



SAVE

**INDIVIDUARE L'ABUSO AGLIANZIANI TRAMITE
STRUMENTI DI SCREENING**

COSA SAPPIAMO SULLO SCREENING DEGLI ABUSI SUGLI ANZIANI

**RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA
LETTERATURA DEL PROGETTO SAVE**

2020-1-PL01-KA202-081643



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

WWW.PROJECTSAVE.EU

Cosa sappiamo sullo screening degli abusi sugli anziani:

risultati della revisione della letteratura del progetto SAVE

Novembre 2021

Autori:

Fundinho, J. F., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portogallo
Machado, M. M., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portogallo
Petronilho, F. A., School of Nursing (ESE), University of Minho, Portogallo
Ferreira-Alves, J., School of Psychology (Epsi), University of Minho, Portogallo

Contributi del partenariato SAVE:

Boccaletti L. , Milianta S., ANS soc. coop. soc. , Italia
Melon M.C., Grassi S., Patuzzo M., CADIAI soc. coop. soc., Italia
Papastavrou E., Cyprus University of Technology | Nikolaidou E., Charitou P.,
Cyprus State Health Services Organisation, Community Nursing, Cipro
Perttu S., Empowering Old Age Coop - Osk VoiVa, Finlandia
Kacprzykowska A., Rogalska E., Daab M., PCG Polska, Polonia

Disclaimer:

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea / Programma Erasmus+. L'autore è il solo responsabile di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute.

Citazione suggerita:

Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. and Ferreira-Alves, J. (2021)
What we know about screening older adults for mistreatment: results from
the SAVE Project literature review. Accessibile dal sito:
<https://www.projectsave.eu/>



Ringraziamenti

Questo documento è stato sviluppato dal partenariato del progetto "SAVE - Screening for Abuse Victims among Elderly No. 2020-1-PL01-KA202-081643".

- PCG Polska Sp. z o.o. - Poland (coordinatore)
- VoiVa - Finlandia
- Anziani e non solo - Italia
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Italia
- Universidade do Minho – Portogallo
- Cyprus University of Technology – Cipro

L'elaborazione di questo output è stata coordinata dalla Universidade do Minho - Portogallo

Indice dei contenuti

Abstract.....	5
Contesto	5
Metodologia	5
Risultati	5
Conclusioni	6
1. Contesto	8
Il fenomeno degli abusi sugli anziani	8
Il processo di screening: cosa sappiamo e cosa dobbiamo sapere	15
Obiettivi della revisione della letteratura	17
2. Metodologia.....	19
Strategia di ricerca	19
3. Risultati	23
Domanda 1: Quali argomenti possono essere usati a favore o contro il processo di screening?	23
Domanda 2. Quali professionisti conducono lo screening, in quali contesti, e come i professionisti e gli anziani percepiscono lo screening?	31
Domanda 3: Quali strumenti di screening vengono utilizzati, in quali paesi e quali sono le loro caratteristiche psicometriche?	34
Le caratteristiche dell'uso di strumenti e procedure di screening nei paesi partner	54
4. Conclusioni.....	64
Bibliografia	67



Abstract

Contesto

L'abuso sugli anziani è un fenomeno diffuso in tutto il mondo. L'utilizzo di strumenti di screening per identificare i casi sospetti di abuso può rappresentare una strategia utile per supportare i professionisti nel riconoscere i segnali e gli indicatori di maltrattamento e prendere in considerazione la richiesta di valutazioni più complete. Questa revisione della letteratura mira a rispondere a tre domande: 1) quali argomenti possono essere usati a favore o contro il processo di screening? 2) quali professionisti conducono lo screening, in quali contesti e come questo viene percepito dai professionisti e dagli anziani? 3) quali strumenti di screening vengono usati, in quali paesi, e quali sono le loro caratteristiche psicometriche?


Metodologia

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura. Sono stati analizzati otto database, usando combinazioni multiple delle parole chiave "abuso sugli anziani", "maltrattamento", "adulti anziani", "violenza", "screening", "valutazione" e "misurazione".

Risultati

Sono stati trovati 7386 riferimenti, analizzati secondo criteri prestabiliti che hanno portato a 19 articoli con informazioni rilevanti per la domanda 1, 25 per la domanda 2 e 87 per la domanda 3.

Come argomenti a favore dello screening, i risultati indicano che l'identificazione dei casi è fondamentale per l'intervento. Lo screening promuove la sicurezza e il benessere delle persone anziane e, quando applicabile, aiuta con le responsabilità legali di segnalazione. Fornisce anche una base per la valutazione, aumenta la



consapevolezza professionale del problema e guida gli utenti attraverso un processo sistematico di osservazione e documentazione per assicurare che le manifestazioni di maltrattamento degli anziani non vengano trascurate. Come argomenti contro lo screening emergono il tempo richiesto dal processo di applicazione, i falsi risultati negativi/positivi e le potenziali conseguenze per gli anziani, le loro famiglie e i professionisti.


Sono inoltre indicati come argomenti contro lo screening l'assenza di conoscenze sulla frequenza degli effetti avversi dello screening degli abusi sugli anziani e il loro impatto sui processi clinici, i costi e il tempo richiesto.

Lo screening viene condotto principalmente da operatori sanitari e sociali. Infermieri, medici e assistenti sociali sono spesso indicati come i principali professionisti che effettuano lo screening dei maltrattamenti. Sono state rilevate pochissime informazioni sull'opinione degli anziani riguardo al processo di screening.

Per quanto riguarda gli strumenti di screening, trentasette strumenti sono stati citati in letteratura. Di questi, otto strumenti sono stati usati solo nella ricerca e non sono ancora stati testati sul campo. I ventinove strumenti rimanenti possono essere raggruppati in quattro categorie: 1) strumenti di screening basati su domande dirette, ovvero questionari sì/no brevi e versatili, utilizzati in molteplici contesti da diversi professionisti; 2) procedure di screening basate sull'osservazione o sulla valutazione approfondita, che richiedono tempo e un'ampia formazione e competenze professionali, ma sono anche più accurati; 3) strumenti di screening che specificano l'abusante, concentrandosi su relazioni specifiche e che spesso richiedono la valutazione del presunto abusante; 4) strumenti di screening per valutare una singola forma di abuso. Di queste quattro categorie, gli strumenti di interrogazione diretta sono più flessibili, adattabili e facili da usare, ma sono anche meno affidabili.

Conclusioni

La letteratura sullo screening degli abusi sugli anziani evidenzia diversi argomenti convincenti sia a favore che contro lo screening. Sebbene sia chiaro



che lo screening è uno strumento importante per sollevare il sospetto di abuso sugli anziani, la mancanza di strumenti efficaci e pratici e l'entità sconosciuta delle potenziali conseguenze negative dello screening sono fattori importanti da considerare quando si valuta l'attuazione di programmi di screening. Sono necessarie più ricerche per colmare queste lacune e aiutare i professionisti ad assumere decisioni informate. L'uso di strumenti di screening - al di là dei possibili effetti positivi sugli anziani - è particolarmente utile per formare i professionisti sociali e sanitari che hanno a che fare più frequentemente con gli anziani. Come tale, la formazione di questi professionisti in tema di buone pratiche di screening è essenziale per rendere lo screening fattibile, aumentare la consapevolezza sull'abuso sugli anziani e promuovere una visione più ampia delle circostanze e dei fattori relativi all'adulto anziano che possono determinare l'abuso sugli anziani.

1. Contesto

La violenza contro gli adulti anziani rappresenta una preoccupazione crescente nella società moderna. Il progetto Screening for Abuse Victims among Elderly (SAVE) è una partnership strategica e una piattaforma di collaborazione formata da team di cinque paesi (Polonia, Finlandia, Italia, Portogallo e Cipro) per migliorare l'identificazione e l'intervento sull'abuso da parte degli operatori sociali e sanitari e per formarli nell'uso delle procedure di screening.

Questo documento rappresenta uno dei risultati del progetto SAVE. Questo documento mira a presentare in modo sistematico le informazioni note sullo screening del maltrattamento sugli adulti anziani. Queste informazioni sono state raccolte conducendo una revisione sistematica della letteratura. In questo documento adotteremo la seguente struttura: in primo luogo, presenteremo un riassunto dei concetti di base relativi all'abuso sugli anziani come fenomeno e gli obiettivi di questa revisione della letteratura; in secondo luogo, presenteremo la metodologia adottata per condurre questa revisione; in terzo luogo, presenteremo i nostri risultati e, in quarto luogo, discuteremo i nostri risultati e ciò che ci suggeriscono sullo screening degli abusi sugli anziani.

Il fenomeno degli abusi sugli anziani

La conoscenza fenomenologica di base dell'abuso sugli anziani implica la risposta a quattro domande:

Cos'è l'abuso sugli anziani? (o come viene definito);

Quante persone anziane subiscono abusi? (o qual è la prevalenza);

Perché accade? (o quali teorie ci sono per spiegarlo?), e;

Come viene rilevato l'abuso sugli anziani?

Nelle sezioni seguenti, affronteremo brevemente i concetti chiave che sono alla base delle domande uno, due e tre e daremo particolare rilevanza alla domanda quattro sul rilevamento degli abusi, la domanda centrale del progetto SAVE.


Definizione di abuso sull'anziano

Diversi sono stati i tentativi di definire il maltrattamento contro gli anziani. Il nome di tale concetto è cambiato nel tempo, mostrando una naturale evoluzione delle conoscenze in questo campo. Nella letteratura scientifica, possiamo rintracciare per la prima volta questo concetto in uno scambio di lettere tra medici all'interno di una rivista settoriale: essi si resero conto che alcune delle loro pazienti anziane mostravano segni di violenza fisica, principalmente a causa di cure improprie (Baker, 1975; Burston, 1975). Come risultato di questa discussione, fu coniato il termine "granny battering", principalmente per descrivere la violenza fisica diretta alle donne anziane che ricevono cure dai loro figli adulti. La letteratura sull'abuso infantile ha largamente influenzato questa prima concezione della violenza contro le persone anziane. Il termine "granny battering" fu adottato per essere parallelo al "baby battering", il termine usato a quel tempo per designare l'abuso sui bambini.

La concettualizzazione della violenza contro gli anziani si è evoluta nei successivi ventisette anni. Al concetto sono stati aggiunti molteplici aspetti che lo hanno trasformato in un quadro più inclusivo. Questa espansione concettuale include l'ampliamento delle possibili vittime, dei potenziali perpetratori e dei contesti in cui avviene l'abuso. Questi cambiamenti sono stati proposti nel tempo (vedi Mysyuk, Westendorp e Lindenberg, 2013; per una descrizione dell'evoluzione del concetto di abuso sugli anziani) e sono culminati nella Dichiarazione di Toronto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In questo documento, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002, p. 3) ha definito l'abuso sugli anziani come:

"L'abuso sugli anziani è un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui c'è un'aspettativa di fiducia e che causa un danno o un disagio a una persona anziana."

Sebbene il gruppo Action on Elder Abuse abbia proposto per primo questa definizione (Action on Elder Abuse, 1995), la Dichiarazione di Toronto può essere considerata una pietra miliare sul significato di abuso poiché ha portato la questione in una prospettiva di salute pubblica, influenzando principalmente la



consapevolezza dell'abuso sugli anziani. Da questo documento, non sono stati introdotti cambiamenti significativi nella concettualizzazione dell'abuso, rendendo la definizione dell'OMS la definizione più diffusa di abuso sugli anziani, adottata da diversi altri gruppi internazionali come l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA).

La definizione di abuso sugli anziani proposta dall'OMS può essere considerata una definizione generale di abuso. Questa definizione considera molteplici forme di abuso: fisico, psicologico, sessuale, economico e la negligenza (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002). Questo suggerisce che si possono formulare definizioni specifiche di abuso, una per ogni forma. Anche se non esiste una tipologia di abuso universalmente accettata e la terminologia varia leggermente, ci sono cinque forme di abuso dove vi è un accordo più sostanziale (Action on Elder Abuse, 1995; World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002; American Psychological Association, 2012):

Abuso fisico: infliggere dolore o ferite, coercizione fisica, costrizione fisica o chimica;

Abuso psicologico/emotivo: infliggere angoscia emotiva o mentale;


Abuso sessuale: rapporto non consensuale di qualsiasi tipo;

Sfruttamento economico: uso illegale, improprio o non autorizzato dei fondi o delle risorse dell'anziano;

Negligenza (e abbandono): fallimento o rifiuto intenzionale o non intenzionale di adempiere agli obblighi di cura.

Oltre a queste cinque forme di abuso, altre sono spesso considerate dai ricercatori e dai politici. L'esempio più frequente è l'auto-negligenza. L'auto-negligenza può essere definita come un comportamento involontario dell'anziano che minaccia la propria salute o sicurezza (NCEA, nessuna data). Poiché l'autore dell'auto-negligenza è anche la vittima, questa forma di abuso è spesso esclusa dalle tipologie di abuso. Altre forme di abuso potrebbero includere la negazione dei diritti (De Donder et al., 2011) o l'abuso spirituale (Department of Justice Canada, 2009).

