RIVISTA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

TRIMESTRALE
DI SAGGI,
GIURISPRUDENZA, RICERCHE

Premessa alle linee deontologiche per lo psicologo forense

La valutazione dell'accusa di abuso sessuale

Interrogare il testimone: teoriche di interrogatorio a confronto

L'estorsione ai commercianti nella percezione delle vittime

EDIZIONI SAPERE
ANNO III - NUMERO I
MARZO 1999 - Lire 25.000

SOMMARIO

I sezione: Psicologia giudiziaria 5

Guglielmo Gulotta
PREMESSA ALLE LINEE DEONTOLOGICHE PER LO PSICOLOGO FORENSE 5

Luisella de Cataldo Neuburger
LA VALUTAZIONE DELL'ACCUSA DI ABUSO SESSUALE 15

A. Cavedon, M.G. Calzolari
INTERROGARE IL TESTIMONE: TECNICHE DI INTERROGATORIO A CONFRONTO 45

II sezione: Sociologia della devianza 61

Eugenio Rossi
L'ESTORSIONE AI COMMERCIANTI NELLA PERCEZIONE DELLE VITTIME 61

Jutta Birkhoff, Angelo Demori, Davide Roncali
INVECCHIAMENTO E "NUOVI" TIPI DI ABUSO 91

III sezione: Pedagogia della marginalità e della devianza minorile 105

Lino Rossi
IL LAVORO EDUCATIVO CON L'ADOLESCENTE NEI CONTESTI EXTRASCOLASTICI 105

Appendice 119

Lino Rossi
MASTER DI FORMAZIONE SULLA TUTELA DEL MINORE: ASPETTI EDUCATIVI, GIURIDICI E PSICOLOGICI 119

Emanuela Spaggiari
BIBLIOGRAFIA SULLA FORMAZIONE A DISTANZA 129

Invecchiamento e "nuovi" tipi di abuso

Jutta Birkhoff, Angelo Demori**, Davide Roncali****

Negli ultimi anni si è assistito, anche a livello di cronaca quotidiana, ad un crescente interesse per l'anziano: oltre che numerosi articoli riportanti le tristi vicende di anziani vittime (di reati, delle istituzioni, della solitudine o della miseria) che muoiono completamente abbandonati e senza che alcuno ne reclami la scomparsa (le cosiddette "morti solitarie"), sono stati riportati a grandi lettere dai mass media storie di anziani autori di efferati delitti.

L'anziano ha ormai attratto a sé l'interesse mondiale, tanto che l'OMS ha proclamato il 1999 l'Anno Internazionale dell'Anziano: gli anziani, come i bambini, le donne o gli handicappati, costituiscono una categoria di persone deboli, da tutelare e dei quali vanno evidenziati e, per quanto

possibile, eliminati i problemi.

E' nozione comune che, negli ultimi decenni, si è assistito ad un netto incremento della vita media, tanto che questo fenomeno viene sempre più sentito come grosso problema di cui discutere e a cui trovare soluzioni adeguate (anche in considerazione degli elevati costi sanitari che questo "esercito" di anziani comporta).

In tutto il mondo, specie nei paesi occidentali, la popolazione degli anziani è quella in più rapida crescita[1] (la quota degli ultrasessantacinquenni ha ormai superato quella dei ragazzi sotto i quindici anni) e viene urgentemente sentita la necessità di adeguare le conoscenze circa la loro assistenza con corsi di aggiornamento, specie per il personale sanitario[2].

Secondo dati ISTAT, nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. In termini relativi nel prossimo futu-

[1] Darnton-Hill I., Healthy aging and the quality of live *World Health Forum*, 16(4):335-43, 1995

[2] Talsma A., Abraham I.L., Nursing and health care for an aging society: the case of The Netherlands, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(9):37-44, sep. 1997

- Beck C., Chumbler N., Planning for the future of long-term-care: consumers, providers, and purchasers, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(8):6-13, aug.1997

- Fleming K.C., Evans J.M., Weber D.C., Chutka D.S., Pratical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach, *Mayo Clinic Proceeding*, 70(9):890-910, sep.1995

* Medico chirurgo, Università dell'Insubria
** Medico chirurgo
*** Medico chirurgo

ro aumenterà specialmente il numero dei cosiddetti "grandi vecchi", cioè di quelli che hanno più di 80 anni.

Sempre l'ISTAT nel '97 ha calcolato che nella fascia di età compresa fra 60-64 anni esiste il 6% di disabilità, mentre questo valore sale al 47% nella fascia che va oltre gli 80 anni

Questo allungamento della vita, in una società in cui regna il concetto di efficienza, produttività e autonomia, comporta una sempre maggiore marginalizzazione di soggetti necessariamente dipendenti, quali sono gli anziani.

Sembra quasi superfluo dire che - con l'avanzare dell'età - avanzano anche i problemi, sia fisici che psichici: infatti una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che comportano una più o meno rilevante limitazione dell'autosufficienza. Le forme di demenza, il parkinsonismo, l'ictus cerebrale, lo scompenso cardiaco, l'infarto, le aritmie, l'ipertensione, il diabete mellito, la bronchite cronica e l'osteoporosi (con le frequenti fratture che ne possono conseguire) costituiscono le più diffuse malattie croniche nell'anziano.

