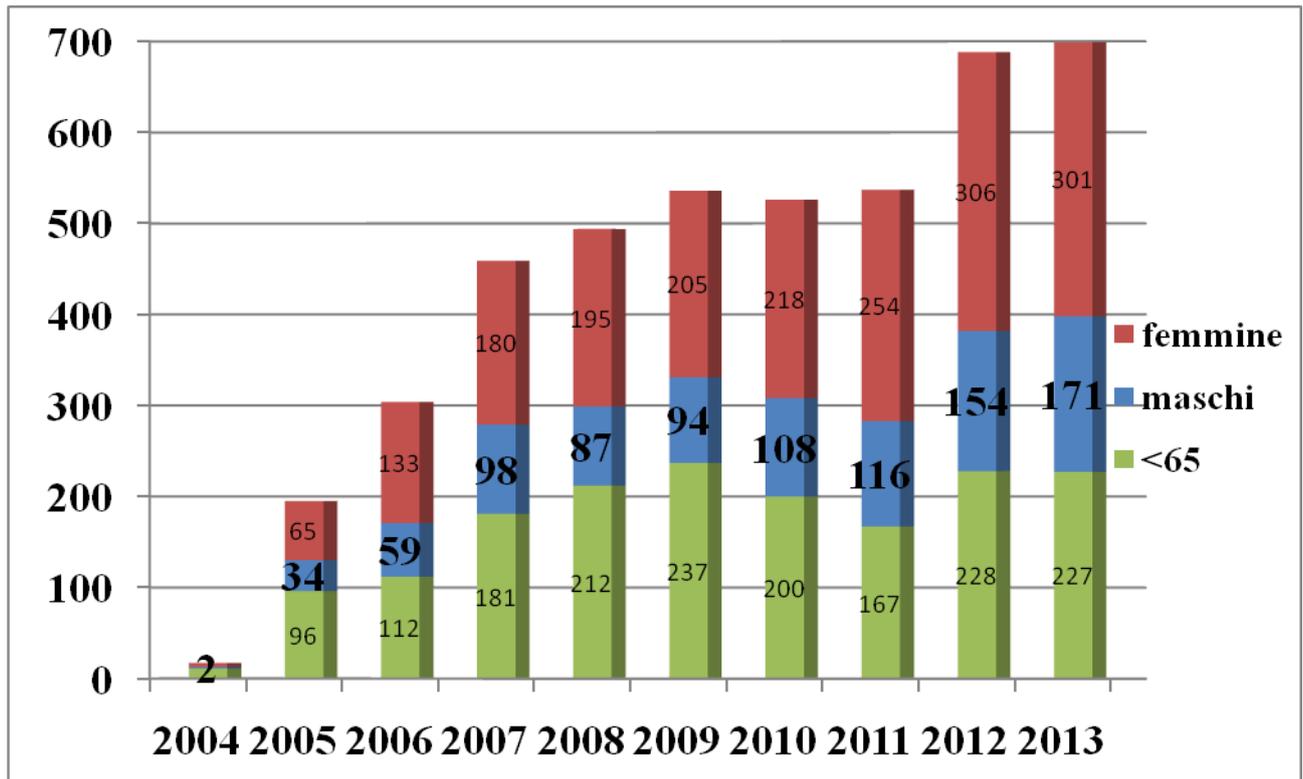
(Grafico 3).

L'asse di sinistra del grafico 3 indica il numero delle istanze pervenute, mentre l'asse di destra è relativo alla suddivisione per anno.

Il totale dei campioni rilevati, ad eccezione dell'anno di entrata in vigore dell'istituto (2004), dimostra che l'amministratore di sostegno è figura giuridica conosciuta nell'area geografica di riferimento a cui la popolazione fa ricorso.

Nei dieci anni di vigenza dell'istituto sono n. 4455 le richieste totali di nomina pervenute al Giudice Tutelare del Tribunale di Bologna.

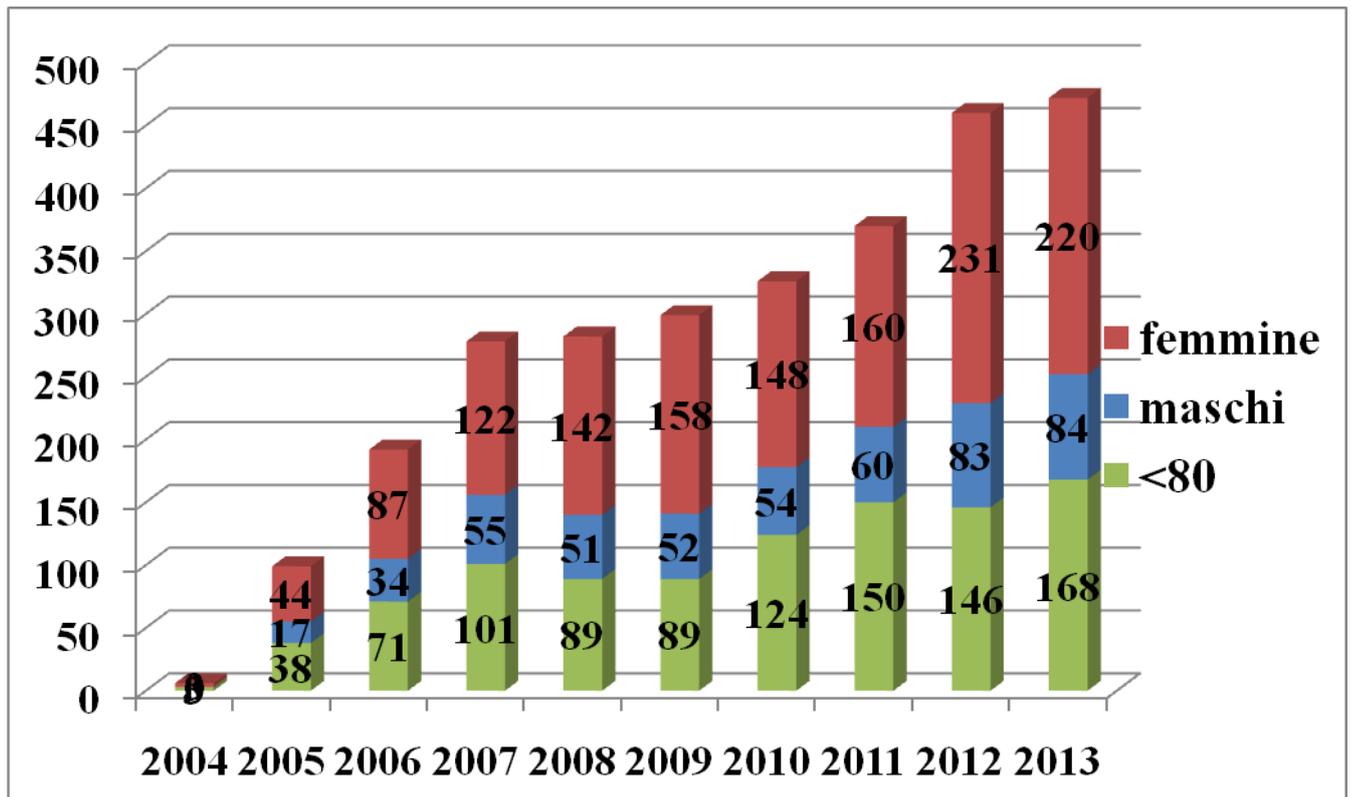
Soggetti anziani di età uguale o superiore a 65 anni