L'utilizzo di queste tipologie è spesso controproducente. Danno l'impressione che le forme di abuso siano indipendenti. Tuttavia, la ricerca mostra che gli anziani



che subiscono abusi spesso sperimentano più di una forma di abuso. Un valido e noto esempio è l'abuso psicologico che spesso si presenta insieme ad altre forme di abuso (Anetzberger, 1998). Infatti, per definizione, ogni altra forma di abuso può essere considerata anche un abuso psicologico (la violenza fisica può anche essere considerata una forma di umiliazione e, quindi, rappresentare una forma di abuso psicologico).

Prevalenza degli abusi sugli anziani

La prevalenza degli abusi sugli anziani è molto difficile da stimare. Ci sono diversi fattori da considerare, specialmente se vogliamo confrontare i tassi di prevalenza. Metodologie diverse (per esempio, interviste faccia a faccia, interviste telefoniche, analisi di database giudiziari, strumenti di screening) spesso portano a numeri contrastanti. Pertanto l'accuratezza dei tassi di prevalenza deve essere trattata con una certa cautela. Ciò che è indubbio è che l'abuso esiste.

Una revisione sistematica condotta da Yon et al. (2017) di studi di prevalenza in contesti comunitari che includeva studi da 28 paesi ha permesso di avere un'idea più precisa della prevalenza globale dell'abuso sugli anziani. I loro risultati indicano una prevalenza di abuso globale del 15,7%. Per quanto riguarda la prevalenza di specifici tipi di abuso, c'è una stima del 2,6% per l'abuso fisico, 0,9% per l'abuso sessuale, 11,6% per l'abuso psicologico, 6,8% per l'abuso economico e 4,2% per la negligenza.

Nei paesi partner del progetto SAVE, ci sono vari tassi di prevalenza di abuso sugli anziani. La tabella 1 presenta il tasso di prevalenza dell'abuso sugli anziani nei paesi partner del progetto SAVE. Come si può vedere, il problema dell'abuso sugli anziani è diffuso in Europa. I valori presentati sono puramente informativi, e il confronto tra i paesi è sconsigliato in quanto i tassi di prevalenza sono stati stimati da diversi studi che utilizzano diversi metodi e diverse dimensioni del campione. Non abbiamo trovato studi che riportino la prevalenza dell'abuso sugli anziani a Cipro.

Tabella 1 - Prevalenza di abusi sugli anziani nei paesi partner del progetto SAVE

	Polonia (Filipska <i>et al.</i> , 2019)	Finlandia (de Donder <i>et al.</i> , 2011)	Italia (Badenes- Ribera, Fabris and Longobardi, 2021)	Portogallo (Gil <i>et al.</i> , 2014)	Cipro
<i>Tasso di prevalenza degli abusi sugli anziani</i>	38.5%	25.1%	20.1%	12.3%	-


Teorie per spiegare gli abusi sugli anziani

Spiegare perché l'abuso avviene e quali processi sono alla base delle relazioni abusive è fondamentale per comprendere l'abuso. Senza idee o spiegazioni sul perché avviene l'abuso, valutare l'abuso diventa un'abilità limitata. Anche se le cause dell'abuso sono ancora sconosciute, ci sono diverse spiegazioni teoriche del perché l'abuso avviene. Sebbene le teorie debbano essere testate, esse offrono una spina dorsale alla concettualizzazione dell'abuso e una base per l'adozione di strategie preventive.

Ci sono diverse teorie usate per spiegare l'abuso sugli anziani. In una recente revisione sistematica sulle teorie dell'abuso, sono state identificate tredici teorie e modelli utilizzati in questo campo (Fundinho, Pereira e Ferreira-Alves, 2021), anche se potrebbero essercene altre. Questo documento non ha lo scopo di elaborare le spiegazioni teoriche dell'abuso sugli anziani, quindi ci limiteremo a descrivere brevemente l'idea principale dietro le tre teorie più frequentemente utilizzate.

La teoria dello stress del caregiver è probabilmente il quadro teorico più frequentemente menzionato utilizzato per spiegare l'abuso sugli anziani (Wilber e McNeilly, 2001), così come è uno dei più criticati (Brandl e Raymond, 2012). Secondo questa ipotesi teorica, l'abuso sugli anziani è un fenomeno situazionale che si verifica quando un caregiver affronta sfide più grandi delle sue risorse o capacità di farvi fronte. Il risultato è un aumento dei livelli di stress e una sensazione di sovraccarico. Un caregiver sovraccaricato rischia di prendere decisioni sbagliate, non fornendo la migliore assistenza possibile e scatenando le sue frustrazioni sul destinatario dell'assistenza (Mathew e Nair, 2017). Questa teoria è stata criticata su diversi punti, ma soprattutto per il fatto di essere usata come una strategia per incolpare la vittima e ridurre la responsabilità del colpevole (Brandl e Raymond, 2012).

La teoria dell'apprendimento sociale è una teoria sviluppata da Albert Bandura (1978) per spiegare l'acquisizione di nuovi comportamenti, che è stata anche applicata all'apprendimento di comportamenti aggressivi. L'apprendimento sociale propone che il comportamento violento sia appreso attraverso l'osservazione e modellato nel nostro repertorio comportamentale. Pertanto,




qualcuno esposto alla violenza riterrebbe un comportamento violento una valida strategia relazionale. La violenza è quindi concettualizzata come ciclica (prima appresa, poi insegnata), motivo per cui questo approccio è noto anche come teoria del ciclo della violenza.

La teoria dello scambio sociale non è precisamente una teoria, ma piuttosto una famiglia di teorie derivate da vari campi, come la sociologia, la psicologia e l'economia. Secondo le premesse dello scambio sociale, ogni interazione sociale è uno scambio di beni materiali (per esempio, denaro) o non materiali (per esempio, approvazione sociale). Per ogni interazione, le persone coinvolte cercheranno di massimizzare le ricompense al minimo costo possibile. Se entrambe le persone coinvolte in uno scambio lo percepiscono come gratificante e con una giusta distribuzione di costi e ricompense, l'interazione è reciprocamente soddisfacente ed equilibrata (Homans, 1961; Blau, 1964). Se uno scambio è percepito come ingiusto, l'equilibrio è rotto, e la persona che percepisce l'ingiustizia può ricorrere a comportamenti abusivi per cercare una compensazione. Alcuni autori hanno proposto che gli anziani partecipano agli scambi in condizioni di svantaggio rispetto agli altri adulti. Ciò è causato principalmente dal loro diminuito status sociale e da un decadimento delle risorse personali legato all'età (Dowd, 1975).

Queste e altre teorie menzionate nella letteratura non si escludono a vicenda, a volte riflettendo solo una parte della spiegazione. Inoltre, non tutte le teorie sono supportate dalla ricerca nella stessa misura (per una revisione sistematica che riassume le prove a favore o contro più teorie: Fundinho, Pereira e Ferreira-Alves, 2021).

Rilevare l'abuso sugli anziani

L'identificazione degli abusi sugli anziani è un argomento molto complesso che spesso richiede un approccio multidisciplinare. L'identificazione dell'abuso è impegnativa per varie ragioni. I molteplici modi in cui l'abuso si manifesta è uno di questi (Lachs e Pillemer, 2004; Cohen, 2011). Gli operatori sanitari sono stati identificati come ideali per individuare l'abuso (Lachs e Pillemer, 2004), ma non



c'è esclusività in questa posizione. Anche gli operatori del settore sociale e le forze dell'ordine sono in una posizione privilegiata per individuare l'abuso.

Ci sono diversi metodi e processi per rilevare gli abusi. Fundinho e Ferreira-Alves (2019) citano tre metodi che sono il punto di partenza di qualsiasi processo per rilevare l'abuso:

Auto-rivelazione: quando un anziano rivela di essere stato bersaglio di comportamenti abusivi. Tale rivelazione può essere fatta a un operatore sanitario (un infermiere o un medico), a un assistente sociale, a un ente giudiziario, a un'agenzia delle forze dell'ordine, alla sua rete sociale (un amico o un familiare), o a chiunque.

Denuncia a un'autorità: quando c'è una denuncia a qualsiasi forma di rappresentanza legale (forze dell'ordine, tribunali), sia essa anonima o meno, basata su prove o sospetti.


Utilizzo di procedure di screening: quando una procedura di screening risulta positiva. La procedura di screening può essere impiegata sulla base di un sospetto o di routine da qualsiasi professionista con le competenze per farlo, in qualsiasi contesto in cui lo screening è possibile.

L'uso delle procedure di screening è il fulcro del progetto SAVE, ed è il metodo di rilevazione su cui ci concentreremo in questo documento.

Il processo di screening: cosa sappiamo e cosa dobbiamo sapere

Il concetto di screening ha le sue origini nel campo dell'epidemiologia ed è attualmente al centro dei sistemi di salute pubblica (Lachs e Pillemer, 2004). Le procedure di screening per l'abuso sugli anziani sono state proposte da tempo e sono particolarmente rilevanti nella concettualizzazione dell'abuso sugli anziani come problema di salute pubblica.

Le procedure di screening per l'abuso sugli anziani sono state sperimentate in diversi contesti, ma c'è un'enfasi particolare sul contesto sanitario e sociale. L'importanza del sistema sanitario, in particolare, è rafforzata nella definizione di Caldwell, Gilden e Muelle (2013) di screening dell'abuso come la "valutazione del danno attuale o del rischio di danno da violenza familiare e da partner intimo



in persone asintomatiche in un contesto sanitario." (p. 20). Tuttavia, altri contesti sono altrettanto importanti, ma una lista di professionisti e contesti in cui lo screening viene condotto non è mai stata compilata sistematicamente e, di conseguenza, non si conosce la portata dell'applicazione delle procedure di screening.


La funzione dello screening per gli abusi sugli anziani non è diversa dallo screening per una malattia. L'obiettivo è l'individuazione precoce dei casi che saranno inoltrati a una valutazione dettagliata. Avere diverse forme di screening aiuta i professionisti a decidere correttamente quali circostanze giustificano un follow-up (Ejaz et al., 2001). Ci sono diverse forme di screening per l'abuso sugli anziani. Cohen (2011) ha proposto una tipologia di strumenti di screening in cui gli strumenti sono classificati in tre categorie: strumenti di interrogazione diretta, segni di abuso e indicatori di rischio di abuso.

Strumenti di interrogazione diretta: consistono in una serie di domande poste direttamente dai professionisti o autosomministrate, volte a suscitare la rivelazione di situazioni di abuso;

Segni di abuso: consiste in liste di segni di diversi tipi di abuso (per esempio, lividi), spesso costruite sulla base dell'esperienza professionale;

Indicatori di rischio: consiste nella ricerca di fattori associati all'abuso (fattori di rischio), anche in assenza di segni di abuso o di rivelazione. La presenza di indicatori di rischio non equivale affatto all'identificazione di un abuso, e la valutazione del rischio spesso porta a ulteriori valutazioni.

Queste tre categorie di strumenti di screening non differiscono solo per la metodologia e il contenuto, ma anche per la loro capacità di rilevare correttamente l'abuso. In uno studio di Cohen et al. (2007), sono stati applicati tre strumenti di screening, uno per tipo. I risultati hanno mostrato una disparità nei tassi di identificazione dell'abuso tra gli strumenti. Nello strumento di interrogazione diretta, il 5,9% degli anziani ha rivelato un abuso, ma una valutazione professionale ha trovato segni di abuso nel 21,4%, e il 32,6% era ad alto rischio di abuso. Tuttavia, non è insolito che uno strumento di screening ricada in più di una di queste tipologie di strumenti. Consideriamo, per esempio, l'item 2 di HS/EAST che chiede: "Sta aiutando o si sta prendendo cura di




qualcun'altro?”. L'item è applicato con un metodo di domanda diretta, ma il contenuto si riferisce ad un fattore di rischio di abuso. Esempi come questi possono essere trovati in altri strumenti di screening, il che significa che la distinzione tra tipi non è strettamente lineare. Tuttavia, questa tipologia di strumenti di screening è utile perché i segni di abuso e i fattori di rischio forniscono diversi gradi di evidenza che dovrebbero essere considerati (Anetzberger, 2001).

Ci sono diverse domande sullo screening che rimangono senza risposta. Anche se ci sono diverse revisioni della letteratura sugli strumenti di screening (ad esempio, Gallione et al., 2017; McCarthy, Campbell, e Penhale, 2017), nuove informazioni vengono continuamente pubblicate, e abbiamo bisogno di essere aggiornati su quanti strumenti di screening ci sono e quanto sono buoni nel rilevare gli abusi. Inoltre, è stato proposto che gli strumenti di screening potrebbero comportarsi in modo diverso nei gruppi multiculturali (Cohen, 2011), quindi è essenziale controllare come uno strumento di screening si comporta attraverso varie validazioni. Oltre alle caratteristiche e alle prestazioni degli strumenti di screening, ci sono informazioni sul processo di screening che rimangono sottovalutate. Sebbene ci sia un'idea generale che lo screening sia condotto da professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale, non si sa quali siano le percezioni dei professionisti sullo screening. I professionisti ritengono che lo screening sia utile? Si sentono preparati ad applicare le procedure di screening? Sono disponibili poche informazioni su queste questioni critiche. Altrettanto importante è la percezione degli anziani sullo screening. L'opinione degli anziani riguardo allo screening rimane per lo più inascoltata, e non c'è una sintesi delle informazioni sulle potenziali conseguenze dello screening.