Si stima che attualmente circa un milione di persone abbia la necessità di un'assistenza continuativa (e questo numero è certamente destinato ad aumentare).

Esiste quindi una rilevante quota di soggetti, che sono particolarmente esposti a condizioni di deterioramento della qualità della vita per sé e per i loro familiari, sui quali ricade gran parte del peso assistenziale

Oltre alle problematiche organiche esiste, poi, il vasto numero di anziani affetti da disturbi psicologici e/o psichiatrici.

I confini fra psicologia e psicopatologia dell'invecchiamento non sono però netti, ma formati da un'ampia zona di malessere, di situazioni che si scompensano ripetutamente, di episodi morbosi di brevissima durata, ecc.

L'invecchiamento è sicuramente caratterizzato da una riduzione, un indebolimento, una regressione delle strutture organiche e delle relative funzioni[3], ma si deve precisare che non esiste una "psicologia del settantenne piuttosto che dell'ottantenne" poiché su questa "involuzione" influiscono numerosissime variabili, quali le diverse vicende di vita - irripetibili individuali e particolari -, l'ambiente di vita, le diverse personalità, le diverse malattie sofferte, ecc.

Secondo l'opinione diffusa un vecchio presenta sempre e comunque aspetti psicologici caratteristici: difetti della memoria, difficoltà nell'apprendimento, rallentamento delle *performances* mentali, misogenismo, fragilità emotiva, egoismo, avarizia, ripetitività, caduta degli interessi, della creatività e progettualità, prudenza esagerata, rigi-

[3] Barucci M., Psicologia e psicopatologia dell'invecchiamento, in AA.VV., *Trattato italiano di psichiatria* Masson, Milano, 1992, pp.2251-2265

dità, cocciutaggine, permalosità, gelosia, culto delle memorie, egocentrismo: è irascibile, impulsivo, con frequenti variazioni dell'umore, con rabbia, rancore, ribellione e maledizioni nei confronti di chi invece cerca di aiutarlo, ecc. Vi può essere spiccata indecisione, indeterminatezza, insicurezza che possono sconfinare nell'apatia in seguito ad una vita fatta di frustrazioni e sconfitte. Ha enorme paura di sbagliare e ciò aumenta in lui una progressiva diminuzione dell'autostima.

Il disturbo psichiatrico certamente più rappresentato nell'anziano è quello depressivo, che può perfino portare al suicidio. Infatti, nei soggetti in età avanzata non ospedalizzati, la depressione presenta una prevalenza del 13%: ma di questi solo il 25% riceve una trattamento adeguato[4], tanto che da alcuni autori viene fatta presente "la globale carenza in cultura psicogeriatrica nelle strutture assistenziali italiane"[5]. Rocco e Caneva[6], in un loro lavoro, riassumono così delle più importanti "perdite" della vecchiaia che possono contribuire al manifestarsi di una forma più o meno conclamata di depressione: - perdita del ruolo professionale - perdita o diminuzione delle relazioni sessuali - rimaneggiamento della struttura familiare dopo l'allontanamento dei figli - possibile insorgenza di disturbi e malattie fisiche - perdita del partner - scoperta dei limiti relativi all'età - pensiero della morte come limite alle proprie realizzazioni.

Certamente non sempre e non da tutti i soggetti anziani tutto ciò viene vissuto come drammatico, ma se il soggetto possiede sufficienti risorse di adattamento a questi diversi "stress", egli può anche vivere in modo estremamente sereno i cambiamenti connessi con l'invecchiamento.

Esiste quindi anche il vecchio paziente, meno impulsivo e rigoroso nei confronti degli altri, meno aggressivo. Le frequenti frustrazioni, un certo distacco dalle passioni lo rendono più riflessivo e stabile e tollerante nei confronti degli altri.

Tra i soggetti anziani esiste una vasta gamma di tipologie a seconda delle variabili sia biologiche sia socio-culturali, quali l'età, il sesso, lo status socio-economico, la vita di relazione, lo stato di salute, il grado di autosufficienza, l'accesso ai servizi socio-sanitari. Marcellini e Pastuglia, in un loro recente articolo[7], fanno presente che "rispetto ad una percentuale di anziani del 13.2% sul totale della popolazione italiana nel 1981, quelli tra loro che vivono soli o in coppia erano nelle fasce di reddito

[4] Rocco P.L., Moretti A., Morbilità psichiatrica nell'anziano: rilevazione dei ricoveri effettuati presso un SPDC negli anni 1988-1993, *Riv. Sper. Freniatr.*, vol.CXX, n°2, 1996, pp.262-277

[5] Spagnoli A., Psicogeriatria e medicina generale, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 1*, 1992, 75

[6] Rocco P. L., Caneva A., I disturbi di Personalità nell'anziano: nuove acquisizioni e orientamenti odierni, *Riv. Sper. Freniatr.*, vol.CXVIII, n°3, 1994, 422-444

[7] Marcellini F., Pastuglia F., Bisogni degli anziani e nuove politiche di welfare, *Difesa Sociale*, anno LXXVII, n°2, 1998, 177

denominate di "miseria" e di "povertà" nella misura rispettivamente del 20,3% e dell'11,7%. Questo dato viene ulteriormente confermato dal fatto che le situazioni di status socio-economico disagiato colpivano il 51% degli anziani con strutture familiari segregate per età (anziani soli o in coppia), rispetto al 36,4% del complesso della popolazione anziana."