(Grafico 4).

Il grafico 4 è la rappresentazione dei dati numerici sopra descritti: l'asse di sinistra indica il numero di procedimenti penali sopravvenuti, mentre nell'asse di destra ci sono i singoli anni di riferimento. Ogni colonna dell'istogramma è ulteriormente suddivisa in fasce di età: minori di 65 anni e con età uguale o maggiore a 65 anni. Questa seconda fascia di età (vittime ≥ 65 anni) è ulteriormente suddivisa in maschi e femmine rispettivamente indicate con i colori blu e rosso.

Soggetti anziani di età uguale o superiore a 80 anni



(Grafico 5).

Con il grafico 5 si è preso in esame il campione solo delle istanze di nomina di amministratore di sostegno in favore di soggetti ultrasessantacinquenni.

Ogni colonna dell'istogramma rappresenta l'ulteriore suddivisione dei soggetti anziani di età uguale o superiore a 80 anni ripartita in maschi e femmine.

Si ha, quindi, con il colore verde l'indicazione dei beneficiari di età compresa tra 65 e 79 anni, mentre con i colori blu e rosso rispettivamente i maschi e le femmine ultraottantenni.

Richieste di nomina dell'amministratore di sostegno

Anno	ADS	≥ 65	Maschi	Femmine	≥ 80	Maschi	Femmine
2004	17	35,29%	33,33%	66,67%	50,00%	0,00%	100,00%
2005	195	50,77%	34,34%	65,66%	61,62%	27,87%	72,13%
2006	304	63,16%	30,73%	69,27%	63,02%	28,10%	71,90%
2007	459	60,57%	35,25%	64,75%	63,67%	31,07%	68,93%
2008	494	57,09%	30,85%	69,15%	68,44%	26,42%	73,58%
2009	536	55,78%	31,44%	68,56%	70,23%	24,76%	75,24%
2010	526	61,98%	33,13%	66,87%	61,96%	26,73%	73,27%
2011	537	68,90%	31,35%	68,65%	59,46%	27,27%	72,73%
2012	17	66,86%	33,48%	66,52%	68,26%	26,43%	73,57%
2013	699	67,53%	36,23%	63,77%	64,41%	27,63%	72,37%

(Tab. 3).

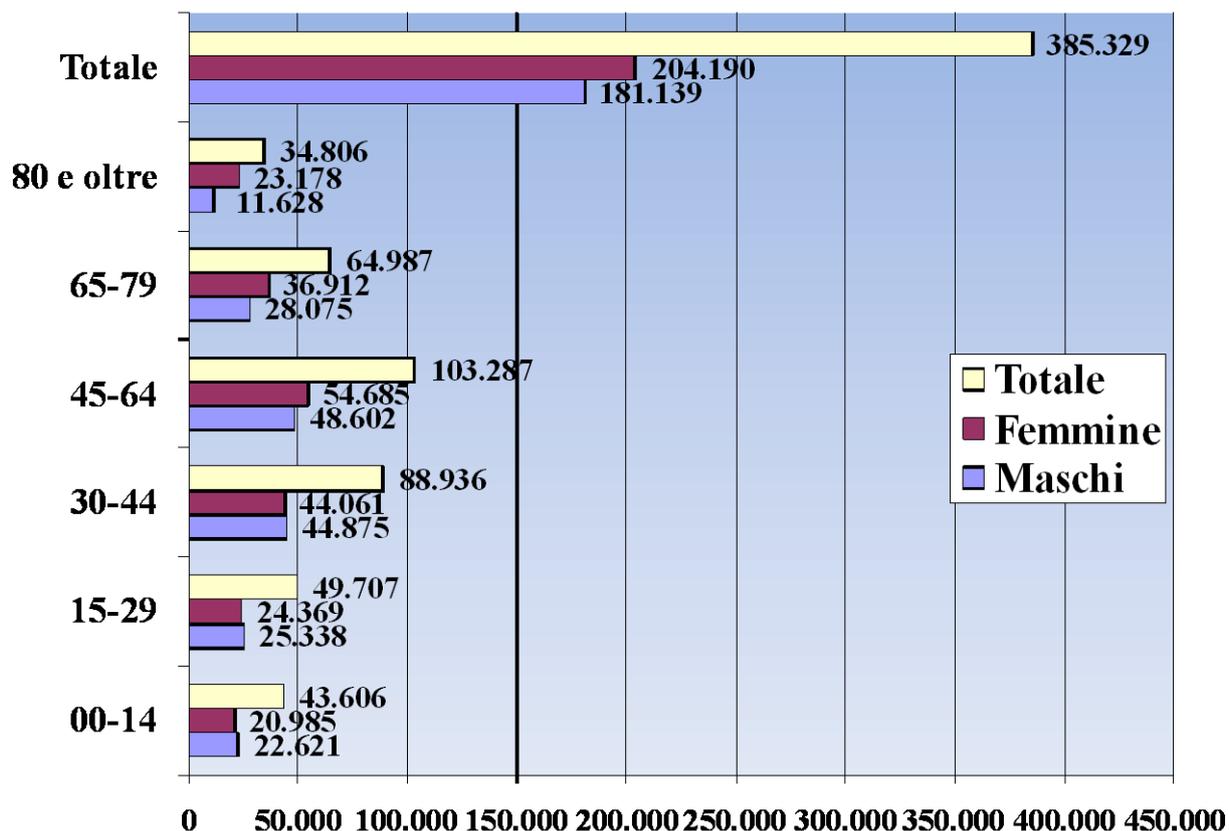
Nella tabella 3 sono riepilogati, nel loro complesso, i dati relativi alle richieste di nomina dell'amministratore di sostegno già evidenziati nei grafici 3,4, e 5.