Obiettivi della revisione della letteratura

La presente revisione della letteratura è un prodotto del Progetto SAVE. Come tale, mira a riassumere le conoscenze sul processo di screening degli abusi sugli adulti anziani. In linea con il progetto SAVE, possiamo riassumere gli obiettivi di questa revisione della letteratura come:



Elencare gli argomenti a favore e contro lo screening per i maltrattamenti agli anziani;

Scoprire quali professionisti conducono lo screening e in quali contesti;

Scoprire come i professionisti e gli anziani percepiscono lo screening;

Elencare gli strumenti di screening esistenti e i paesi in cui sono utilizzati;

Riassumere le caratteristiche degli strumenti di screening e la loro efficacia.

Per raggiungere questi obiettivi, possiamo formulare tre domande per guidare la nostra scelta della metodologia e della ricerca. Questa revisione della letteratura cercherà risposte alle tre domande seguenti:

Quali argomenti possono essere usati a favore o contro il processo di screening?

Quali professionisti conducono lo screening, in quali contesti e come viene percepito dai professionisti e dagli anziani?

Quali strumenti di screening vengono usati, in quali paesi, e quali sono le loro caratteristiche psicometriche?

Crediamo che queste domande riassumano lo stato dell'arte dello screening degli abusi sugli anziani. Quanto esposto nella sezione dei risultati sarà organizzato in base a queste domande.

2. Metodologia

Una revisione sistematica della letteratura è stata condotta per rispondere alle nostre domande. Questa metodologia è stata adottata perché ci permette di cercare, valutare e integrare tutte le prove rilevanti del nostro argomento di interesse con una procedura strutturata. Una procedura strutturata ed estesa in una revisione della letteratura permette di ridurre i pregiudizi nelle conclusioni.

Strategia di ricerca

Otto database (Web of Science, Scopus, Science-Direct (Elsevier), Pubmed (Medline), Sage, EBSCO, Scielo e Ageinfo) sono stati ricercati per articoli pubblicati in giornali scientifici o resi disponibili da organizzazioni rilevanti nel campo dell'abuso sugli anziani dal 1975 al febbraio 2021. Abbiamo usato tutte le possibili combinazioni delle seguenti parole chiave: "abuso sugli anziani"; "maltrattamento"; "violenza sugli adulti anziani"; "screening"; "valutazione", e; "misurazione".

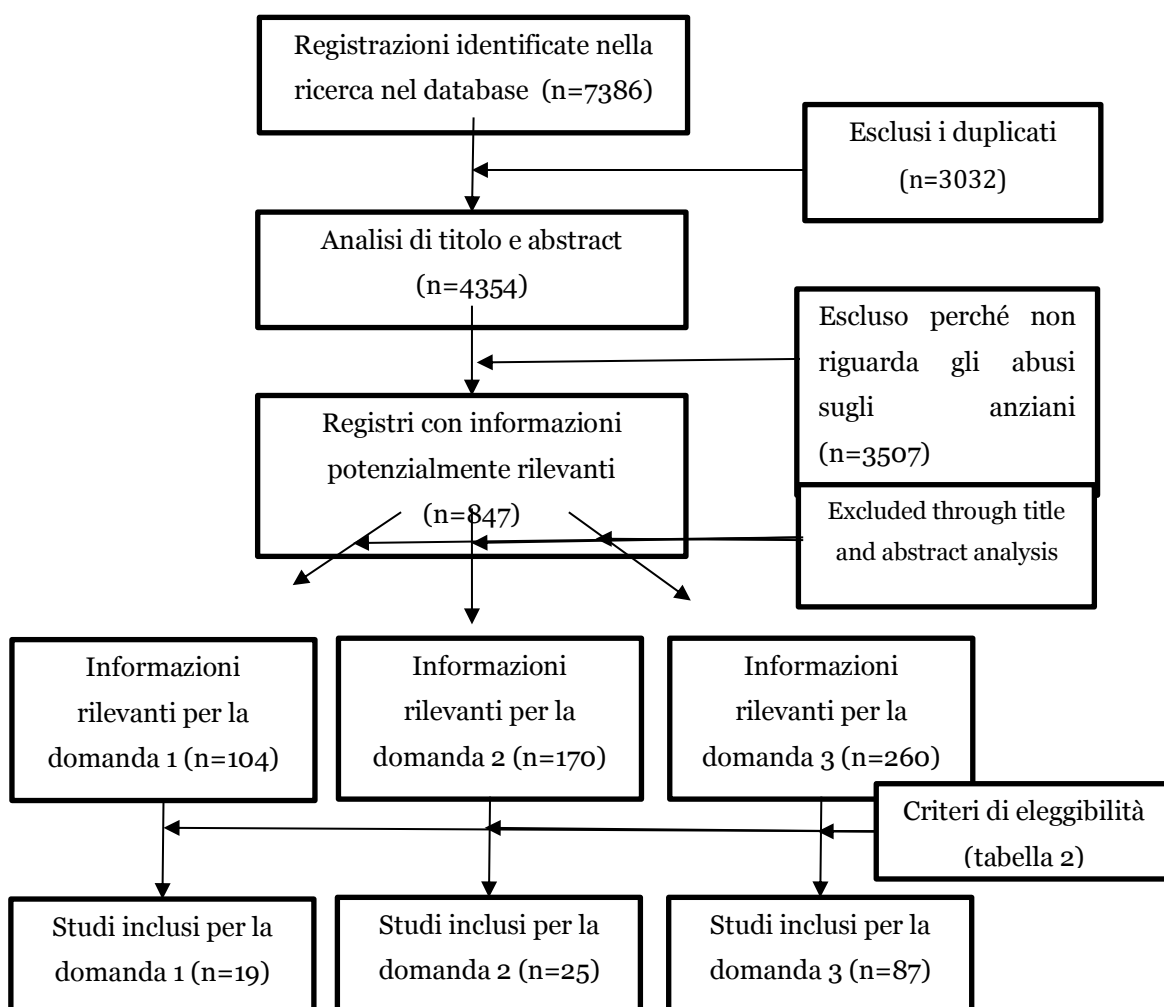
Criteri di selezione degli articoli

L'applicazione della strategia di ricerca descritta nella sezione precedente ha portato a un database di riferimento raccolto e gestito utilizzando Mendeley, un software di gestione dei riferimenti. La selezione degli articoli è stata condotta da tre ricercatori, esperti nel campo degli abusi sugli anziani. I tre ricercatori hanno condotto la selezione degli articoli in modo indipendente, in una procedura a tre fasi, analizzando titoli e abstract nelle prime due fasi e il testo completo nella terza fase.

Il processo di identificazione degli studi eleggibili è illustrato nella Figura 1. Sono stati identificati un totale di 7386 titoli, che sono scesi a 4354 titoli dopo aver rimosso i duplicati dal database. Il primo passo della selezione degli articoli è stata l'applicazione di criteri generali di selezione che consistevano nel rimuovere dal database tutti gli articoli che non affrontavano il tema dell'abuso sugli anziani. L'applicazione di questa fase ha portato a 847 titoli che sarebbero stati analizzati per la ricerca di informazioni pertinenti alle nostre tre domande. La seconda fase

è stata l'analisi della pertinenza dell'articolo per ciascuna delle domande specifiche. In questa fase, i ricercatori hanno analizzato gli 847 titoli alla ricerca di informazioni rilevanti per rispondere a ciascuna delle tre domande. Si è ritenuto che un articolo possa avere informazioni rilevanti per più di una domanda.

Figura 1 – Diagramma di flusso della procedura di selezione degli articoli.




Nel caso della domanda 3, solo gli studi empirici che descrivono le caratteristiche psicometriche degli strumenti di screening sono utili; quindi, le revisioni della letteratura non sono state incluse. Le liste di riferimento delle revisioni della letteratura relative alla domanda 3 sono state riviste per includere ulteriori

articoli che non erano già presenti nel database. Questo passo ha portato a 104 articoli rilevanti per la domanda 1, 170 articoli rilevanti per la domanda 2, e 260 articoli rilevanti per la domanda 3.

Il terzo passo è stata l'applicazione di criteri specifici. Le caratteristiche degli articoli che sarebbero rilevanti per gli obiettivi di ogni domanda sono state riassunte e applicate tramite l'analisi del testo completo degli articoli risultanti dal passo precedente. Per essere selezionati per l'estrazione dei dati, gli articoli avrebbero dovuto soddisfare almeno uno dei criteri presentati nella tabella 2.

Tabella 2 - Elenco dei criteri specifici utilizzati per la selezione degli articoli nella fase 3.

Domanda	Criteri specifici
Domanda 1: Quali argomenti possono essere usati a favore o contro il processo di screening?	Presentare le linee guida sul processo di screening Documento concettuale sullo screening Discussioni o recensioni che descrivono punti a favore o contro lo screening
Domanda 2: Quali professionisti conducono lo screening, in quali contesti, e come viene percepito lo screening dai professionisti e dagli anziani?	Presentare dati sui professionisti che applicano strumenti di screening Articoli di opinione o discussioni sulla pratica dello screening Articoli sulle conseguenze dello screening Articoli sulle percezioni/esperienze dei professionisti sullo screening Documenti sulle percezioni/esperienze degli anziani riguardo allo screening Casi clinici in cui è stato coinvolto lo screening
Domanda 3: Quali strumenti di screening sono usati, in quali paesi, e quali sono le loro caratteristiche psicometriche?	Convalida o adattamento delle misure di screening Ricerche che hanno utilizzato strumenti di screening Dati psicometrici degli strumenti di screening



L'applicazione dei criteri specifici ha portato a 19 articoli utilizzati per l'estrazione dei dati per quanto riguarda la domanda 1, 25 articoli per la domanda 2 e 87 articoli per la domanda 3.

Estrazione dei dati

Per ogni domanda, gli articoli selezionati sono stati analizzati indipendentemente da tre ricercatori. In primo luogo, i ricercatori hanno raccolto i dettagli più rilevanti per ogni domanda da un'analisi full-text e li hanno riassunti in tre tabelle riassuntive. Poi, la decisione di quali dettagli fossero rilevanti è stata condotta di comune accordo. Infine, le informazioni riassunte sono state utilizzate per trarre i risultati presentati nella prossima sezione.

3. Risultati

Domanda 1: Quali argomenti possono essere usati a favore o contro il processo di screening?


Dall'analisi di 19 articoli, non possiamo esprimerci definitivamente a favore o contro lo screening degli abusi sugli anziani. Nessuno degli studi che abbiamo esaminato ha fornito prove che lo screening per l'abuso sugli anziani riduca il danno o il rischio di morte prematura, disabilità o sofferenza degli anziani o ha affrontato i possibili effetti avversi del processo di screening. Le prove attuali sono insufficienti per valutare il bilancio dei benefici e dei danni dello screening per l'abuso e la trascuratezza in tutti gli adulti anziani o vulnerabili (Curry et al., 2018).

Ci sono, tuttavia, alcuni argomenti a favore e contro lo screening, soprattutto quando si utilizzano strumenti di screening specifici.

Argomenti a favore

Nonostante i molti ostacoli all'identificazione degli adulti anziani che subiscono abusi, la natura occulta del problema, il fatto che la maggior parte delle vittime non viene identificata, e la prevalenza del problema così come le conseguenze potenzialmente gravi o letali per le vittime ha portato a una vigorosa difesa dello screening per gli abusi (Anetzberger, 2001; Anthony et al., 2009; Cohen, 2011; Baig et al., 2015).

L'abuso sugli anziani può essere affrontato solo se rilevato. Gli interventi da parte delle autorità incaricate dalle politiche pubbliche di prevenire o trattare il problema non possono avvenire senza un adeguato rinvio. Lo screening viene utilizzato per promuovere la sicurezza e il benessere degli anziani e, nella maggior parte dei casi, per adempiere alle responsabilità di segnalazione previste dalla legge. Gli strumenti di screening aiutano a migliorare la consapevolezza professionale del problema e guidano gli utenti attraverso un processo sistematico di osservazione e documentazione per assicurare che le manifestazioni di abuso sugli anziani non vengano mancate (Antezberger, 2008).



L'uso routinario e sistematico di strumenti per lo screening dell'abuso ha un ruolo prezioso nel contesto clinico. Fornisce la struttura per almeno una valutazione primaria del rischio negli adulti anziani nei loro incontri con medici, infermieri, assistenti sociali e altri operatori sanitari (Anthony et al., 2009). Inoltre, gli strumenti di interrogazione diretta possono essere somministrati in meno di cinque minuti, attraendo i clinici che lavorano in ambienti clinici frenetici (Cohen, 2011; Hoover e Polson, 2014).