Esistono quindi diversi "stili di invecchiamento" e conseguentemente diversi tipi di bisogno e di gradi di dipendenza. Per potere "quantificare" il grado di dipendenza, definito non solo dal punto di vista della medicina curativa, ma come un più globale concetto biopsico- sociologico, è stata recentemente proposta la somministrazione di specifiche scale valutative, anche e specialmente per potere meglio definire gli obiettivi e le risorse di assistenza necessari a seconda dei casi[8]. Per una tale valutazione è comunque essenziale che l'anziano stesso percepisca i propri bisogni, ne abbia coscienza e sia in grado di esprimerli (cosa che spesso però non succede).

Va detto però che, oltre ai bisogni propri dell'assistenza, l'anziano presenta anche altri tipi di bisogni che sono di carattere affettivo, relazionale e culturale che vanno indagati e presi in considerazione. Una ricerca del 1994 condotta dal Ministero dell'Interno[9] ha rilevato che i bisogni degli anziani sembrano essere di natura prevalentemente relazionale, economica, di assistenza e di aiuto, di ruolo sociale, di rendersi utile agli altri.

Per quanto riguarda le diverse problematiche connesse all'invecchiamento, è essenziale distinguere tra la "famiglia di anziani" e la "famiglia con anziani". Vi è senza dubbio una crescita delle "famiglie di anziani": nel 1994 le famiglie in cui tutti i membri avevano almeno 65 anni erano quasi il 19%; quelli i cui membri avevano dai 75 anni in su costituivano il 7,7% e il 4,6% delle famiglie di anziani avevano superato la soglia degli 80 anni, con netta maggioranza di donne. Il 10% degli uomini e il 31% delle donne ultrasessantenni vivono da soli; oltre 600.000 persone disabili vivono da soli e oltre 2.500.000 anziani vivono in condizioni di povertà. Ciò va messo in relazione al progressivo venir meno del supporto familiare, parentale e amicale o di vicinato, riconducibile sia ad un fenomeno di deresponsabilizzazione sia - più di frequente - a improrogabili necessità di lavoro del resto della famiglia, oltre alla disgregazione della famiglia stessa. Spesso però la scelta di vivere da solo proviene direttamente dall'anziano stesso, che non accetta la sua dipendenza e l'eventuale interferenza nelle sue decisioni da parte dei familiari o altri.

Le "famiglia con anziani", autosufficienti, parzialmente o totalmente

[8] Guillaume G., Diels R., Evalution of dependence in the aged, *Revue Medicale de Bruxelles*, 18(4):231-4 sep. 1997

[9] Ministero dell'Interno -Direzione Generale dei Servizi Civili-, "La famiglia anziana: terza e quarta età a confronto" a cura dell'Istituto per gli studi sui Servizi Sociali -ISTISSS, Roma. 1994

non autosufficienti costituiscono circa il 13% delle famiglie italiane.

Dalla già citata analisi condotta dal Ministero dell'Interno è emerso, tra l'altro, che specie i "grandi anziani" con problemi più o meno accentuati di non-autosufficienza fanno riferimento alla propria famiglia per quanto si riferisce alla loro assistenza, mentre la richiesta di aiuto ai servizi rimane molto limitata[10]. Si accentua così il rapporto di dipendenza del genitore nei confronti del figlio, dal quale egli si aspetta l'osservanza dei doveri filiali e l'erogazione di tutta una serie di prestazioni relative alla cura della persona e della casa (realizzandosi così il "processo di infantilizzazione" del vecchio a fronte della "genitorializzazione" dei figli o della famiglia in generale)[11].

Il fatto che oggi la gran parte dell'assistenza dell'anziano ricada sulle spalle della famiglia è dovuto, oltre che a motivi culturali, anche ad una carenza di servizi atti all'assistenza o ad una disinformazione degli anziani e/o delle famiglie circa la loro esistenza.

A quest'ultimo riguardo va detto, però, che in questi anni si sono sviluppati diversi tipi di programmi sociosanitari, aventi come obiettivo fondamentale gli interventi integrati per la prevenzione e il recupero della compromissione fisica e del deficit funzionale e, quindi, anche dello svantaggio sociale che ne può derivare. La caratteristica pregnante di questi tipi di interventi e di programmazioni è l'elevata integrazione sociosanitaria, improntata ad una visione positiva dell'età anziana, tramite la rimozione delle barriere che possono impedire un apporto attivo degli anziani autosufficienti alla vita sociale. Tutti questi programmi tendono comunque a privilegiare il mantenimento dell'anziano nel proprio domicilio onde preservarne l'autonomia e il benessere psico-fisico.

L'aumento del numero degli anziani con le connesse problematiche sopra accennate, fa parallelamente aumentare anche il rischio di un loro abuso e non solo quello visibile (fisico), ma anche e specialmente quello psicologico e della trascuratezza. Questi maltrattamenti risultano essere indipendenti dalle condizioni socioeconomiche, etniche o religiose.

Nella vasta produzione di interesse criminologico relativa al maltrattamento intrafamiliare, il tema dell'abuso dell'anziano è stato l'ultimo a comparire: infatti nessun autore se ne è occupato in maniera siste-

10 A questo riguardo sembra utile ricordare ciò che avevano scritto diversi autori americani alcuni anni orsono, dove facevano notare la presenza di un vero e proprio processo di vittimizzazione operato dalle strutture sociali sugli anziani, il cosiddetto "Ageism", cioè una forma di razzismo basato sull'età.