Ciò che appare di tutta evidenza è la prevalenza delle femmine rispetto ai maschi quali beneficiarie dell'istituto. Prendendo in esame l'anno 2013, su di un totale di richieste pari a n. 699, il 67,5% (n. 472) sono soggetti anziani di cui il 36,2% maschi (n. 171) ed il 63,7% femmine (n. 301). Il dato è costante in tutti gli anni della rilevazione.

Scorporando ulteriormente coloro che hanno età uguale o maggiore ad 80 anni rispetto al totale degli ultrasessantacinquenni, essi rappresentano il 64,4% (n.304) di cui il 27,6% maschi (n. 84) ed il 72,3% femmine (n. 220). Anche in questo caso il dato è costante negli anni.

Da questa analisi appare del tutto evidente il divario tra maschi e femmine: negli ultrasessantacinquenni beneficiari dell'amministratore di sostegno due su tre sono donne e la forbice si divarica ulteriormente tra gli ultraottantenni dove quasi tre su quattro sono donne.

Anno 2012 popolazione Bologna

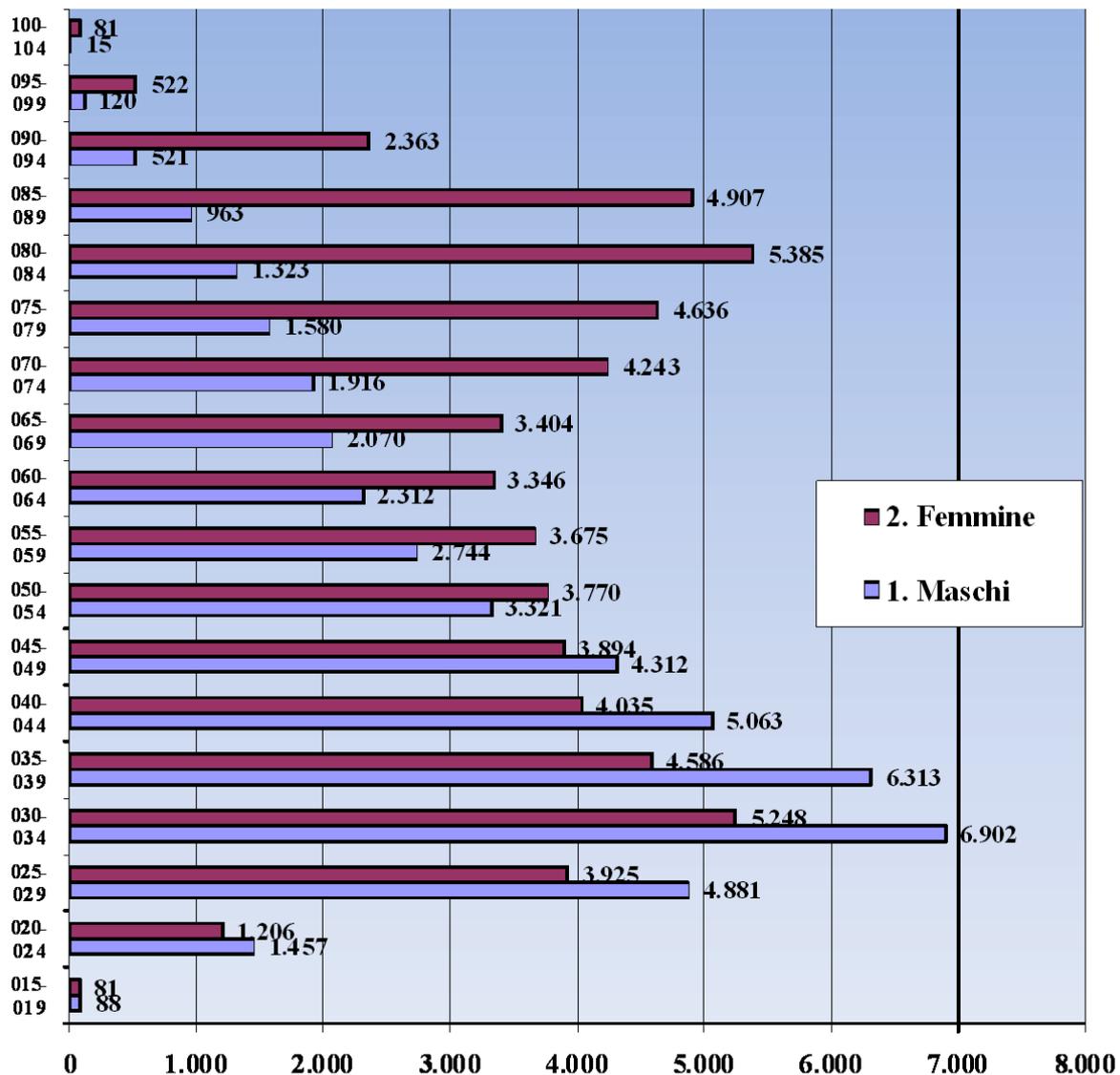


(Grafico 6).