Gli studi dimostrano che l'identificazione dei professionisti che utilizzano strumenti strutturati ha suscitato tassi di abuso superiori a quelli trovati in altri studi di prevalenza (Cohen, 2011).


I risultati della valutazione del rischio possono essere utilizzati per determinare la necessità di valutazioni più complete, sostenendo così una prudente allocazione delle risorse. Gli strumenti di screening e di valutazione possono guidare le indagini, facilitare lo sviluppo del piano del caso e informare l'intervento, sostenendo l'allocazione delle risorse e le esigenze di istruzione e formazione (Anthony et al., 2009; Baig et al., 2015).

Argomenti contrari

Abbiamo trovato argomenti contro il processo di screening stesso, in generale, e alcune idee associate a difficoltà nell'uso di alcuni strumenti di screening. Le opinioni disponibili sono le seguenti:

Fare screening generalizzati per l'abuso senza rimedi efficaci e risorse conosciute o senza avere un team specializzato per la valutazione del follow-up è altamente discutibile. I medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari dovrebbero essere istruiti sull'abuso e l'abbandono degli anziani, in particolare sugli individui a rischio, sui requisiti statali di segnalazione e sulle strategie di risposta iniziale, e questo dovrebbe essere accompagnato da un'educazione pubblica. Tuttavia, non siamo ancora al punto di incoraggiare, e tanto meno di rendere obbligatorio, lo screening attivo. Risultati falsi positivi potrebbero causare disagio psicologico agli anziani e alle famiglie e compromettere il rapporto medico-paziente (Dong, 2015).

I risultati falsi-negativi possono negare le situazioni di abuso e fornire false garanzie, aumentando ulteriormente il rischio di esiti avversi per gli anziani



(Dong, 2015), scoraggiando i clinici dal cercare ulteriori anamnesi e impedendo di riconoscere coloro che sono realmente a rischio (Gallione et al., 2017).

I falsi positivi possono portare all'etichettatura e ad atteggiamenti punitivi, causando disagio psicologico, e potrebbero portare a tensioni familiari, perdita della residenza personale o di risorse finanziarie che portano alla perdita di autonomia della vittima. Il dibattito se gli strumenti di screening siano un metodo valido e affidabile per valutare il potenziale abuso sugli anziani continua. Sono stati fatti alcuni progressi nello screening degli anziani per l'abuso; le aree per la ricerca futura sono ancora aperte, in quanto nessuno studio ha indagato i possibili effetti avversi dei test del paziente o del caregiver e il loro impatto sui processi clinici, i costi, la richiesta di tempo, o l'impatto sull'auto-relazione (Gallione et al., 2017). C'è anche la preoccupazione che lo screening possa mettere gli anziani a maggior rischio e danneggiare gli anziani (Dong, 2015).


Per rivelare e dare dettagli sulle situazioni di abuso, le vittime dovrebbero sentire che l'operatore è degno di fiducia, empatico, sensibile alle loro difficoltà e non giudicante. Sfortunatamente, spesso ci vogliono tempo e sforzi per raggiungere questa atmosfera favorevole, che è anche limitata da questioni di tempo (Cohen, 2011).

Lo screening può aumentare i rinvii e il carico di lavoro dell'assistenza sociale o dei servizi di protezione degli adulti e il disagio e lo stress per la persona anziana e la sua famiglia (Cohen, 2011).

Dong (2005) ha presentato i Wilson-Jungner Criteria for Appraising the Validity of a Screening Program e la loro applicazione allo screening degli abusi sugli anziani:

La condizione oggetto dello screening dovrebbe essere un importante problema di salute. Data la sua prevalenza, la morbilità, l'aumento della mortalità e l'effetto negativo sulla qualità della vita, l'abuso sugli anziani soddisfa la soglia. (PASS)

La storia naturale della condizione dovrebbe essere ben compresa. La complessità e la molteplicità delle variabili, tra cui la vittima, l'autore (o gli autori), l'ambiente e i fattori culturali, risultano in un problema poco compreso. (FAIL)



Ci dovrebbe essere una fase iniziale rilevabile. L'abuso può avvenire senza preavviso. I primi fattori di rischio possono non progredire verso l'abuso. Il lasso di tempo per la progressione dai fattori di rischio all'abuso è sconosciuto. (FAIL)

Il trattamento in uno stadio precoce dovrebbe essere di maggior beneficio che in uno stadio successivo. La conoscenza degli interventi efficaci in una fase iniziale non è ben stabilita e spesso manca in molte comunità. (FAIL)

Un test adatto dovrebbe essere concepito per lo stadio iniziale. La maggior parte dei test di screening disponibili rileva l'abuso accertato. I test che identificano i fattori di rischio non hanno la capacità di prevedere l'abuso futuro e possono risultare in un aumento di falsi positivi e negativi. (FAIL)

Il test dovrebbe essere accettabile. Data la molteplicità dei siti per lo screening (ad esempio, cliniche, ospedali), molti possono pensare che lo screening sia al di fuori delle loro competenze. La brevità di un incontro tipico riduce l'opportunità di fare domande di screening. (FAIL)

Gli intervalli per ripetere il test dovrebbero essere determinati. Gli intervalli per lo screening non sono ben stabiliti. Le domande ripetute possono alienare i pazienti o i caregiver. (FAIL)

Dovrebbe essere previsto un adeguato servizio sanitario per il carico di lavoro clinico extra derivante dallo screening. Non c'è una compensazione finanziaria per il tempo extra per lo screening in ambienti medici e per affrontare le conseguenze di un test positivo. La maggior parte dei centri sanitari sono orientati al volume. (FAIL)

I rischi fisici e psicologici dovrebbero essere inferiori ai benefici. I rischi fisici e psicologici dovrebbero essere minimi ma potrebbero interrompere una relazione funzionante. (PASS)

I costi dovrebbero essere bilanciati dai benefici. Il prezzo dello screening dovrebbe includere costi economici, sociali, mentali e sociali. Uno screening positivo può risultare in un intervento inadeguato, permettendo al problema di aggravarsi. (FAIL) (Dong, 2015).

Argomenti relativi all'uso di strumenti di screening

Dato che l'abuso sugli anziani è un problema di grande complessità, con molteplici rappresentazioni, e che non segue una tradizionale traiettoria di malattia tipica dell'epidemiologia, alcuni autori raccomandano di non utilizzare uno specifico e unico strumento di screening (Baig et al., 2015).


Alcuni strumenti richiedono una formazione specializzata per essere applicati in modo appropriato, e non ci sono linee guida chiare sulla natura di tale formazione (Santos e King, 2010; Cohen, 2011).

Quando usiamo strumenti di interrogazione diretta, se l'MMSE è positivo, un'ulteriore valutazione dovrebbe chiarire il deficit cognitivo prima dello screening per l'abuso. I deficit cognitivi possono essere limitati a domini specifici, e un paziente può conservare memoria e capacità in altri.

Gli strumenti possono essere classificati secondo il modello tridimensionale di screening per l'abuso proposto da Cohen (2011): (1) domande dirette per l'abuso o invitare l'anziano a compilare uno strumento auto-riferito per l'abuso, (2) ispezione per i segni di abuso, e (3) valutazione del rischio di abuso. Un singolo strumento può rientrare in più di una categoria.

Gli strumenti di interrogazione diretta sono un elemento essenziale nello screening; anche se la maggior parte degli anziani che subiscono abusi non inizierà a raccontare il proprio problema a qualcuno, alcuni ammetteranno di essere stati abusati quando gli verrà chiesto direttamente da un professionista di fiducia. Altri ancora possono continuare a negare di essere stati abusati. Un altro limite dell'interrogatorio diretto è che può essere applicato solo a persone con integrità mentale. Infine, è necessaria anche una certa cautela, poiché si possono ottenere risultati falsamente positivi a causa di conflitti familiari, sentimenti di rabbia e ostilità verso i membri della famiglia e insoddisfazione per le relazioni familiari.

L'identificazione dei segni di abuso richiede abilità nel colloquio non minaccioso e non giudicante. La valutazione dei segni dell'abuso è spesso legata all'incertezza e all'ambiguità del professionista, poiché i segni dell'abuso in età avanzata sono spesso difficili da distinguere dai sintomi della malattia. Ancora più problematica è l'identificazione dell'abuso psicologico, che di solito si manifesta con esiti



psicologici come apatia, depressione e paura, congruenti con le reazioni degli anziani alla perdita, alla malattia o al deterioramento cognitivo. Inoltre, lo screening dei segni di trascuratezza non permette di differenziare tra trascuratezza e auto-negligenza, anche se entrambi questi tipi di trascuratezza richiedono un intervento immediato. Gli strumenti per identificare i segni di abuso sono anche utili per aumentare la consapevolezza e l'allerta degli operatori sui vari possibili segni di abuso.

Gli strumenti per gli indicatori di rischio di abuso si concentrano sullo screening degli indicatori di rischio di abuso, anche in assenza di segni evidenti di abuso o quando l'anziano non lo riferisce.

Idealmente, le tre precedenti modalità di screening sono necessarie per ottimizzare l'identificazione dei casi di abuso.

Le diverse modalità di screening possono sovrapporsi notevolmente nella loro identificazione dell'abuso, ma è stato dimostrato che ogni metodo identifica casi non identificati dagli altri due. Quindi, più modalità di screening possono essere applicate, meno ambigua sarà la scelta. Tuttavia, si riconosce che gli operatori generalmente non hanno il tempo, le condizioni o le competenze per eseguire uno screening a 3 livelli (Cohen, 2011).


Gli strumenti di screening e di valutazione esistenti tendono a concentrarsi su indicatori di abuso e sfruttamento fisico che sono facilmente osservabili e tipicamente si basano sulla conoscenza e sul giudizio del professionista che valuta (Anthony et al., 2009).

Gli strumenti e i protocolli esistenti non descrivono né il contenuto della formazione richiesta né come le agenzie assicurano che la formazione venga ricevuta (Anthony et al., 2009).

Nessuno degli strumenti di screening ha le qualità che sono la chiave per un'identificazione efficace e il rinvio dell'abuso sugli anziani:

Una chiara distinzione tra esempi di abuso reale, segni di sospetto abuso, e fattori relativi all'essere a rischio di abuso;

Considerazione specifica della violenza domestica, in tarda età, come componente dell'abuso sugli anziani;



Delineazione di leggi e agenzie appropriate per affrontare l'abuso sugli anziani in base allo stato e alla comunità (Anetzberger, 2001).

Nessuna ricerca ha sondato la sensibilità degli strumenti di screening alle differenze culturali. Pertanto, un'altra questione che dovrebbe essere sollevata è l'applicabilità degli strumenti di screening per gruppi multiculturali di anziani (Cohen, 2011).

Procedure di screening, usi e limitazioni

Ci sono, descritte in letteratura, diverse procedure di screening che includono strumenti di screening, per lo più utilizzati per scopi di ricerca e per aiutare e guidare i professionisti che si occupano del problema dell'abuso sugli anziani.

Secondo Baig e collaboratori (2015), il protocollo di screening deve avere quattro componenti:

Punti di decisione;

Passi di azione;

Note a piè di pagina;

Strumenti di screening.


Ci sono alcuni orientamenti generali perché le procedure o i protocolli siano efficaci:

Gli strumenti di screening dovrebbero rimanere ampi ed essere sviluppati e testati sulla loro capacità di rilevare più tipi di maltrattamento degli anziani. La sfida può essere quella di formare professionisti multidisciplinari per amministrare e interpretare tali strumenti (Gallione et al., 2017).

I programmi di formazione dovrebbero essere forniti per trasmettere le conoscenze del professionista e stabilire un senso di competenza nella gestione dei casi di abuso o rischio di abuso identificati o sospettati (Cohen, 2011).

L'atteggiamento di base degli operatori quando hanno a che fare con gli adulti anziani e le loro famiglie non dovrebbe essere quello di biasimare e criticare, ma di risolvere i problemi ed escogitare la soluzione più appropriata (Cohen, 2011).

I professionisti dovrebbero considerare come il colloquio può essere condotto per offrire la massima privacy e come può essere strutturato in modo che il paziente e i membri della famiglia siano intervistati separatamente. L'intervista e l'esame



di un paziente anziano dovrebbero essere sempre condotti per primi, lontano dal caregiver o dal sospetto abusatore. Il protocollo dovrebbe includere domande demografiche di base che permettano al professionista di determinare la composizione della famiglia del paziente e lo stato socioeconomico. Dovrebbe procedere a domande generali che gli diano un'idea del benessere generale della persona anziana e poi fare uno screening per i vari tipi di abuso o negligenza (fisica, psicologica e finanziaria). Il protocollo dovrebbe mirare a indicatori comuni per ogni tipo di maltrattamento e includere domande specifiche per il paziente. Lo screening e la valutazione del maltrattamento sugli anziani dovrebbero seguire un modello tipico (Aravanis et al., 1993).