- Reiman J H., Aging as Victimization: Reflections on the american Way of (ending) Life, in Goldsmith J., Goldsmith S.S., *Crime and the Elderly: Challenge and Response*, Lexington Books, USA 1976

- Young Rifai M.A, Ames S.A, Social Victimization of Older People: a Process of Social Exchange, in Young Rifai M.A., *Justice and Older Americans*, Lexington Books, USA 1977

11 Marzi A., Dell'Aiuto G., L'anziano come vittima di reato: aspetti introduttivi sociopsicologici e criminologici, *Rass. it. Criminol.*, anno I, n°4, 1990

matica prima degli anni '80 (anche se in Gran Bretagna è stato descritto nel 1975 il quadro della *"granny battering" - "la* nonna picchiata"[12]).

Infatti il tema della violenza all'interno delle mura domestiche è nato con i grandi studi sul "Child Abuse" degli anni '50 e '60 ed è cresciuto con le inchieste sullo "Spouse Abuse" degli anni '70; ma ancora nel 1981 Joanne Lynn[13] segnala -con una lettera all'editore di JAMA l'incompletezza di un articolo sulla violenza intrafamiliare[14] che non tratta la tematica del maltrattamento degli anziani.

Da allora, quasi a voler chiudere il cerchio della ricerca sulla violenza intrafamiliare, vari criminologi si sono occupati dell'anziano maltrattato: in tuffi gli studi è emerso che "la maggior fonte di abuso degli anziani è la famiglia"[15] e molti ricercatori hanno dimostrato che gli autori sono, nella stragrande maggioranza (84% nella ricerca condotta da O'Malley e coll. nel Massachussetts nel 1987) parenti della vittima.

Da un recente studio risulta chiaramente che, nonostante si sappia che il maltrattamento degli anziani assume proporzioni enormi destinate inoltre a crescere, si dà molto meno importanza a questi abusi intradomestici che non a quelli contro minori e partners. Si stima che, di tutti gli abusi perpetrati, solamente il 10% dei casi sia scoperto (senza differenze tra maschio e femmina)[16]. Secondo recenti studi americani, l'abuso e la trascuratezza dell'anziano costituiscono uno dei maggiori problemi di salute pubblica, che rimane però per la stragrande maggioranza dei casi nascosto[17]. Si stima che il 4% degli anziani oltre i 65 anni abbia subito una qualche forma di abuso, perpetrato nella stragrande maggioranza dei casi o dai familiari o dai *caregivers*[18] Uno studio condotto in Germania ha recentemente messo in evidenza come, in linea generale, con l'aumento dell'età diminuisca il rischio di vittimizzazione da crimini violenti extrafamiliari, mentre aumenta quello di diventare vittima, anche di crimini violenti, da parte della propria famiglia: le ripercussioni psicologiche sono altrettanto pesanti quanto quelle risultanti da una violenza inferta da un estraneo[19].

12 Baker A.A, Granny battering, *Modern Geriatrics*, 20-4, aug. 1975

13 Lynn J., Abuse of the Elderly: letter to editor, *JAMA*, vol.286, n°16, oct. 1981

14 Vaisrub S.,Violence begins at home, *JAMA*, 245:1852,1981

15 Bandini T., Gatti U., Marugo M.I., Verde A., *Criminologia.Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, Giuffrè, Milano, 1991, 376

16 Kleinschmidt K.C., Elder abuse: a review, *Annals of Emergency Medicine*, 30(4):463-72, oct.1997

17 Thobaben M., elder abuse and neglect, *Home Care Provider*, 1(5):267-9, sep-oct.1996

18 Carson M., Brammer A., Kartes L., Hall B., Ashton C.D., Ross M., Breaking the silence on elder abuse, *Canadian Nurse*, 92(8):31-5, sep.,1996

- Rosenblatt D.E., Elder mistreatment, *Crifical Care Nursing Clinics of North America*, 9(2): 183-92, jun.1997

19 Wetzels P., Greve W., The elderly as victims of intrafamilial violence: risults of a criminologic dark field study, *Zeitschrift-r Gerontologie und Geriatrie*, 29(3):191-200, mayjun.1996

L'estensione preoccupante del fenomeno del maltrattamento dell'anziano ha fatto sì che si siano levate delle voci che sottolineano la necessità di sviluppare una area specifica di studio e monitoraggio del fenomeno indicata col nome di "geronto-vittimologia"[20].