Nel grafico 6 è riportata la popolazione della sola città di Bologna (senza i Comuni della provincia), aggiornata all'anno 2012, suddivisa per fasce di età anagrafica e per genere.

Si può notare come fino alla fascia di età 30-44 vi sia una predominanza dei maschi rispetto alle femmine, salvo poi invertirsi costantemente la tendenza. Si giunge, addirittura, al segmento dei soggetti di ultraottantenni in cui le donne sono il doppio degli uomini.

Famiglie mono componenti Bologna anno 2012



(Grafico 7).

Con il grafico 7 si riporta la rilevazione del Comune di Bologna, relativa all'anno 2012, dei nuclei familiari "mono-componenti".

Anche in questo caso, come nel grafico 6. fino al segmento di età 45-49 abbiamo una prevalenza di soggetti "mono-componenti" maschi, salvo poi invertirsi nuovamente la tendenza.

In questo caso il divario rispetto al dato anagrafico del grafico precedente è ancora maggiore: le donne ultraottantenni che vivono sole a Bologna sono n. 13258 rispetto a n. 2942 uomini.

3.3 Discussione

Al fine di potere valutare la portata del fenomeno *elder abuse* anche nel territorio nazionale, si è ritenuto di affrontare un'indagine circa la ricorrenza di denunce/querele presentate, per alcune tipologie di reati, in una determinata area geografica.

E' stato preso come riferimento territoriale l'area della provincia di Bologna che si compone di circa 991.000 di cui quasi un quarto sono soggetti ultrasessantacinquenni.

Le Autorità Giudiziarie che hanno fornito i dati sono la Procura della Repubblica ed il Tribunale di Bologna che hanno competenza per tutto il territorio di Bologna e provincia.

Per svolgere questa indagine si è tenuta in debita considerazione la letteratura scientifica internazionale in cui la tematica è conosciuta e oggetto di discussione da oltre trent'anni e quella nazionale che risulta estremamente ridotta.

In particolare, sono solo due gli articoli presenti che analizzano il fenomeno dell'abuso dell'anziano in Italia sotto il profilo della segnalazione all'Autorità giudiziaria:

- a) Maria Gabriella Melchiorre, Carlos Chiatti & Giovanni Lamura (2012): *Tackling the Phenomenon of Elder Abuse in Italy: A Review of Existing Legislation and Policies as a Learning Resource*, Educational Gerontology, 38:10, 699-712;
- a) A. Molinelli, P. Odetti, L. Viale, M.C. Landolfi, C. Flick, F. De Stefano, *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, Medical, legal and geriatric aspects of elder abuse, G. Gerontol 2007; 55:170-180.

Entrambe le pubblicazioni concordano nell'evidenziare che nel nostro paese, nonostante la tendenziale crescita demografica della popolazione anziana, è assente una speciale legislazione a favore delle persone in età avanzata.

Nella ricognizione della normativa nazionale che è stata svolta, entrambi i lavori scientifici concordano nel ritenere che "nel Codice Civile non vi sono riferimenti diretti agli anziani" e "nel Codice Penale vi sono rare citazioni specifiche di tale figura".

Gli autori individuano una serie molto ampia di reati collegati alla fenomenologia delle condotte di maltrattamento sull'anziano. Alcune di queste norme penali sono comuni ad entrambe le pubblicazioni: vedasi gli artt. 570 (*violazione degli obblighi di assistenza familiare*), 571 (*abuso dei mezzi di correzione o disciplina*), 572 (*maltrattamenti contro familiari o conviventi*), 591 (*abbandono di persone minori o incapaci*) e 643 c.p. (*circonvenzione di persone incapaci*); altre, invece, sono presenti solo nel lavoro indicato con la lettera a) ed in particolare gli artt. 348 (*abusivo esercizio di una professione*), 355 (*inadempimento di contratti di pubbliche forniture*), 443 (*commercio o somministrazione di medicinali guasti*) e 605 c.p. (*sequestro di persona*).

Senza entrare nel merito dei criteri che hanno portato gli estensori ad individuare un così variegato elenco di reati collegati all'alveo della fenomenologia dell'*elder abuse and neglect*, ci si limita a rappresentare che solo nella pubblicazione indicata con la lettera b) si effettua una rilevazione statistica in ambito giudiziario.

Nell'articolo si parla genericamente di “*casistica ligure*” riferita alle denunce pervenute nel quinquennio 2000.2005 in relazione all'elenco di reati sopra indicato ed aventi come persona offesa soggetti anziani. Il risultato di questa rilevazione è di sole tre “*denunce*” nell'intero arco temporale. Singolarmente il periodo successivo della pubblicazione specifica che la ricerca ha analizzato le tre “*sentenze*” (non denunce n.d.a.) “*di merito emanate in Liguria*” ed hanno riguardato soltanto le violazioni previste e punite dagli artt. 572 e 643 c.p.. Probabilmente gli autori nel primo caso intendevano sentenze e non denunce poiché nel proseguo dell'articolo commentano le sentenze.