I protocolli di abuso sugli anziani dovrebbero includere le definizioni di abuso sugli anziani, violenza familiare, autodeterminazione, fattori di rischio, strumenti di screening, lavoro con gruppi diversi e agenzie locali di riferimento. Inoltre, dovrebbero essere integrati nella formazione sugli abusi agli anziani per facilitare la consapevolezza e le risposte proattive agli abusi agli anziani (Blundell, Warren e Moir, 2020).

I protocolli di abuso sugli anziani devono essere localizzati per mantenere la rilevanza nelle diverse aree, comprese le comunità rurali e remote (Blundell, Warren e Moir, 2020).

Il monitoraggio e la valutazione dei protocolli di abuso sugli anziani sono necessari per capire la loro efficacia e qualsiasi problema relativo al contenuto e all'uso, che è fondamentale se i protocolli devono rimanere attuali e rilevanti (Blundell, Warren e Moir, 2020).

Fornire agli erogatori di servizi un protocollo di riferimento per l'utilizzo degli strumenti e identificare le potenziali fonti di aiuto quando vengono rilevati abusi sugli anziani e violenza domestica in tarda età. Formazione formale relativa agli strumenti e al protocollo (Antezberger, 2008).

Ci sono anche alcune raccomandazioni riguardanti le procedure di riferimento. Se c'è un sospetto o una conferma di abuso sugli anziani, le procedure standard di rinvio ai servizi appropriati sono fondamentali, e la segnalazione di abuso sugli anziani in alcuni paesi è obbligatoria (Baig et al., 2015). Il protocollo di riferimento dovrebbe essere un diagramma di flusso di una pagina che fornisce



un quadro generale per l'identificazione del problema e la segnalazione. Incorpora solo gli elementi chiave e di base per determinare se un utente può essere vittima di abuso sugli anziani e dove gli utenti dovrebbero essere indirizzati per una valutazione più approfondita. Il protocollo inizia con l'input dell'utente attraverso una visita iniziale, una telefonata, un contatto di persona o nel contesto della fornitura di altri tipi di servizi, come durante le visite al pronto soccorso o le sessioni di consulenza familiare.

Bisogna capire che, come per tutti i test di screening delle malattie, il processo di screening si traduce nell'etichetta di "positivo" o "negativo", ma non è diagnostico e richiede ulteriori test e valutazioni prima di trarre conclusioni (Caldwell, Gilden e Muelle, 2013).


Domanda 2. Quali professionisti conducono lo screening, in quali contesti, e come i professionisti e gli anziani percepiscono lo screening?

Professionisti e contesti coinvolti nello screening

Dall'analisi di 25 articoli, diversi professionisti sono stati coinvolti nei processi di screening come i primi soccorritori, infermieri, medici, dentisti, assistenti sociali, psicologi, terapisti occupazionali, personale ospedaliero in generale, consulenti, professionisti della legge, polizia, amministratori di organizzazioni, esperti di etica, personale di case di cura e professionisti di assistenza domiciliare. I contesti erano diversi: assistenza sanitaria di base, ambienti di emergenza, ospedali generali e geriatrici, case di cura, assistenza a lungo termine, ambienti comunitari, cliniche dentistiche e assistenza domiciliare.


Come i professionisti percepiscono lo screening

Negli studi che includono il punto di vista dei professionisti, viene chiesto loro quali sono i vantaggi e le difficoltà del processo di screening o l'uso di alcuni strumenti di screening specifici. In generale, i professionisti percepiscono lo screening come utile per identificare l'abuso sugli anziani. Tuttavia, ci sono



diverse difficoltà presentate da diversi gruppi professionali, la maggior parte delle quali legate alla mancanza di tempo per fare tutto ciò di cui hanno bisogno e alla mancanza di conoscenza e formazione sull'argomento.

Lo studio di Schmeidel et al. (2012) ha intervistato infermieri, medici e assistenti sociali per esplorare le prospettive degli operatori sanitari sull'abuso sugli anziani per capire meglio i problemi di segnalazione e generare idee per migliorare il processo di rilevamento e segnalazione. Gli infermieri, i medici e gli assistenti sociali affrontano l'abuso sugli anziani con valori diversi che hanno sviluppato nel corso dei loro anni di pratica. I medici erano più concentrati su malattie note o condizioni fisiche che potevano trattare e con le quali avevano familiarità. Sia gli infermieri che i medici hanno affermato di dover dare la priorità a ciò che può essere meglio inserito nel tempo limitato che hanno a disposizione, e molto spesso l'abuso sugli anziani non era in cima alla lista delle priorità. Inoltre, i medici hanno notato che l'abuso sugli anziani non è un problema che può essere rapidamente o nettamente risolto. La valutazione dell'abuso sugli anziani è stata una barriera pratica significativa che molti hanno trovato difficile da superare con le loro risorse. La mancanza di tempo è stato uno dei problemi più comunemente menzionati; sia gli infermieri che i medici sentivano di avere così tanti altri compiti da svolgere che non c'era abbastanza tempo per affrontare l'abuso sugli anziani. Mentre le leggi che circondano l'abuso sugli anziani cercano di chiarire cosa costituisce l'abuso sugli anziani e chi la legge protegge, interpretare e implementare la legge nella pratica clinica si è rivelato più difficile per la maggior parte degli infermieri, dei medici e degli assistenti sociali. Un'altra barriera è il sistema interno di responsabilità all'interno di una clinica o di un ospedale e il sistema esterno di segnalazione al Dipartimento dei Servizi Umani. Nel complesso, gli assistenti sociali erano i più informati sull'individuazione e la segnalazione degli abusi sugli anziani, probabilmente perché avevano tutti subito il processo di cercare di segnalare i casi. Alcuni pensavano che l'educazione e la consapevolezza dell'abuso sugli anziani potessero essere migliorate per i medici. Infermieri e medici non erano così a loro agio con la loro conoscenza dell'abuso come gli assistenti sociali (Schmeidel et al., 2012).



Secondo lo studio di Swagerty (2003), l'abuso sugli anziani può essere non realizzato o non riportato dai medici a causa di:

Ignoranza sull'argomento (hanno poca o nessuna formazione specifica nel riconoscere il maltrattamento);

Ageismo o un atteggiamento sfavorevole verso gli anziani;

Mancanza di consapevolezza, poiché ci sono poche informazioni nella letteratura medica sull'argomento;

Riluttanza ad attribuire i segni di maltrattamento;

Isolamento delle vittime o pazienti non visti spesso dai medici o dagli operatori sanitari;

Presentazione sottile e aspecifica, come scarsa igiene o disidratazione;

Desiderio di evitare di essere coinvolti;

Paura o desiderio di evitare il confronto;

Riluttanza a denunciare un maltrattamento che è solo sospettato;

La persona maltrattata chiede che l'abuso non venga denunciato (privilegio paziente/medico);

Mancanza di conoscenza della corretta segnalazione;

Paura di mettere in pericolo il rapporto con l'ospedale o la struttura di cura.

La voce degli anziani nel processo di screening

Solo uno studio ha incluso la prospettiva degli adulti più anziani. Lo studio indagava come si sentissero rispondendo alle domande di uno strumento di screening. L'esperienza di rispondere a REAGERA-S è stata riportata come "per lo più positiva" dal 20% (n = 12) e "né positiva né negativa" dal 78% (n = 46). La partecipazione all'intervista è stata riportata come "per lo più positiva" dal 39% (n = 23) e "né positiva né negativa" dal 58% (n = 34). Gli anziani che riferivano di aver subito un abuso avevano maggiori probabilità di vivere il colloquio come "per lo più positivo" rispetto ai pazienti classificati come non vittime di abusi (Simmons et al., 2020a).

Domanda 3: Quali strumenti di screening vengono utilizzati, in quali paesi e quali sono le loro caratteristiche psicometriche?

Dall'analisi di 87 articoli, sono emersi dati e descrizioni su 37 strumenti di screening. Di questi 37, otto strumenti presentati in otto articoli erano versioni iniziali di strumenti di screening per l'abuso sugli anziani. Questi strumenti erano ancora privi di nome e gli articoli presentavano solo i primi risultati psicometrici. Alla data di riferimento della raccolta non sono stati trovati studi di follow-up con questi strumenti. Di conseguenza, abbiamo considerato questi otto strumenti di interesse solo a fini di ricerca.

I restanti 29 strumenti di screening (cfr. allegato I) presentavano diverse somiglianze tra loro. Abbiamo classificato questi strumenti in quattro categorie in base a queste analogie. La prima categoria comprendeva strumenti progettati per un'applicazione rapida, sistemi di risposta dicotomici (Sì/No), e utilizzati in più contesti e da diverse professionalità. Abbiamo chiamato questa categoria "strumenti di screening sulla base di domande dirette". Gli strumenti della seconda categoria richiedono un periodo di tempo più lungo per essere applicati e si basano su capacità osservative e professionali. Abbiamo chiamato questa categoria "procedure di screening basate sull'osservazione o sulla valutazione approfondita". Nella terza categoria sono stati inclusi gli strumenti che si concentrano sui maltrattamenti commessi da una determinata persona. Questi strumenti si concentrano su relazioni specifiche e spesso includono la valutazione del presunto abuso. Abbiamo chiamato questa categoria "strumenti di screening per specifici abusanti". La quarta categoria di strumenti di screening è costituita da strumenti progettati per valutare un tipo specifico di abuso. Abbiamo chiamato questa categoria "strumenti di screening per valutare una singola forma di abuso".

Nelle sezioni seguenti, descriveremo ciascuna di queste categorie in modo più dettagliato e gli strumenti di screening che vi rientrano.

a) Strumenti di screening basati su domande dirette


In questa categoria abbiamo trovato otto strumenti di screening, inclusi e testati in 35 articoli. La tabella 3 riassume le principali caratteristiche di questi strumenti di screening. Come accennato in precedenza, tutti questi strumenti hanno un sistema di risposta sì/no e sono stati progettati per un'applicazione rapida. Inoltre, questi strumenti sono stati progettati per essere applicabili in vari contesti o sono stati destinati a un contesto specifico e successivamente validati per altri. Sono comuni anche le versioni di questi strumenti che consentono l'auto-somministrazione. In termini di lunghezza, gli strumenti più brevi hanno sei item (EASI e ED Senior AID) e il più lungo ha 22 item (GMS), tuttavia occorre considerare che il numero di item non è il solo indicatore da considerare per misurare la facilità di applicazione in quanto la complessità degli elementi varia da strumento di screening a strumento di screening.

Tabella 3 – Caratteristiche degli strumenti di screening basati sull'interrogazione diretta

Strumento di screening	Numero di elementi	Cutoff-point	Informazioni psicometriche rilevanti	Sensibilità/specificità
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST)</i>	15	4 o più "Sì"	Coerenza interna: Alfa di Cronbach varia da .29 a .745; Struttura interna: tre fattori teorici non supportati dall'analisi fattoriale; Punteggio associato a una qualità della vita inferiore, depressione. Associato positivamente a VASS	Sensibilità e specificità: risultato peggiore: 0,643 e 0,907; miglior risultato: 0,974 e 0,784. AUC dall'analisi ROC: 0,884 e 0,938
<i>Elder Abuse Suspicion Index (EASI)</i>	5+1	1 "Sì"	Dipendenza nelle ADL, conflitti familiari, depressione, ansia, disturbi neurocognitivi e malnutrizione sono associati al punteggio di abuso.	Sensibilità: 0,47 e specificità 0,75
<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i>	12	1 "Sì"	Coerenza interna: l'Alfa di Cronbach varia tra 0,819 e 0,83; Struttura interna: quattro fattori – dipendenza, abbattimento, vulnerabilità e coercizione – rilevati dall'EFA in 2 studi;	Sensibilità di 0,909 e specificità di 0,497


			Punteggio associato alla depressione.	
<i>Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID)</i>	6	1 "Si"	Buona affidabilità inter-rater	Sensibilità: 0,94 e specificità 0,90
<i>Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S)</i>	10	1 "Si" - alle doman de da 1 a 9		Sensibilità: 0,875 e specificità 0,923
<i>Geriatric Mistreatment Scale (GMS)</i>	22	1 "Si"	Consistenza interna: Alfa di Cronbach = .83; Associato a depressione, basso supporto sociale, funzionalità, basso stato socioeconomico e insicurezza alimentare.	-
<i>Korean Elder Abuse Scale</i>	20	-	Consistenza interna: Alfa di Cronbach = .89; Associazione tra punteggio e PTSD	-
<i>Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS)</i>	11	-	Struttura interna: due fattori – abuso e rischio – con adeguata idoneità riscontrata dal CFA; Coerenza interna: l'Alpha di Cronbach per i fattori era .90 e .82;	-

Tra gli strumenti di screening trovati, il Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening (HS/EAST) è risultato il più utilizzato, essendo stato applicato in 17 studi in otto paesi (Stati Uniti d'America, Singapore, Brasile, Iran, Bosnia Erzegovina, India, Turchia e Australia). Lo strumento originale è stato sviluppato negli Stati Uniti



da Hwalek e Sengstock (1986). Le ricerche successive forniscono studi di convalida per diverse popolazioni, traduzioni per altre lingue e informazioni aggiuntive sulle caratteristiche psicometriche dello strumento. La scala di screening della vulnerabilità all'abuso (VASS; Schofield e Mishra, 2003) risulta il secondo strumento di screening citato più frequentemente, trovandosi in 6 studi. Questo strumento è stato inizialmente progettato in Australia in uno studio longitudinale con le donne e si basava su HS/EAST. Negli studi successivi è stato adattato per essere utilizzato anche con uomini anziani e in vari contesti. Oltre all'Australia, abbiamo trovato indicazioni sull'utilizzo dello strumento in altri sette paesi: Stati Uniti, Singapore, Turchia, Brasile, Polonia, India e Francia. La Geriatric Mistreatment Scale (GMS), originaria del Messico (Giraldo-Rodríguez e Rosas-Carrasco, 2013), è stata citata in 4 studi ed è stata utilizzata anche in uno studio negli USA. L'Elder Abuse Suspicion Index (EASI) è stato sviluppato per essere utilizzato dal personale sanitario in Canada (Yaffe *et al.*, 2008). Oltre allo studio originale, abbiamo trovato altri due studi che utilizzano questa misura, uno in Portogallo e uno in Romania, dove la scala è stata applicata in altri contesti. Sebbene questo articolo sia stato escluso dalla revisione sistematica per non aver presentato dati psicometrici, esiste anche una versione di EASI (Yaffe, Weiss e Lithwick, 2012) in auto-somministrazione. Abbiamo poi esaminato la Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID; Platts-Mills *et al.*, 2018), utilizzata in due studi negli Stati Uniti, il Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S; Simmons *et al.*, 2020), utilizzato in uno studio in Svezia, la Korean Elder Abuse Scale (Choi *et al.*, 2018), utilizzata in uno studio in Corea del Sud e, infine, il Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC- RAPS; Teresi *et al.*, 2019), utilizzato in uno studio negli USA.