Sulla base di una ormai consistente letteratura ed in analogia a quanto proposto nel 1990 dal NCCAN *(National Center on Child Abuse and Neglect)* per la classificazione degli abusi infantili, proponiamo - in sintonia con i diversi autori che parlano di *"mistreatment"* per ricomprendervi sia l'abuso sia la negligenza e trascuratezza[21] - la seguente classificazione delle diverse forme di maltrattamento dell'anziano:

I- *Abuso fisico (physical abuse):* consistente in atti fisici che hanno causato una lesione nell'anziano (analogamente alla *"granny battering"* dei "vecchi autori"); viene ormai descritta una vera e propria "sindrome dell'anziano maltrattato" che si presenta sotto forma di ematomi multipli, contusioni, fratture agli arti, ustioni, lesioni da corda o da catena, di cui sono frequentemente autori gli stessi familiari o altre persone a cui sono affidati gli anziani

II- *"Patologia delle cure" (neglect):* cioè mancanza delle cure *(care)* necessarie, correlate al grado d'invalidità dell'anziano: vengono ignorate, intenzionalmente o meno, le necessità di un anziano bisognoso di assistenza fisica, medica e farmacologica, sociale ed emotiva *(neglect* and *self-neglect);*

III- *Abuso sessuale (sexual abuse);* coinvolgimento dell'anziano in attività sessuali finalizzate alla gratificazione sessuale dell'autore;

IV- *Maltrattamento emozionale (emotional maltreatment):* derivante da azioni o omissioni che determinano disordini comportamentali, cognitivi, affettivi, mentali, come abbandono emotivo *(emotional neglect),* abuso psicologico *(psycological abuse)* oppure lesioni psichiche *(mental injury);* la violenza psicologica o l'abuso psicosociale consistono nel suscitare nella vittima il timore di una violenza fisica, di un abbandono o di un rifiuto di assistenza, di aggressioni verbali o nella sottrazione all'anziano di ogni potere decisionale. Questi tipi di abuso possono essere occasionali o costituire dei veri e propri "stili di vita";

Accogliendo, poi, il suggerimento del Council on Aging of Ottawa (1988[22]), aggiungiamo un'ulteriore forma di abuso specifico dell'anziano, che secondo alcuni studiosi sembra essere la forma più comune[23]:

20 Niederfranke A., Greve W., Risk of violence in old age: arguments for a social science perspective, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 29(3):169-75, may-jun.1996

21 Capezuti E., Brush B.L., Lawson W.T. 3rd, Reporting elder mistreatment, *Journal of Gerontological Nursing*. 23(7):24-32, jul 1997

22 Council on aging of Ottawa - Carleton, *Enhancing awareness of elder abuse*, Ottawa, 1988

23 McGuinness M., Recognising the financial abuse of older people, *Professional Nurse*, 12(4):256-8, jan. 1997

V-*Abuso* **finanziario** *(financial exploitation)*, relativo ai casi di sottrazione o di impiego disonesto o di amministrazione negligente del denaro e/o delle proprietà di una persona anziana;

VI - *Violazione dei diritti (violence of rights)* [24]: sotto questa dizione vengono, ad esempio, ricompresi l'allontanamento dal nucleo familiare (con eventuale abbandono e istituzionalizzazione), la restrizione della libertà personale, l'imposizione di trattamenti sanitari, ecc.

Un recente articolo mette, inoltre, in risalto un ulteriore tipo di maltrattamento derivante dal non rispetto dell'intimità e della *privacy* dell'anziano da parte o del *caregiver* o del personale di assistenza[25].

Il secondo gruppo della classificazione - quello relativo alla "patologia delle cure" - a nostro avviso è quello più interessante e meno studiato (in quanto più subdolo e difficile da individuare). Con il suddetto termine si intende, essenzialmente, una "violenza per omissione" correlata a comportamenti prevalentemente colposi (ma non sempre tali!) che caratterizzano la cosiddetta incuria: ossia insieme di circostanze in cui il *caregiver* (cioè il familiare che si occupa di supportare la persona anziana) non provvede adeguatamente a soddisfare i bisogni fisici, psichici e sociali propri dell'età avanzate.

Non si tratta unicamente di provvedere alla cura della persona, ad un nutrimento adeguato e sufficiente, ma anche ad aiuti per mantenere la salute, alla sorveglianza e alla protezione contro eventuali pericoli, a stimolare l'attività motoria, intellettiva, emotiva e sociale. Se tutto ciò non avviene, si accentueranno i fenomeni regressivi e aumenterà la dipendenza dell'anziano.

Suggeriremmo - analogamente a quanto proposto da alcuni autori per il minore - di studiare l'incuria, oggi più spesso definita con il termine di "patologia delle cure", sotto tre diversi aspetti:

1) ***l'incuria*** propriamente detta, quando le cure sono carenti. Il *caregiver* è incapace o insensibile alle necessità dell'anziano. Essa si esprime nell'inadeguato abbigliamento (riguardo all'età e alla stagione), nell'insufficiente nutrizione (con conseguenti anemie sideropeniche, ipotrofie muscolari, danni psicosomatici, ecc.), nella carente igiene personale (con scabbia e pediculosi) e spesso nella mancanza di cure mediche e assistenziali dell'anziano:

2) ***la discuria***, quando le cure sono distorte. In questo caso le cure vengono sì effettuate, ma in modo inadeguato alle necessità e al periodo

[24] Greenberg E.M., Violence and the older adult: the role of the acute care nurse pratitioner, *Critical Care Nursing Quaterly*, 19(2):76-84, aug. 1996

[25] Mattiasson A.C., Hemberg M., Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer?, *Nursing Ethics*, 5(6):527-34, nov. 1998

particolare delle vita. Si possono verificare diverse evenienze:

a) anacronismo delle cure: L'atteggiamento del *caregiver* sarebbe adeguato, ma non corrisponde alle esigenze connesse all'età avanzata (es. l'anziano nutrito come un bambino perché creduto incapace di masticare o di digerire adeguatamente);

b) all'anziano vengono imposti ritmi di vita non in rapporto alle sue esigenze, ma a quelle del *caregiver* (deve mangiare ad orari particolari o essere mandato a letto per soddisfare la "tranquillità" della famiglia *caregiver*, ecc.).

c) pretendere prestazioni che l'anziano non è più in grado di soddisfare (stimolarlo a prendersi cura di sé stesso oltre la sua possibilità, ecc.).