A parere di chi scrive si ritiene che rilevare la percezione di un fenomeno come il maltrattamento dell'anziano sia certamente complesso e per questa ragione non ci si possa basare sulle sentenze di merito, ma sia necessario avere riguardo al numero di denunce presentate all'Autorità Giudiziaria. Questo per una duplice serie di motivi: il primo è che in un quinquennio (ad es. 2000-2005) non tutti i procedimenti penali incardinati presso la Procura della Repubblica possono giungere a sentenza ed il secondo motivo, ma non certo per ordine di importanza, è rappresentato dalla circostanza che non tutte le denunce vengono definite con sentenza.

Infatti, l'esercizio dell'azione penale è prerogativa del Pubblico Ministero il quale, a seguito dell'attività svolta nelle indagini preliminari e degli elementi di prova raccolti può valutare se esercitarla o, diversamente e senza giungere a sentenza, richiedere l'archiviazione del procedimento senza che quella denuncia varchi mai un'aula di Tribunale.

Ciò che deve essere rilevato ai fini di questa ricerca non è l'esito finale di un procedimento penale che si conclude con una sentenza, ma il momento iniziale in cui un soggetto anziano percepisce di essere vittima di un reato e per questo si determina personalmente o tramite un delegato a rappresentarlo all'Autorità Giudiziaria.

Senza indagare ulteriormente se con il significato di “*sentenze di merito emanate in Liguria*” si intendano solo quelle di primo grado o anche quelle d'Appello – in questo secondo caso la rilevazione nei cinque anni appare oltremodo inadeguata – si condivide che gli unici due reati che possono aprire uno spiraglio da cui potere analizzare il complesso e misconosciuto mondo del maltrattamento in danno di anziani siano quelli di *maltrattamenti contro familiari o conviventi* ex art. 572 c.p. e di *circonvenzione di persone incapaci* ex art. 643 c.p..

Tutto ciò premesso, ai fini della presente ricerca, sono state individuate solo due norme presenti nel codice penale italiano che, pur in assenza di una specifica normativa *to elderly abuse*, possono essere adeguate a dare una dimensione della percezione del fenomeno.

Attraverso la rilevazione dei dati forniti dalla Procura della Repubblica e dal Tribunale di Bologna è stata esaminata l'epidemiologia di un fenomeno la cui diffusione appare preoccupante, sia per l'importanza crescente che la popolazione anziana mondiale assumerà con il passare del tempo su quella totale, sia considerando che non tutti i soggetti qualificati che a vario titolo saranno chiamati ad agire per individuarlo e limitarlo sono adeguatamente formati allo scopo.

Analizzando il quadro legislativo nazionale, inoltre, ci si accorge di una carenza normativa riguardo la popolazione anziana, nonostante questa incida in maniera importante sul totale.

I reati di cui agli artt. 572 e 643 c.p. presi in esame sottolineano che l'abuso dell'anziano rappresenta una realtà ancora il più delle volte misconosciuta, sottostimata e anche poco conosciuta,

si rende necessario 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.

Si deve inoltre specificare che l'abuso verso gli anziani ha bisogno di più attenzione e studio. La maggior parte delle informazioni sull'abuso verso gli anziani sembra provenire dalla ricerca scientifica internazionale.

Anche i dati emersi dalle notizie di reato della Procura della Repubblica di Bologna indicano che il fenomeno dell'elder abuse and neglect è ampiamente sottostimato e non in linea con i documenti della Unione europea e dell'Organizzazione mondiale della sanità che stimano tra il 4% e il 5% del totale della popolazione anziana i soggetti vittime di maltrattamenti.

La rilevazione delle due fattispecie delittuose, in relazione alla popolazione residente dell'area geografica di riferimento è, per tutti gli anni di riferimento (2000-2013), costantemente ed ampiamente al di sotto dello 0,1%.

Per quanto attiene l'istituto dell'amministratore di sostegno, il dato è maggiormente confortante: i soggetti anziani che si rivolgono ad esso sono mediamente oltre il 60% del totale delle richieste presentate.

L'analisi di questo istituto giuridico ha fornito alla ricerca un'ulteriore elemento di valutazione: la componente maschi e femmine dei beneficiari.

Ed il dato appare estremamente significativo, in quanto individua all'interno di una fascia debole come quella dell' "anziano fragile" una netta predominanza delle donne. Si può rilevare che ogni tre anziani (old) due sono donne, divario che si allarga ulteriormente tra gli ultraottantenni (oldest old) in cui ogni quattro ben tre sono ancora donne.

Una chiave interpretativa potrebbe essere fornita dal dato demografico dell'area presa in esame che vede tra gli anziani una prevalenza di femmine rispetto ai maschi che aumenta costantemente con il progredire dell'età anagrafica.

Altro elemento offerto alla discussione strettamente legato alla popolazione ed ai fattori socio-culturali dell'area in esame è rappresentato dai nuclei familiari cosiddetti mono-componenti.

In questo caso il divario di femmine anziane costituenti nuclei familiari mono-componenti è ancora maggiore rispetto al dato demografico precedente: le donne ultraottantenni che vivono sole a Bologna sono n. 13258 rispetto a n. 2942 uomini.

Conclusioni

L'abuso dell'anziano è un problema ancora misconosciuto, non denunciato e per il quale mancano dati statistici di incidenza e prevalenza. Poiché il problema ha molte radici e molte forme, appare importante per il riconoscimento, l'assistenza e la prevenzione, come suggerito dalla letteratura internazionale, l'approccio multidisciplinare che veda gli operatori sanitari, tra cui il medico legale, e gli operatori del diritto entrambi coinvolti.

La risposta alla domanda chi siano gli attori coinvolti nella prevenzione dell'abuso verso gli anziani mostra che la maggior parte delle attività sono condotte da ONG e dal settore sanitario, mentre si ritiene necessario che tutti gli operatori compresi quelli del diritto siano formati sulle forme di abuso agli anziani che vengono perpetrate e si auspica l'applicazione di misure più efficaci quali politiche governative e attenzione legislativa focalizzate sull'anziano, in aggiunta alle misure che sono già state attuate.