Per quanto riguarda l'efficacia degli strumenti, possiamo considerare diversi indicatori. Forse il più importante è la sensibilità e la specificità della misura. La sensibilità, nota anche come tasso di vero positivo, si riferisce alla percentuale di persone che risultano positive all'abuso sugli anziani e che stanno effettivamente subendo abusi. La specificità, o vero tasso di negatività, si riferisce alla percentuale di persone che vengono esaminate come negative per abuso e che non



subiscono effettivamente abusi. Più alti sono questi valori, migliore è lo strumento nell'identificare correttamente l'abuso. Come regola generale, uno strumento di screening è considerato utile se la somma di sensibilità e specificità è maggiore di 1,5 (Power, Fell e Wright, 2013); un punteggio più basso è considerato avere un tasso di errore troppo elevato e un punteggio di 2 significherebbe che il test è perfetto e il risultato è sempre corretto.

Cinque degli otto strumenti di screening basati sull'interrogazione diretta hanno presentato dati sull'analisi di sensibilità e specificità. Non abbiamo trovato risultati di sensibilità e specificità per GMS, Korean Elder Abuse Scale e WC-RAPS. Sebbene le loro caratteristiche psicometriche siano promettenti, è impossibile valutare completamente la loro efficacia senza dati di sensibilità e specificità.

ED Senior AID e REAGERA-S presentano valori molto alti, che indicano un'elevata efficienza nell'identificare correttamente l'abuso sugli anziani. Tuttavia, pochi studi utilizzano questi strumenti e, quindi, abbiamo avuto accesso a pochi indicatori psicometrici loro relativi. Sebbene questi strumenti siano molto promettenti, sono necessari ulteriori studi per comprenderne appieno l'efficacia. Tre degli otto strumenti identificati presentavano dati psicometrici più estesi e analisi di sensibilità e specificità. Si tratta di HS/EAST, EASI e VASS. EASI ha mostrato nello studio originale una sensibilità e una specificità di 0,47 e 0,75 (Yaffe *et al.*, 2008), rispettivamente, che quando sommate sono pari a 1,22, al di sotto del valore della regola empirica. VASS ha presentato una sensibilità di 0,909 e una specificità di 0,497 calcolata solo per la versione francese (Grenier *et al.*, 2016). Questi indicatori hanno aggiunto 1,406, appena sotto la soglia. Infine, HS/EAST è stato soggetto a più di uno studio riguardante la sensibilità e la specificità. I risultati migliori sono stati ottenuti nella validazione turca, che ha presentato una sensibilità di 0,974 e una specificità di 0,784 (Özçakar *et al.*, 2017), e il risultato peggiore è stato quello di uno studio condotto negli USA (Neale *et al.*, 1991) con una sensibilità di 0,643 e una specificità di 0,907. Sia i risultati di sensibilità e specificità peggiori che quelli migliori sono al di sopra della soglia di adeguatezza di 1,5. Pertanto, se dovessimo classificare questi tre strumenti in ordine di efficacia nel rilevare l'abuso sugli anziani, l'ordine sarebbe



HS/EAST, VASS e EASI, tenendo presente che sia VASS che EASI sono al di sotto della soglia di adeguatezza per uno strumento di screening efficace.

Anche gli strumenti di screening basati su domande dirette presentano alcune limitazioni. Questi strumenti si basano su ciò che viene riferito dagli anziani, il che significa che i deficit cognitivi possono rendere i risultati inaffidabili. Affinché il loro uso sia appropriato, è quindi necessario associarlo ad uno screening per il deterioramento cognitivo. Inoltre, fare affidamento sulla rivelazione di abusi da parte della vittima può ridurre il tasso di veri positivi poiché è risaputo che le persone che subiscono maltrattamenti tendono a non essere disposte a divulgare informazioni che potrebbero portare alla loro individuazione. Un'altra limitazione è che questi strumenti tendono ad essere brevi e il fatto di non chiedere i dettagli più frequenti che aiutano a identificare l'abuso può lasciare molti casi non rilevati. Questi potrebbero essere i motivi per cui è difficile trovare strumenti di screening basati su domande dirette con una buona sensibilità e specificità. Infine, come discusso in precedenza, questo tipo di strumento tende ad essere inaffidabile.

Sulla base delle loro caratteristiche, costruzione ed efficacia nel rilevare gli abusi sugli anziani, possiamo dire che questi strumenti sono utili quando è solo possibile condurre valutazioni rapide. Questo tipo di strumento può essere utilizzato come primo livello di indagine in un processo di screening e ha inoltre un'utilità dal punto di vista pedagogico per formare i professionisti a considerare lo screening degli abusi sugli anziani come un compito da condurre in modo sistematico e organizzato. È necessaria una formazione per utilizzarli correttamente, ma principalmente su abilità trasversali (costruire un rapporto, capacità di ascolto e comunicazione, e così via), e non sono richieste competenze professionali specifiche. La somiglianza tra gli strumenti implica inoltre che le competenze necessarie per utilizzare uno strumento basato su domanda diretta si applicano anche all'uso degli altri. Tuttavia, considerando che questo tipo di strumento non è molto affidabile, sia i punteggi positivi che quelli negativi devono essere interpretati con cautela.



b) Procedure di screening basate sull'osservazione o sulla valutazione approfondita

Riguardo a questa categoria, abbiamo trovato nove strumenti con informazioni riportate in 18 studi. La tabella 4 riassume le principali caratteristiche di questi strumenti. Questi strumenti sono lunghi e richiedono tempo, competenze e valutazioni professionali. Tre di questi strumenti avrebbero potuto essere inclusi anche nella categoria “strumenti di screening per specifici abusanti” perché richiedono anche la valutazione del presunto abusante. Tuttavia, sono stati inclusi in questa categoria a causa del livello di competenza e di dettaglio necessari per tale valutazione.


Tabella 4 – Caratteristiche degli strumenti basati sull'osservazione o sulla valutazione approfondita

Strumento di screening	Numero di item	Informazioni psicometriche rilevanti	Sensibilità/sp ecificità
<i>Client Assessment and Risk Evaluation (CARE)</i>	43	Struttura interna: il CFA ha rilevato una struttura a 5 fattori – Condizioni di vita; Stato finanziario; Stato fisico e medico; Stato mentale; Interazione sociale/supporto/isolamento/connessione; con una buona corrispondenza; Coerenza interna: l'affidabilità del costrutto delle sottoscale varia da .78 a .93	-
<i>Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)</i>	Scala relativa agli anziani Presunto abusatore 33; 21	Coerenza interna: Alfa di Cronbach di entrambe le scale = .93; Struttura interna: l'EFA ha rivelato una struttura a tre dimensioni della scala degli anziani – “abbandono, negligenza e auto-abbandono”, “abuso domestico senza auto-negligenza”, “in particolare auto-negligenza”.; Dimensioni della scala del presunto abusatore - “trattamento o abuso inflitto in modo inappropriato”, “comportamenti restrittivi”, “incapacità di offrire un trattamento adeguato”.	Sensibilità e specificità: 93,2% e 88%

<i>Elder Assessment Instrument Reviewed (EAI - R)</i>	51	Associato al punteggio HS-EAST.	-
<i>Elder Assessment Instrument (EAI)</i>	44	88,9% di accordo tra due valutatori	Sensibilità e specificità: .71 e .93
<i>Expanded Indicators of Abuse (E-IOA)</i>	45+39	Consistenza interna: l'Alpha di Cronbach varia da .78 a .96; Struttura interna: struttura a tre fattori per gli indicatori del caregiver e a quattro fattori per gli indicatori degli anziani; Associato a una misura di divulgazione di abuso e a una misura di segni di abuso.	Dall'analisi ROC: $\geq 2,7$ sensibilità = 0,929, specificità = 0,979; AUC dall'analisi ROC: 0,92;
<i>Indicators of Abuse (IOA)</i>	27	Consistenza interna: Alfa di Cronbach = .94; Struttura interna: uno studio trova questo strumento di screening unifattoriale, ma un altro trova una soluzione a due fattori (indicatori di rischio del caregiver e indicatori di rischio dell'anziano)	≥ 16 Sensibilità = 0,94, Specificità = 0,85
<i>QUALCARE</i>	56	Affidabilità inter-rater: 65 % nel test pilota; Consistenza interna: Alfa di Cronbach = .97; Struttura interna: EFA e CFA ha mostrato una struttura a 3 fattori: sub-scala ambientale; sub-scala fisica e psicologica; Associato a stato mentale, ADL, carico ed eventi di vita stressanti.	EA/N clinicamente significativo a punteggi medi di sottoscala $\geq 3,5$

		Calcolato per ciascuna sottoscala: alta sensibilità (da 0,811 a 0,977) ma ampio intervallo di specificità (0,167-1,000)
<i>Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI)</i>	22	tre fattori: fattori di rischio della persona anziana, fattori di rischio dell'ambiente/possibile autore e segnali di abuso sugli anziani, con buona corrispondenza e coerenza interna
<i>Signs of abuse inventory</i>	34	Coerenza interna: l'Alpha di Cronbach dalle sottoscale varia da .67 a .91; Associato alla presenza di indicatori di abuso (misura del rischio).

Lo strumento basato sull'osservazione o sulla valutazione approfondita a cui si fa riferimento più frequentemente nei documenti analizzati è stato l'Expanded Indicators of Abuse (E-IOA; Cohen *et al.*, 2006), citato in quattro studi condotti in Israele. L'E-IOA è una versione più ampia degli Indicatori di abuso (IOA), sviluppata in Canada da Reis e Nahmiash (1998) e anche parte della nostra lista, insieme alla sua versione spagnola (Touza, Martínez-Arias e Prado, 2018). L'IOA e l'E-IOA sono strumenti basati sulla rilevazione dei fattori di rischio per l'abuso sugli anziani e sulla valutazione di entrambi i fattori di rischio del caregiver e dell'anziano. Questi strumenti sono stati progettati per essere applicati dai servizi sociali e dagli operatori sanitari durante l'esecuzione di una valutazione psicosociale. L'E-IOA differisce dall'IOA per il fatto di essere adattato a uno stile



di intervista semi-strutturato. Inoltre, alcuni elementi sono stati esclusi a causa delle differenze culturali e altri sono stati ampliati per includere sottoindicatori di abuso.

Abbiamo poi QUALCARE (Linda R. Phillips, Morrison e Chae, 1990), uno strumento basato sulla rilevazione dei fattori di rischio per l'abuso sugli anziani, citato in tre studi condotti negli USA, dove lo strumento è stato sviluppato. QUALCARE è stato progettato per valutare la qualità dell'assistenza fornita dai caregiver, considerando l'abuso come strettamente associato a un'assistenza di bassa qualità (Pickering *et al.*, 2017). Questo strumento si basa sull'osservazione e su esami fisici, incorporati nella pratica quotidiana di infermieri professionali formati.