3) ***l'ipercuria***, quando le cure sono eccessive. Spesso agli anziani capita di venire "imbottiti" di farmaci senza ragione: familiari troppo ansiosi si rivolgono al medico per farsi prescrivere lassativi, sonniferi, "ricostituenti" e quant'altro per eccessive preoccupazioni circa la salute del loro congiunto.

L'importanza della "patologia delle cure" non va vista solo sulle ripercussioni evidenti (e a volte drammatiche, come è stato possibile constatare nell'attività clinica quotidiana) che ci sono sull'anziano, ma anche nel carico di problemi che essa apporta alla società: si pensi solo ai risvolti economici che hanno i ricoveri in ambiente ospedaliero derivati dall'inappropriata somministrazione dei farmaci (i ricoveri da patologia iatrogena rappresentano, secondo alcuni Autori, il 20% del totale) o la necessità di ricorrere all'istituzionalizzazione dell'anziano.

Per la prevenzione di ciò occorre muoversi in due direzioni:

- identificare meglio i fattori favorenti o scatenanti lo sviluppo dell'abuso intrafamiliare dell'anziano;
- supportare adeguatamente il *caregiver*.

Per quanto riguarda il primo approccio va tenuto presente che le difficoltà nella scoperta di queste violenze sono varie e complesse. Con Lagazzi e Moroni (1988)[26] ricordiamo i fattori favorenti o scatenanti indviduati dai ricercatori americani:

- il grado elevato di dipendenza psicofisica della vittima dai familiari, il grado di stress che tale handicap può evocare in loro, la solitudine della vittima e la presenza nella stessa di disturbi tali da aggravare il compito assistenziale dei congiunti;
- i fattori esterni stressati i familiari (perdita del lavoro, povertà, ecc.) che aggravano lo stato di tensione degli stessi, slatentizzandone le dinamiche aggressive verso l'anziano;
- la preesistenza sia di dinamiche di comunicazione violenta, sia di mancanza di rispetto dei diritti della persona all'interno della famiglia;

[26] Lagazzi M., Moroni P., Aspetti criminologici e medico-sociali del maltrattamento dell'anziano", *Rass. it Criminol.*, XIII, 1988, 183-195

- l'interesse economico dei familiari a privare l'anziano dei suoi beni;
- l'atteggiamento violento dell'autore del reato, che in molti casi ha attuato comportamenti analoghi verso i propri figli;
- l'inadeguatezza del familiare incaricato dell'assistenza, per alcoolismo, tossicodipendenza o patologie psichiatriche;
- l'atteggiamento aggressivo dell'anziano verso i propri familiari (lancio di oggetti, lamentosità, rifiuto del cibo e delle medicazioni, denunce per maltrattamenti immaginari, rifiuto del dialogo con i familiari) o il suo deterioramento psichico;
- l'incapacità dei servizi socio-sanitari di offrire un valido contributo alle necessità assistenziali che la presenza dell'anziano impone alla famiglia.

Studi più recenti hanno evidenziato forme psicopatologiche all'interno della famiglia stessa, una storia familiare di violenza transgenerazionale, la dipendenza psicofisica e/o economica dell'anziano, l'isolamento dell'anziano insieme al suo *caregiver*, lo stress a cui è sottoposto quest'ultimo, le condizioni di vita, l'esercizio di potere nei confronti della parte più debole.[27]

Correra e Martucci[28] sintetizzano come segue le circostanze influenti la scarsa conoscenza del numero di maltrattamenti nei confronti degli anziani:

- scarsa credibilità accordata alle lamentele e alle denunce di persone molto anziane, a causa della frequente presenza di disturbi della memoria e dell'affettività[29];
- condizione di isolamento dal mondo esterno propria dell'anziano handicappato[30];
- l'incertezza e l'ambiguità del riscontro clinico dei segni di maltrattamento[31];
- altre volte la vittima stessa non denuncia per timore di essere

[27] Cammer Paris B.E., Violence against elderly people, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 63(2):97-100, mar. 1996
- Sveman B.I., Hallberg I.R., Norberg A., Narratives by district nurses about elder abuse within families, *Clinical Nursing Research*, 5(2):220-36, may 1996
- Lachs M.S.,Williams C., O'Brien S., Hurst L., Horwitz R., Risk factors for reportet elder abuse and neglect: a nine-year observation cohort study, *Gerontologist*, 37(4):469-74, aug. 1997
- Kurrle S.E., Sadler P.M., Lockwood K., Cameron I.D., Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients reffered to four Aged Care Assessment Teams, *Medical Journal of Australia*, 166(3): 119-22, feb.1997

[28] Correra M.M., Martucci P., I maltrattamenti agli anziani. L'abbandono come negligenza (Le "morti solitarie" nel territorio di Trieste), *Rass. it. Criminol.*, anno V, n°1, fasc. I, 1994, 35

[29] Dussich J.P., Eichman C.J., La persona anziana come vittima del delitto: sua vulnerabilità, *Quad. di Criminol. Clinica, 1,1978*, 49

[30] Lofland J., *Deviance and identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1969

[31] Lynn J., Abuse and the elderly, *JAMA*, 246, 1981, 16

allontanata dalla propria casa o per paura di rappresaglie, di vergogna, per il desiderio di evitare guai ad altre persone, che nonostante tutto, continuano ad amare.