La crescita della consapevolezza e leggi che regolino il fenomeno dell'abuso devono essere adottate per fornire un ambiente più sicuro e più sensibile ai segnali dell'abuso sugli anziani.

Peraltro, l'abuso verso gli anziani è materia che attiene ai diritti umani. La ricerca presentata mostra che tra le conseguenze più frequenti dell'abuso sugli anziani vi è la privazione della possibilità di vivere in maniera degna ed indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale, principio che costituisce uno dei diritti umani fondamentali sancito dall'articolo 25 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea.

Misure e politiche di prevenzione, come ad esempio campagne di sensibilizzazione per promuovere un'immagine positiva dell'invecchiamento e una regolamentazione del fenomeno che non permetta la discriminazione e la denigrazione delle persone meno giovani, sono ormai ineludibili.

Questo studio ha inoltre mostrato che la difficoltà sta anche nel definire l'abuso verso gli anziani, perché la stessa definizione risente di influenze culturali.

Nonostante le enormi differenze da un paese all'altro per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, oggi in molti paesi la maggior parte degli anziani non autosufficienti sono ancora seguiti da caregiver informali (per es. parenti, amici, vicini, "badanti"). I caregiver informali spesso vanno incontro ad un rischio elevato di esaurimento e di esclusione sociale a causa del carico fisico e psicologico che grava su di essi. Anche i caregiver professionisti sono sottoposti ad enormi pressioni e non sempre ricevono una formazione e un sostegno che diano loro la possibilità di eseguire in buone condizioni il loro lavoro. Le azioni atte a contrastare l'abuso sugli anziani, quindi, devono affrontare le esigenze dei caregiver e le difficoltà affrontate da tutti coloro - caregiver formali e informali - che dedicano una parte significativa delle loro vite agli anziani non autosufficienti.

Bibliografia

- Abuel, *Abuel Abuse of Elderly in Europe*, [Online]. Available: <http://www.abuel.org/activities.html>.
- Abuse of elder person: recognizing and responding to abuse of older person in a global context*, in: Madrid: Document of the United Nations Economic and Social Council, 2002.
- Action on Elder Abuse, *Annual Report of the trustees and financial statements for the year ending 31 March 2008*, London, 2008.
- Adelson, *The pathology of homicide*, Springfield, Thomas Books, 1974.
- Aitken e Griffin, *Gender issues in elder abuse*, Londra, Sage, 1996.
- Akaza, Bunai, Tsujinaka, Nakamura, Nagai, Tsukata e Ohya, *Elder abuse and neglect: social problems revealed from 15 autopsy cases*, Legal Medicine, vol. 5, 2003.
- American Medical Association, *Diagnostica and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*, Chicago, American Medical Association, 1992.
- Anceschi, *Reati in famiglia e risarcimento del danno*, Milano, Giuffrè Editore, 2005.
- Anetzberger, Bass e Ejaz, *Screening Tools and Referral Protocols stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers*, Journal of Elder Abuse and Neglect, vol. 13, 2001.
- Bandini, Ragazzi, *L'indagine psichiatrico-forense sull'anziano vittima di circonvenzione di incapace*. Riv. Ita. Med. Leg., 1990.
- Barbato, *Le cadute in geriatria*, Firenze, Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, 2007.
- Brubaker e Powers, *The stereotype of "old". A review and alternative approach*, Journal of Gerontology, 1976.
- Burgess, Hanrahan e Baker, *Forensic marker in elder female sexual abuse cases*, Clinics in Geriatric Medicine, vol. 21, n. 2, 2005.
- Burnight e Mosqueda, *Theoretical Model Development in Elder Mistreatment*, U.S. Department of Justice, 2011.
- Burston, *Granny-battering*, Br. M.J., 1975.
- Butler, *Warning signs of elder abuse*, Geriatrics, 1999.
- Campbell, *Health consequences of intimate partner violence*, Lancet, vol. 359, 2002.
- Carrieri, Greco, Catanesi, *La vecchiaia: aspetti criminologici e psichiatrico-forensi*, Milano, Giuffrè Editore, 1992.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Elder Maltreatment*, [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/eldermaltreatment/>.

- Cohen, Halevy-Levin, Gagin e Friedman, *Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 55, n. 8, 2007.
- Cohen, *The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults*, Archives of Gerontology and Geriatrics, vol. 57, 2013.
- Collins, *Elder maltreatment*, Archive of Pathology & Laboratory Medicine, n. 130, 2006.
- Collins, Bennett e Hnazlick, *Elder abuse and neglect*, Archives of Internal Medicine, vol. 160, 2000.
- Cooper, Selwood e Livingston, *Knowledge, detection and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review*, The American Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 17, 2009.
- Correra e Martucci, *I maltrattamenti agli anziani. L'abbandono come negligenza – Le "morti solitarie" nel territorio di Trieste*, Rassegna Italiana di Criminologia, vol. 1, 1994.
- Cristianini, *Geragogia.net*, 2013. [Online]. Available: www.geragogia.net/editoriali/violenza.html.
- Daly e Coffey, *Staff perceptions of elder abuse*, Nursing older people, vol. 2, 2010.
- Department of Health, UK, *No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse*, London, 2000.
- Department of Health, UK, *National service framework for older people*, London, 2001.
- Devons, *Comprehensive Geriatric Assessment: making the most of the aging years*, Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, vol. 5, 2002.
- Fallani, *Traumatologia forense*, in *Medicina Legale*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2002.
- Ferguson e Beck, *H.A.L.F. - A tool to assess elder abuse within the family*, Geriatric Nursing, vol. 4, 1983.
- Ferrel, Stein e Beck, *The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 48, 2000.
- Fox, *Elder Abuse*, Medicine Science and the Law, British Academy of Forensic Sciences, 2012.
- Fulmer, *Screening for Mistreatment of older adults*, The American Journal of Nursing, vol. 108, n. 12, 2008.
- Fulmer e Birkenhauer, *Elder Mistreatment assessment as a part of everyday practice*, Journal of Gerontological Nursing, vol. 3, n. 18, 1992.
- Fulmer, Guadagno, Dyer, Bitondo e Connolly, *Progress in elder abuse screening and assessment instruments*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 52, n. 2, 2004.
- Fulmer, Street e Carr, *Abuse of the elderly: Screening and detection*, Journal of Emergency Nursing, vol. 3, n. 10, 1984.