Il Signs of Abuse Inventory è menzionato in tre studi condotti in Israele, dove lo strumento è stato sviluppato sulla base di strumenti precedenti (Cohen *et al.*, 2006). Come indica il nome, questo strumento si concentra sulla rilevazione dei segni di abuso, utilizzando esplicitamente un colloquio e una valutazione fisica condotta da assistenti sociali e infermieri formati. Poi abbiamo l'Elder Abuse Instrument (EAI; Fulmer *et al.*, 2000), menzionato in due studi, e la versione rivista di EAI annotata in uno studio (Fulmer *et al.*, 2012). Gli studi che hanno coinvolto questi strumenti sono stati condotti negli Stati Uniti. Entrambi gli strumenti si basano sulla rilevazione di segni di abuso sulla base dell'osservazione da parte di professionisti formati, in particolare fornitori di cure primarie, infermieri del pronto soccorso e operatori dei servizi di protezione degli adulti. La differenza tra EAI e la versione rivista è l'inclusione di item extra.

Il Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) è menzionato in uno studio condotto negli USA (Burnett *et al.*, 2014). È uno strumento di valutazione del rischio progettato per i professionisti che lavorano nei servizi di protezione degli adulti e si basa sia sull'osservazione che su una valutazione professionale.

Le Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) sono state sviluppate in Spagna da Touza, Prado e Segura (2012). Tale strumento basa il proprio processo di valutazione su questioni di segnalazione di abuso, fattori di rischio e segnali di abuso. L'applicazione di questo strumento implica la valutazione dell'anziano e del




presunto abusante. La valutazione è condotta da domande e osservazioni dirette da parte di professionisti dei servizi sociali.

L'ultimo strumento che abbiamo trovato è stato il Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI), menzionato in uno studio. Questo strumento è stato sviluppato in Belgio (De Donder *et al.*, 2018) ed è stato progettato per essere applicato dagli operatori sanitari e sociali sulla base della valutazione professionale fatta della loro conoscenza dei casi che seguono. Le voci dello strumento si basano per lo più sulla valutazione dei fattori di rischio ma considerano anche alcuni segnali di abuso.

Per quanto riguarda l'efficacia di questi strumenti nel rilevare l'abuso sugli anziani, dobbiamo considerare non solo la sensibilità e la specificità ma, poiché questi strumenti si basano su capacità osservative e professionali, anche l'accordo tra osservatori. Sfortunatamente, non abbiamo trovato risultati sull'accordo dell'osservatore o sulla sensibilità/specificità per quanto riguarda CARE, EAI-R, REAMI e il Signs of Abuse Inventory. Pertanto, sebbene le caratteristiche psicometriche generali di questi strumenti sembrano adeguate, sono necessarie maggiori informazioni per considerare la loro efficacia nel rilevare l'abuso sugli anziani.

Lo strumento QUALCARE ha presentato un'affidabilità inter-rater dell'intera scala di 0,65, al di sotto del punteggio di 0,70, il valore che gli autori consideravano un buon criterio (Linda R Phillips, Morrison e Chae, 1990). I risultati di sensibilità e specificità disponibili non sono stati calcolati per l'intera scala ma per ciascuna sottoscala (Pickering *et al.*, 2017). Mentre la sensibilità delle sottoscale variava ma tra valori elevati (da 0,811 a 0,977), c'era troppa variazione nella specificità (0,167-1,000) per comprendere veramente l'efficacia di questo strumento.

Altri quattro strumenti hanno presentato risultati di sensibilità e specificità per la scala totale. Tutti erano al di sopra della regola empirica per l'utilità degli strumenti di screening (Power, Fell e Wright, 2013). Il miglior risultato è stato trovato per E-IOA, utilizzando un cut off di 2,7 indicatori, presentando una sensibilità di 0,929 e una specificità di 0,979 (Cohen *et al.*, 2006). Questi risultati sono migliori di quelli trovati utilizzando l'IOA, che presenta una sensibilità di



0,94 e una specificità di 0,85 ma utilizza un cutoff più significativo, di 16 (Touza, Martínez-Arias e Prado, 2018). I diversi risultati tra questi strumenti simili potrebbero essere dovuti a differenze culturali poiché i dati IOA sono stati raccolti in Spagna mentre i dati E-IOA sono stati raccolti in Israele. Lo strumento EDMA, anch'esso sviluppato in Spagna (Touza, Prado e Segura, 2012), ha presentato eccellenti valori di sensibilità e specificità (0,932 e 0,88), ma poiché questi valori sono stati riportati in un solo studio, sarebbe utile determinare l'accuratezza di questi risultati. Infine, i valori di sensibilità e specificità dell'EAI (0,71 e 0,93) non erano buoni come gli altri strumenti, ma presentavano un alto accordo tra i valutatori (88,9%), il che è un buon indicatore per uno strumento basato sull'osservazione (Fulmer *et al.*, 2000).

In sintesi, gli strumenti basati sull'osservazione o sulla valutazione approfondita sembrano essere molto accurati nell'individuare gli abusi sugli anziani. Tuttavia, sembrano essere particolarmente influenzati da diversi contesti culturali. Inoltre, non sono disponibili informazioni sufficienti sull'accordo tra valutatori, un indicatore cruciale per valutare strumenti basati sull'osservazione o su giudizi professionali.

Sebbene gli strumenti basati sull'osservazione o sulla valutazione approfondita sembrino notevolmente accurati, presentano alcuni limiti. Uno dei principali svantaggi nel loro utilizzo è che richiedono una notevole quantità di tempo per essere applicati adeguatamente. Alcuni di essi sono consigliati per essere applicati in più di una sessione a causa della loro lunghezza (es. QUALCARE). Inoltre, questa forma di strumento richiede una formazione molto più ampia rispetto a qualsiasi altra. Alcune delle competenze necessarie per utilizzare queste procedure sono spesso specifiche di una professione. Ad esempio, alcuni strumenti potrebbero richiedere un esame fisico e non tutte le classi professionali che applicano lo screening sono preparate a fare quel tipo di esame. Inoltre, questi moduli di valutazione richiedono una conoscenza approfondita del caso e non sono compatibili con molti servizi in cui il contatto tra il professionista e l'anziano è limitato. Va anche considerato che queste valutazioni dettagliate sono più permeabili alle influenze culturali, come abbiamo notato in alcuni dei

risultati. Ciò significa che tutte queste procedure devono essere adeguatamente adattate e testate prima di utilizzarle in una popolazione specifica.

Ci sono anche alcuni aspetti positivi nell'uso di procedure di screening basate sull'osservazione o sulla valutazione approfondita. L'efficacia di questi strumenti nell'individuare l'abuso sugli anziani è superiore a qualsiasi altro tipo di strumento. Ciò significa che lo screening con questo tipo di strumento consente una migliore allocazione delle risorse nel periodo successivo allo screening. Inoltre, poiché si basano principalmente su osservazioni e giudizi professionali, alcuni degli strumenti possono essere utilizzati con gli anziani con deficit cognitivo. Prima di decidere di utilizzare questo tipo di strumento, è necessario valutare attentamente i costi-benefici dell'utilizzo di questa procedura, accurata ma dispendiosa in termini di tempo, in base alle risorse disponibili.

c) Strumenti di screening per specifici abusanti

Abbiamo trovato sei strumenti che potrebbero essere classificati come strumenti che specificano l'abusante. Tuttavia, quattro di questi richiedono osservazioni o valutazioni professionali dettagliate e si adattano meglio alla categoria precedente. Erano l'IOA, l'E-IOA, il QUALCARE e l'EDMA. Di conseguenza, in questa categoria, includeremo solo i restanti due strumenti il cui obiettivo principale è l'abuso in relazioni specifiche, vale a dire gli assistenti professionali e i familiari degli anziani. Questi due strumenti sono stati citati in sette diversi studi. Nella Tabella 5 abbiamo riassunto le principali caratteristiche di questi strumenti

Tabella 5 – Caratteristiche degli strumenti di screening che specificano l'abusante

Strumento di screening	Numero di elementi	Informazioni psicometriche rilevanti	Sensibilità/ specificità
<i>Caregiver Abuse Screen (CASO)</i>	8	Consistenza interna: l'Alpha di Cronbach varia da .68 a 0,86; Struttura interna: 1 studio ha	-

		mostrato un adattamento adeguato per una soluzione unidimensionale, mentre altri hanno sostenuto una soluzione a due fattori; Associato a IOA, HS-EAST, CTS, carico del caregiver, depressione, coping, basso supporto sociale e disturbi comportamentali correlati al morbo di Alzheimer.
<i>Family Members</i>	15	Coerenza interna: Alfa di Cronbach =
<i>Mistreatment of</i>		.89; Struttura interna: i risultati
<i>Older Adults</i>		dell'EFA caricano tutti i 15 elementi
<i>Screening</i>		in 1 fattore, ma vengono presentati 8
<i>Questionnaire</i>		fattori.
<i>(FAMOASQ)</i>		Sensibilità dell'86% e specificità del 90%; AUC 0,93

Di questi due strumenti di screening, CASE è stato menzionato in sei studi e FAMOASQ in uno.

CASE è stato sviluppato in Canada (Reis e Nahmiash, 1995) ed è stato utilizzato in Cina, Italia, Brasile e Iran. CASE è composto da 8 domande dirette sì/no a un caregiver che mirano a rivelare situazioni di abuso. È stato testato sia con caregiver professionali che familiari. Poiché le domande vengono poste a un caregiver, esse possono solo valutare l'abuso perpetrato da quella specifica persona.

FAMOASQ è stato sviluppato in Messico (Ruelas-González *et al.*, 2018) per essere utilizzato nei servizi di cure primarie per intervistare e valutare gli abusi perpetrati verso gli anziani da membri della famiglia. Le domande sono rivolte all'anziano e non ai familiari. Questo strumento si concentra sulla valutazione dei fattori di rischio con 15 domande "sì o no".

Per quanto riguarda l'efficacia di queste misure nel rilevare l'abuso sugli anziani, CASE non dispone di studi con analisi di sensibilità e specificità. Tuttavia, le informazioni psicometriche disponibili sono promettenti, poiché mostrano associazioni con molti altri strumenti per valutare l'abuso sugli anziani.

FAMOASQ mostra una buona sensibilità e specificità, ma non ci sono sufficienti informazioni sulle sue caratteristiche psicometriche.

Questo tipo di strumento ha diversi limiti. In primo luogo, ha un campo di applicazione considerevolmente ristretto, valutando solo l'abuso perpetrato da un numero ristretto di autori. In secondo luogo, e nello specifico con lo strumento CASO, la modalità di indagine si basa sulla denuncia dell'abuso da parte del soggetto che lo commette. È logico che molte persone nascondano deliberatamente informazioni e forniscano risposte false in questa situazione, a meno che le loro risposte non vengano raccolte all'interno di una relazione premurosa ed empatica.

Tuttavia, questi strumenti potrebbero essere utili in determinate condizioni, ad esempio, quando vi è un chiaro sospetto sull'autore dell'abuso. Inoltre, questi strumenti possono essere utili se utilizzati insieme ad altre forme di indagine, consentendo la raccolta di informazioni da più fonti.

d) Strumenti di screening per la valutazione di una singola forma di abuso

In questa revisione, abbiamo trovato dieci strumenti che valutano una sola forma di abuso. Di questi, quattro valutano l'abuso psicologico/emotivo, uno l'incuria, due l'auto-negligenza, uno sia l'abbandono che l'auto-negligenza e due hanno valutato lo sfruttamento finanziario. Non sono stati trovati strumenti per la valutazione degli abusi fisici o sessuali. Questi strumenti variano notevolmente per lunghezza, modalità di indagine e necessità di valutazione professionale, ma la loro caratteristica comune è quella di concentrarsi su particolari forme di abuso. Nella tabella 6 riassumiamo le principali caratteristiche di questi strumenti.