L'ipotesi che l'abuso derivi da una sorta di "stress del *caregiver*", dovuto cioè allo stress correlato alla costante assistenza necessaria al malato cronico e dipendente, viene ultimamente messa in discussione. Alcuni autori sostengono, infatti, che l'abuso sia attualmente meglio collegabile alla dipendenza emotiva e finanziaria del *caregiver* nei confronti della vittima.[32]

L'esperienza finora maturata, però, ha dimostrato che l'azione su questo versante è di dubbia efficacia profilattica.

Per quanto riguarda, invece, il secondo tipo di prevenzione possibile, cioè il supporto alle famiglie *caregiver*, in Italia si muovono attualmente i primi passi sperimentando l'erogazione di denaro in vari modi (si parla in qualche caso di "assegno di cura", in altri di "assegno terapeutico", in altri ancora di "assegno sostitutivo di ricovero" là dove proposto solo per chi abbia fatto domanda presso una struttura e vi rinunci[33]). Secondo alcuni ciò consente alle famiglie di scegliere l'aiuto di cui hanno bisogno, favorendo l'autodeterminazione dei cittadini; altri, invece, ritengono essenziale che si attuino forme di controllo sulle modalità con cui il denaro viene impiegato (migliora realmente la qualità dell'assistenza? Incide effettivamente sul "benessere" dell'anziano non autosufficiente?).

Personalmente non riusciamo a nascondere la nostra titubanza di fronte a queste iniziative: se pensiamo alla nostra quindicinale esperienza in ambito di invalidità civile, ci siamo spesso chiesti a chi serva l'indennità di accompagnamento (ex legge n°18/80) che autorizziamo nelle nostre Commissioni medico-legali. E, d'altronde, i controlli sull'impiego di queste erogazioni economiche sono aleatori e difficili da realizzare (oltre che costosi!).

Come già in parte affermato da Taccani[34], anche a noi sembrerebbe più utile "lavorare" *sul caregiver*, tutelandone la figura (si tratta - nella maggior parte dei casi - di donne) su vari piani: riconoscendone i bisogni familiari (permessi retribuiti, diritto al mantenimento del posto di lavoro in caso di prolungati periodi di assenza per particolari necessità del familiare assistito), proteggendolo in ambito delle pari opportunità (tempi di lavoro flessibili, possibilità di *part- time*, opportunità di carriera, ecc.), supportandolo nella tutela previdenziale (contributi figurati-

32 Kleinschmidt K.C., Elder abuse: a review, *Annals of Emergency Medicine*, 30(4):463-72, oct. 1997

33 Fusè O.(a cura di), Assegno terapeutico "famiglie" per chi tiene l'anziano in casa. Una proposta di sperimentazione al vaglio della Commissione, *Politiche sociali news*, anno I, n°4, gen. 1999, 4

34 Taccani P., Curare oggi, curare domani. Il *care* degli anziani. Famiglie di anziani, famiglie con anziani *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n°3, 1999, 1

vi per i periodi di assenza per cura) e favorendone l'eventuale reinserimento nelle attività produttive quando sia venuto meno l'attività di *caregiver*.

Per concludere queste certamente incomplete riflessioni sull'abuso dell'anziano vogliamo ricordare che von Hentig - il padre della vittimologia - trattando nel suo classico "The criminal and his victim" del 1948 dell'anziano abusato, faceva un auspicio quanto mai attuale: "Poiché la parte anziana della popolazione è in continuo incremento, la criminalità si rivolgerà contro di essa con nuovo vigore ed in nuove forme. E' probabile che, come i più giovani e le donne, gli anziani diverranno bisognosi di nuove strategie difensive, a protezione della loro stessa debolezza. La legge dovrà ridurre quella rischiosa, illimitata autodeterminazione che, nell'età avanzata, spesso diviene un danno per l'anziano stesso o per il suo gruppo familiare[35]."

Oggi più che mai è importante monitorare le nuove modalità di approccio socioassistenziale all'anziano le quali - in particolare se aventi valenza economica - invece di migliorare la sua esistenza, potrebbero addirittura essere criminogenetiche ed aumentare il rischio di *"elderly abuse"*.

Bibliografia

Baker A A., Granny battering, *Modern Geriatrios*, 20-4, aug.1975

Bandini T., Gatti U.. Marugo M.I., Verde A., *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, Giuffrè, Milano. 1991,376

Barucci M., Psicologia e psicopatologia dell'invecchiamento, in AA.VV., *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano, 1992, pp.2251-2265

Beck C., Chumbler N., Planning for the future of long-term-care: consumers, providers, and purchasers, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(8):6-13, aug.1997

Cammer Paris B.E., Violence against elderly people, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 63(2):97-10O, mar.1996

Capezuti E., Brush B.L., Lawson W.T. 3rd, Reporting elder mistreatment, *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7):24-32, jul 1997

Carson M., Brammer A., Kartes L., Hall B., Ashton C.D., Ross M., Breaking the silence on elder abuse, *Canadian Nurse*, 92(8):31-5, sep..1996