Garcia-Moreno, *Dilemmas and opportunities for an appropriate Health-Service response to violence against women*, Lancet, vol. 359, 2002.

Giannini e Faldini, *Manuale di ortopedia e Traumatologia*, Torino, Minerva Medica, 2008.

Glascok e Feinman, *A holocultural analysis of old age*, in *Comparative Social Research*, Emerald, 1980.

Granata, Lagazzi, Malfatti, Rossoni, *Il “maltrattamento intrafamiliare dell’anziano” – La percezione e la conoscenza del fenomeno in un campione di operatori sanitari*, Rassegna Italiana di Criminologia, 1996.

Howe, Crilly e Fairhurst, *Acceptability of asking patients about violence in accidents and emergency*, *Emergency Medicine Journal*, vol. 19, 2002.

Hwalek e Sengstock, *Assessing the probability of abuse of the elderly: towards the development of a clinical screening instrument*, *Journal of Applied Gerontology*, vol. 5, 1986.

Invernizzi e Bassi, *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill, 2012.

ISTAT, *Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, 2001.

Johannesen e LoGiudice, *Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders*, *Age and Ageing*, 2013.

Johnson, *Abuse of the Elderly*, *The Nurse Practitioner*, vol. 6, 1981.

Keikelame e Ferreira, *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, Cape Town, 2000.

Kottwitz e Bowling, *A pilot study of elder abuse questionnaire*, *Kansas Nurse*, vol. 7, n. 78, 2003.

Kowal e Suzman, *Directory of Research on Ageing in Africa: 1995-2003*, World Health Organization, Geneva, 2003.

Lachs, *Elder Abuse*, Lancet, 2004.

Lachs, Berkman, Fulmer, Horwitz, *A prospective community – based pilot study of risk factors for the investigation of elder abuse*, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1994.

Lachs e Pillemer, *Abuse and neglect of elderly persons*, *The New England journal of Medicine*, vol. 332, 1995.

Landuzzi, Minarini, Pelotti e Trane, *I maltrattamenti intrafamiliari ed extrafamiliari dell’anziano: come riconoscerli e prevenirli*, in *Gli anziani nelle nostre case e nelle nostre città*, Franco Angeli Edizioni, 2011.

Lagazzi, Moroni, *Aspetti criminologici e medicosociali del “maltrattamento dell’anziano”*, Rassegna di Criminologia, 1988.

Lord High Chancellor by Command of Her Majesty, *Making decisions on behalf of mentally incapacitated adults*, Londra, 1997.

- Loxton, Schofield e Hussain, *History of domestic violence and health service use among mid-aged australian women*, Australian and New Zealand Journal of Public Health, vol. 28, 2004.
- Madden, *Elder abuse in the United States*, Journal of Clinical Forensic Medicine, 1995.
- Manzini, *Trattato di diritto penale italiano*, Volume VII, Torino, Utet, 1984.
- Marini, La Monica, Mazza, *Commentario al Codice Penale*, Torino, Utet, 2002.
- Marzi, Dell' Aiuto, *Il maltrattamento intrafamiliare dell'anziano: lineamenti psicocriminologici e aspetti crimino-dinamici*, Rassegna Italiana di Criminologia, 1991.
- Macphee, *A simple screening test for hearing impairment in elderly patients*, Age Ageing, vol. 17, n. 5, 1988.
- McCreadie, *A review of research outcomes in elder abuse*, Journal of Adult Protection, 2002.
- McFarlane, Hughes, Nosek, Groff, Swedlund e Mullen, *Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse towards women with physical disabilities*, Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, vol. 10, n. 9, 2001.
- Molinelli, Odetti, Viale, Landolfi, Flick e DeStefano, *Medical, legal and geriatric aspects of elder abuse*, Giornale di Gerontologia, vol. 55, 2007.
- Mosqueda, *Advancing the field of elder mistreatment: a new model for integration of social and medical services*, The Gerontologist, vol. 44, n. 5.
- Mosqueda, Burnight e Liao, *The Life Cycle of Bruises in Older Adults*, Journal of the American Geriatric Society, vol. 53, 2005.
- Napsa, *National Adult Protective Services Association*, [Online]. Available: <http://www.napsa-now.org/get-help/how-aps-helps/>.
- National Initiative for the Care of the Elderly, *Caregiver Abuse Screen*, Febbraio 2010. [Online]. Available: www.nicenet.ca.
- National Research Council, *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*, The National Academies Press, Washington DC, 2003.
- Neale, Hwalek e Scott, *Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test*, Journal of Applied Gerontology, vol. 10, 1991.
- Nelson, *Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventing Services Task Force*, Annals of Internal Medicine, vol. 140, 2004.
- Ogioni, Liperoti, Landi, Soldato, Bernabei, Onder, *Cross-sectional association between behavioral symptoms and potential elder abuse among subjects in home care in Italy: results from the Silvernet study*, Am J. Geriatr. Psychiatry, 2007.
- Orgel, *The Maintenance of the Accuracy of Proteine Synthesis and it's relevance to Ageing*, Proceeginds of the National Academy of Sciences of the United States of America, n. 49, 1963.