[35]Von Hentig, *The criminal and his victim*, Yale University Press, 1948

Correra M.M., Martucci P., I maltrattamenti agli anziani. L'abbandono come negligenza (Le "morti solitarie" nel territorio di Trieste). *Rass. it. Criminol.*, anno V, n°l, fasc.1, 1994, 35
Council on aging of Ottawa - Carleton, *Enhancing awareness of elder abuse*, Ottawa, 1988
Darnton-Hill I., Healthy aging and the quality of live, *World Health Forum*, 16(4):335-43, 1995
Dussich J.P., Eichman C.J., La persona anziana come vittima del delitto: sua vulnerabilità, *Quad. di Criminol. Clinica,, 1*, 1978, 49
Fleming K.C., Evans J.M., Weber D.C., Chutka D.S., Pratical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach, *Mayo Clinic Proceeding*, 70(9):890-910, sep.1995
Fusè O.(a cura di), Assegno terapeutico "famiglie" per chi tiene l'anziano in casa. Una proposta di sperimentazione al vaglio della Commissione, *Politiche sociali news*, anno 1, n°4, gen.1999, 4
Greenberg E.M., Violence and the older adult: the role of the acute care nurse pratitioner, *Critical Care Nursing Quaterly*, 19(2):76-84,aug.1996
Guillaume G., Diels R., Evalution of dependence in the aged, *Revue Medicale de Bruxelles*, 18(4):231-4, sep. 1997
Kleinschmidt K.C., Elder abuse: a review, *Annals of Emergency Medicine*, 30(4):463-72, oct.1997
Kurrle S.E., Sadler P.M., Lockwood K., Cameron I.D., Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients reffered to four Aged Care Assessment Teams, *Medical Journal of Australia*, 166(3): 119-22, feb.1997
Lachs M.S.,Williams C., O'Brien S., Hurst L., Horwitz R, Risk factors for reportet elder abuse and negloct: a nine-year observation cohort study, *Gerontologist*, 37(4):469-74, aug.1997
Lagazzi M., Moroni P., Aspetti criminologici e medico-sociali del "maltrattamento dell'anziano", *Rass. it. Criminol.*, XIII, 1988, 183-195
Lofland J., *Deviance and identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1969
Lynn J., Abuse of the Elderly: letter to editor, *JAMA*, vol.286, n°16, oct.1981
Marcellini F., Pastuglia F., Bisogni degli anziani e nuove politiche di welfare, *Difesa Sociale*, anno LXXVII, n°2, 1998, 177
Marzi A., Dell'Aiuto G., L'anziano come vittima di reato: aspetti introduttivi sociopsicologici e criminologici, *Rass. it. Criminol.*, anno I, n°4, 1990
Mattiasson A.C., Hemberg M., Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer?, *Nursing Ethics*, 5(6):527-34, nov. 1998
McGuinness M., Recognising the financial abuse of older people, *Professional Nurse*, 12(4):256-8, jan.1997

Ministero dell'Interno -Direzione Generale dei Servizi Civili-. "La famiglia anziana: terza e quarta età a confronto" a cura dell'Istituto per gli studi sui Servizi Sociali -ISTISSS, Roma, 1994
Niederfranke A., Greve W., Risk of violence in old age: arguments for a social science perspective, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29(3):169-75, may-jun.1996
Reiman J.H., Aging as Victimization: Reflections on the american Way of (ending) Life, in Goldsmith J., Goldsmith S.S., *Crime and the Elderly: Challenge and Response*, Lexington Books, USA. 1976
Rocco P.L., Caneva A, I disturbi di Personalità nell'anziano: nuove acquisizioni e orientamenti odierni, *Riv. Sper. Freniatr.*, vol.CXVIII, n°3, 1994, 422-444
Rocco P.L., Moretti A., Morbilità psichiatrica nell'anziano: rilevazione dei ricoveri effettuati presso un SPDC negli anni 1988-1993, *Riv. Sper. Freniatr.*, vol.CXX, n°2, 1996, pp.262-277
Rosenblatt D.E., Elder mistreatment, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 9(2): 183-92, jun.1997
Spagnoli A., Psicogeriatria e medicina generale, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1, 1992, 75
Sveman B.I., Hallberg I.R, Norberg A., Narratives by district nurses about elder abuse within families. *Clinical Nursing Research*, 5(2):220-36, may 1996
Taccani P., Curare oggi, curare domani. Il *care* degli anziani. Famiglie di anziani, famiglie con anziani, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n°3, 1999, 1
Talsma A., Abraham I.L., Nursing and health care for an aging society: the case of The Netherlands. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(9):37-44, sep. 1997
Thobaben M., elder abuse and neglect, *Home Care Provider*, 1(5):267-9, sep-oct.1996
Vaisrub S., Violence begins at home, *JAMA*, 245: 1852,1981
Von Hentig, *The criminal and his victim*, Yale University Press, 1948
Wetzels P., Greve W., The elderly as victims of intratamilial violence: risults of a criminologic dark field study, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29(3): 191-200, may-jan.1996
Young Rifai M.A., Ames S.A., Social Victimization of Older People: a Process of Social Exchange. in Young Rifai M.A., *Justice and Older Americans*, Lexington Books, USA, 1977