- Ortmann, Fechner, Bajanowski e Brinkmann, *Fatal neglect of the elderly*, International Journal of Legal Medicine, vol. 114, 2001.
- Palmer, Brodell e Mostow, *Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions*, Journal of the American Academy of Dermatology, vol. 68, n. 2, 2013.
- Pasqualini, Mussi, *Come riconoscere e prevenire l'abuso degli anziani*, Giornale Italiano di Gerontologia, 2001.
- Pazzaglia, *Le demenze*, in Clinica neurologica, Bologna, Società Editrice Esculapio, 2010.
- Pearsall, *Forensic Biomarkers of elder abuse: what clinicians need to know*, Journal of Forensic Nursing, vol. 1, n. 4, 2005.
- Pelotti, D'Antone, Ventrucci, Mazzotti, Salsi, Dormi e Ingravallo, *Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: evaluation by the Caregiving Scenario Questioning*, Aging Clinical and Experimental Research, 2013.
- Perel-Levin, *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*, World Health Organization, 2008.
- Pillemer, Moore, *Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff*. Gerontologist, 1989.
- Pillemer e Moore, *Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes*, Journal of elder abuse and neglect, 1990.
- Pillemer, *Interventions to prevent elder mistreatment*, in Handbook of injury and violence prevention, US, Springer, 2008.
- Pineo, Dominguez, Ferlisi, Galioto, Vernuccio, Zagone e altri, *Violenza contro le persone anziane*. Giornale Italiano di Gerontologia, 2005.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006.
- Quinn e Tonitna, *Elder abuse and neglect*, 2nd ed., New York, Springer Publisher, 1997.
- Ramsay, *Appraisal of evidence about screening women for domestic violence*, Royal London and Barts Medical School, Londra, 2001.
- Rathbone-McCuan e Voyles, *Elderly victims of family violence and neglect*, Journal of Social Casework, vol. 61, 1980.
- Reis, Nahmiash e Shrier, *When seniors are abused: an intervention model*, The Gerontologist, vol. 35, 1995.
- Reis e Nahmiash, *Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen*, The Gerontologist, vol. 38, 1998.
- Report on violence and health*, Geneva, WHO, 2002.

- Rosen e Reuben, *Geriatric Assessment Tools*, Mount Sinai Journal of Medicine, vol. 78, 2011.
- Rosenblatt, Cho e Durance, *Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians*, Journal of the American Geriatric Society, vol. 44, 1996.
- Senin, Cherubini e Mecocci, *Paziente anziano e paziente geriatrico. Medicina della complessità, Fondamenti di gerontologia e geriatria*, Terza Edizione, Napoli, EdiSES, 2011.
- Schofield e Mishra, *Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study*, The Gerontologist, vol. 43, n. 1, 2003.
- Schor, Selby e Bertone, *Geriatric assessment in the diagnosis and treatment of elder abuse*, N J Med, vol. 92, 1995.
- Strasser e Fulmer, *The Clinical Presentation of Elder Neglect: What We Know and What We Can Do*, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 12, 2007.
- Straus, *Family measurement techniques: the Conflict Tactics Scale*, in Handbook of Family measurement techniques, Newbury Park, Sage Publications Inc., 1978.
- Tam e Neysmith, *Disrespect and isolation: elder abuse in chinese communities*, Canadian Journal of Aging, vol. 25, 2006.
- Tammaro, Casale e Frustaglia, *Manuale di geriatria e gerontologia*, McGraw-Hill, 2000.
- The National Center on Elder Abuse at The American Public Human Services Association, *The national elder abuse incidence study*, 1998.
- Thompson, Beavan, Lisk, McCracken e Myint, *Training in Elder Abuse: The Experience of Higher Specialist Trainees in Geriatric Medicine in the UK*, Archives of Gerontology and Geriatrics, vol. 5, 2010.
- Thomson e Lietzau, *An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County*, 2011.
- Togunu-Bickersteth, *Chronological definitions and expectations of old age among young adults in Nigeria*, Journal of Aging Studies, 1987.
- Togunu-Bickersteth, *Perception of old age among Yoruba aged*, Journal of Comparative Family Studies, 1988.
- Tomita, *Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals*, United Kingdom National Screening Committee, «UK National Screening Portal», [Online]. Available: <http://www.screening.nhs.uk/screening>.
- United Nations, *World population prospects: the 2004 revision highlights*, New York, 2005.
- United States Preventive Services Task Force, *Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement*, Annals of Internal Medicine, vol. 140, 2004.
- Velasco, *Ventura County District: attorney's senior crime prevention program*, Journal of elder abuse and neglect, vol. 12, n. 2, 2000.

Wei, Herbers, *Reporting elder abuse: a medical, legal, and ethical overview*, J. Am. Med. Womens Assoc., 2004.

WHO, NMH e NPH, *Active ageing: a policy framework*, World Health Organization, Ginevra, 2002.

Wiglesworth, *Findings from an ElderAbuse Forensic Center*, The Gerontologist, vol. 46, 2006.

Wiglesworth, Austin, Corona, Schneider, Liao, Gibbs e Mosqueda, *Bruising as a Marker of Physical Elder Abuse*», Journal of the American Geriatrics Society, n. 57, 2009.

Wood, Bellis, Penhale e Passman, *Elder Abuse: a review of evidence for prevention for the UK focal point for violence and injury prevention*, Liverpool John Moores University, Liverpool, 2010.

World Health Organization, *World Report on Violence and Health*, 2002.

World Health Organization, *Missing Voices*, 2002.

World Health Organization, *Screening for various cancers*, 2005. [Online]. Available: <http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/>.

World Health Organization, *A global response to elder abuse and neglect*, 2008.

World Health Organization Europe, *European report on preventing elder maltreatment*, 2011.

Yaffe, Wolfson e Lithwick, *Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicious Index (EASI)*, Journal of Elder Abuse and Neglect, vol. 20, 2008.