Tabella 6 – Caratteristiche degli strumenti di screening per la valutazione di una singola forma di abuso

Strumento di screening	Numero di item	Informazioni psicometriche rilevanti	Sensibilità/specificità
<i>Abuso psicologico/emotivo</i>			

<i>Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB)</i>	20	Consistenza interna: alfa di Cronbach =.85; Associato positivamente al carico	-
<i>Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS)</i>	32	Consistenza interna: K-R20 =.82; La concordanza test-retest varia dal 79% al 100%; L'abuso psicologico è stato associato a deterioramento cognitivo e disabilità fisica.	-
<i>Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM)</i>	31	Consistenza interna: alfa di Cronbach =.87;	-
<i>Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA)</i>	61	Coerenza interna: alfa di Cronbach =.95;	-
<i>Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS)</i>	9	Coerenza interna: Cronbach =.85; Struttura interna: EFA+CFA indica una struttura unifattoriale, ma con un basso adattamento del modello; punteggio correlato a scarse prestazioni nella funzione esecutiva, difficoltà di lettura e bassa istruzione.	Sensibilità = 0,75, Specificità = 0,70; AUC dall'analisi ROC: 0,82
<i>Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM)</i>	3 versioni: 79 item; 54 item e 30 item	Consistenza interna: affidabilità della persona Rasch = .92; Struttura interna: Unidimensionale; Punteggio associato a scarsa capacità di calcolo	-
<i>Negligenza e auto-negligenza Signs of neglect inventory</i>	12	Consistenza interna: alfa di Cronbach per i fattori = .82;	-

			Associato al carico del caregiver, basso livello di istruzione, basso status socioeconomico, incontinenza e maggiore fragilità.	
<i>Self-Reported Neglect Scale (SRNS)</i>	12		Struttura interna: EFA e CFA - indicano una struttura a due fattori (bisogni di base e bisogni psicologici) con un buon adattamento; Consistenza interna: alfa di Cronbach per i fattori = .81 e .91; Correlazione positiva con VASS, GMS (neglect) e depressione	
<i>Self-Neglect Severity Scale (SSS)</i>	37		Elevata affidabilità inter-rater	0,86 e 0,53
<i>Vulnerability Risk Index of Self-Neglect</i>	18	-		AUC dall'analisi ROC: 0,76


Sono stati trovati quattro strumenti per valutare l'abuso emotivo e psicologico. Ogni strumento è stato menzionato in uno studio. CPEAB (Wang, Lin e Lee, 2006) ed EPAS (Wang, Tseng e Chen, 2007) sono stati entrambi sviluppati a Taiwan, concentrandosi sugli abusi psicologici commessi dai caregiver. Il CPEAB è una misura di autovalutazione basata sulla divulgazione di abusi, ma l'EPAS è più ampio, richiede l'osservazione per i segni di abuso e interroga sia gli anziani che i caregiver per il disvelamento di abusi. OAPAM è stato sviluppato negli Stati Uniti (Conrad *et al.*, 2011) per essere utilizzato come strumento di supporto per i servizi di protezione degli adulti che basano le loro domande sulla ricerca di rivelazioni di abusi e segni di abuso psicologico. PEASA è stato sviluppato in Turchia (Aslan ed Erci, 2020) ed è uno strumento basato sull'interrogazione diretta. Nessuno di questi strumenti ha presentato analisi di sensibilità/specificità e tutti hanno mostrato informazioni psicometriche



limitate. Questi strumenti sono stati utilizzati in pochi studi, quindi non ci sono abbastanza informazioni sulla loro efficacia nell'individuare l'abuso psicologico. Sono stati individuati due strumenti relativi alla valutazione degli abusi finanziari. FEVS è uno strumento di valutazione del rischio in forma breve sviluppato negli Stati Uniti (Campbell e Lichtenberg, 2020). L'OAFEM è stato menzionato in tre studi, due condotti negli Stati Uniti e uno in Irlanda. Questo strumento ha tre forme di lunghezza variabile e mira a rilevare gli abusi e valutare i rischi e i segni di abuso. Questo strumento è stato costruito per supportare i servizi di protezione degli adulti (Conrad *et al.*, 2010). Per quanto riguarda l'efficacia nel rilevare lo sfruttamento finanziario, solo il FEVS riporta analisi di sensibilità e specificità e i valori sono al di sotto delle regole empiriche per l'adeguatezza. L'OAFEM riporta una serie di indicatori psicometrici, ma non ci sono informazioni sulla capacità dello strumento di rilevare lo sfruttamento finanziario.

Abbiamo trovato quattro strumenti riguardanti la negligenza e l'auto-negligenza, ciascuno menzionato in uno studio. The Signs of Neglect Inventory (Cohen, 2008) è stato sviluppato in Israele e si è concentrato esclusivamente sull'abbandono. Questo strumento è stato impostato per essere gestito da infermieri e assistenti sociali per cercare segni di abbandono attraverso domande dirette e un esame fisico.

Il SRNS è uno strumento di autovalutazione progettato in Polonia che si rivolge agli anziani, con l'obiettivo di rivelare sia l'abbandono che l'auto-negligenza (Zawisza *et al.*, 2020). L'SSS (Kelly *et al.*, 2008) e il Vulnerability Risk Index of Self-Neglect (Wang *et al.*, 2020) sono stati sviluppati negli Stati Uniti ed entrambi valutano esclusivamente l'auto-abbandono. Entrambi gli strumenti si basano sull'osservazione, ma l'SSS viene utilizzato dai servizi di protezione degli adulti per determinare il rischio di auto-negligenza mentre il Vulnerability Risk Index of Self-Neglect viene utilizzato dagli operatori sanitari per identificare i segni di auto-abbandono. Per quanto riguarda l'efficacia di questi strumenti, solo SSS e il Vulnerability Risk Index of Self-Neglect hanno condotto analisi di sensibilità/specificità. Tuttavia, per SSS, i valori sono bassi e per il Vulnerability Risk Index of Self-Neglect i valori non sono presentati. Sebbene gli altri strumenti



presentino caratteristiche psicometriche promettenti, sono necessari ulteriori studi per determinare se questi strumenti siano efficaci nel rilevare la negligenza e l'auto-negligenza.

Gli strumenti di screening che valutano una sola forma di abuso hanno diverse limitazioni. Primo, e più importante, la loro valutazione dell'abuso sugli anziani è limitata a una singola manifestazione dell'abuso. In secondo luogo, non esistono strumenti per valutare l'abuso fisico e sessuale. Ciò significa che se si volesse fare una valutazione per tipologia, non ci sarebbero strumenti per determinare due tipi di abuso. In terzo luogo, nessuno degli strumenti analizzati sembra essere eccezionalmente affidabile. E quarto, gli strumenti variano in modo significativo nel metodo di valutazione e nell'estensione; pertanto, utilizzarne più di uno comporterebbe notevoli problemi organizzativi.

Nonostante queste limitazioni, potrebbero esserci situazioni in cui questi strumenti possono essere utili. Nei casi in cui è noto che l'anziano subisce una specifica forma di abuso, uno di questi strumenti può essere utilizzato per valutare il caso in modo regolare e tenere traccia dei cambiamenti. Gli strumenti relativi allo sfruttamento finanziario possono essere utili poiché questa forma di abuso è talvolta difficile da individuare, in particolare nelle strutture sanitarie. Tutto considerato, gli strumenti che valutano una singola forma di abuso possono avere i loro usi ma hanno un'utilità limitata ai fini dello screening.

Le caratteristiche dell'uso di strumenti e procedure di screening nei paesi partner

Per comprendere come lo screening e gli strumenti di screening vengono attuati nei paesi partner del progetto SAVE, i rappresentanti di ciascun paese hanno risposto a una serie di domande riguardanti la loro situazione nazionale in merito ai processi di screening, all'uso di strumenti di screening e ai soggetti coinvolti nella procedura di screening. Le informazioni sono state raccolte in base a revisione di articoli scientifici pubblicati, consultazione di documentazione/procedure nazionali ufficiali, consultazione di

documentazione/principi guida di associazioni professionali, consulenza di professionisti del settore e delle loro conoscenze professionali.

Processo di screening:

Sono attualmente in uso procedure di screening?

Per quanto siamo stati in grado di determinare, non ci sono procedure di screening attualmente in uso in Italia, Cipro e Portogallo. In Portogallo ci sono alcune iniziative di ricerca e alcune precedenti iniziative legate al Progetto SAFE. APAV, la principale organizzazione governativa per la protezione delle vittime, effettua la valutazione del rischio per vari gruppi di età, compresi gli anziani. Ma non ci sono informazioni su quali misure vengono utilizzate.


In Polonia, alcune città hanno le loro procedure di screening che utilizzano strumenti come la Geriatric Mistreatment Scale (GMS), la Self-Reported Neglect Scale (SRNS) e la Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS), e hanno la *Procedura Carta Blu* per la violenza in generale. In Finlandia, gli strumenti di screening non sono specializzati per l'abuso sugli anziani, ma esiste un modulo di indagine e valutazione sulla violenza domestica che include le seguenti domande di routine:

1. Hai mai subito violenze o abusi fisici, psicologici o sessuali in una delle tue relazioni intime?
2. La violenza che hai subito influisce ancora sulla tua salute, sul tuo benessere o sulla tua gestione della vita?
3. C'è qualche forma di violenza fisica, psicologica o sessuale o abuso nelle tue attuali relazioni intime?

Se il cliente/paziente risponde “sì” alle domande 2 e 3, il colloquio prosegue con domande di valutazione dettagliate. Il modulo di indagine e valutazione sulla violenza domestica include anche la valutazione dell'utente su quanto pensa che la violenza influenzi la sua salute, il suo benessere e la sua sicurezza attuali. Infine, il professionista fa la propria valutazione della situazione e del servizio verso cui il cliente/paziente dovrebbe essere indirizzato.

Esistono criteri standard consigliati per attivare il processo di screening?

O ogni adulto più anziano è sottoposto a screening?



Non ci sono criteri standard raccomandati che attivino il processo di screening in Portogallo, Italia, Cipro, Finlandia e Polonia. In Finlandia, l'Istituto nazionale per la salute e il benessere raccomanda l'uso sistematico del modulo di indagine e valutazione sulla violenza domestica nei servizi di assistenza sociale e sanitaria, compresa l'assistenza agli anziani.

In quali contesti sanitari/sociali vengono applicate queste procedure?

Nessuno dei paesi partner effettua uno screening sistematico per gli abusi sugli anziani. In Polonia, la procedura *Carta Blu* viene avviata quando un professionista, durante le proprie mansioni, ha sospetti di violenza contro una persona a causa di una denuncia fatta da un familiare o da un testimone/vittima di abuso.

A Cipro, una valutazione dopo un reclamo o una segnalazione viene condotta in ambienti clinici, domiciliari, asili nido e dipartimenti di emergenza.

In Finlandia, il modulo di indagine e valutazione sulla violenza domestica (THL) è applicato a livello nazionale nelle cliniche per la maternità e l'infanzia che fanno parte dei centri sanitari pubblici.

Che tipo di professionisti effettuano lo screening?

In tutti i paesi, gli operatori sanitari e sociali possono condurre uno screening.

Hanno una formazione specifica sul processo di screening per gli abusi sugli anziani?

In nessun paese esiste una formazione specifica e sistematica sul processo di screening per gli abusi sugli anziani.

Usano strumenti standardizzati (strumenti di screening)?

In Polonia, nella procedura *Carta Blu*, gli strumenti sono definiti nel Regolamento del Consiglio dei Ministri del 13 settembre 2011 sulla procedura "Carta Blu" e sui moduli "Carta Blu". Gli strumenti standardizzati utilizzati sono il GMS e il VASS. Nessun altro paese utilizza, ufficialmente, strumenti standardizzati.



Sono validati per il paese?

In Polonia, VASS è validato. In Portogallo, QEEA (Domande per suscitare abusi sugli anziani), EASI, VASS e HS-EAST hanno indicatori di validità.


Raccomandazioni per lo screening:

Ci sono pensieri o idee avanzate dai servizi sanitari o sociali sullo screening per gli abusi nelle persone anziane?

In generale, le raccomandazioni dei servizi sanitari e sociali sono per i casi sospetti, non per lo screening di massa, ma ci sono alcune iniziative:

in Polonia, nel caso della procedura della *Carta Blu*, le raccomandazioni sono per la raccolta sistematica dei dati, il coinvolgimento dei servizi e attività, attività educative rivolte alla società, un approccio più individualizzato alle questioni e l'informazione delle vittime di violenza sulla procedura della *Carta Blu*.

In Finlandia, lo strumento di screening EASI (Yaffe *et al.*, 2008) è stato tradotto in finlandese dal team medico specializzato dell'ospedale di Malmi nel dicembre 2017 secondo il protocollo fornito dall'autore dello strumento. Questo strumento è stato pilotato nel pronto soccorso dell'ospedale di Malmi il 15-21 gennaio 2018 e il 4-17 giugno 2018. Prima del pilotaggio, il team di esperti medici ha effettuato un mese di follow-up del Medical Examination Protocol of Battered Patient (PAKE) in l'unità di emergenza per vedere con quale frequenza sia stato utilizzato con i pazienti anziani. Il risultato è stato che solo un paziente di 61 anni si sarebbe presentato al pronto soccorso perché aggredito da suo nipote. Il team ha concluso che le persone anziane vittime di violenza domestica sono raramente riconosciute nei pronto soccorso. Pertanto si è deciso di utilizzare l'EASI a fini di screening. È stato concordato che l'EASI sarebbe stato utilizzato con persone di 75 anni o più, che apparivano prive di deficit cognitivi e che si erano rivolte al servizio di emergenza. Per il primo pilota (15-21 gennaio 2018) è stato formato il personale delle unità di emergenza e assistenza di breve termine. Per il secondo pilota (4-17 giugno 2018), lo staff è stato formato da un esperto di violenza da partner intimi (Sirkka Perttu). In totale, 39 professionisti sono stati formati all'uso di EASI. Nei due interventi pilota sono stati compilati ventisei questionari EASI. Cinque pazienti hanno riferito di aver subito almeno una delle forme di violenza menzionate sullo strumento, ovvero minacce e violenze fisiche e sessuali. Due



pazienti (donne anziane) si sono rifiutate di rispondere alle domande; una era accompagnata dal figlio, mentre l'altra ha ammesso di essere una vittima ma si è rifiutata di parlarne e non ha voluto nemmeno alcun aiuto. Un totale di dieci professionisti dei servizi di emergenza ha completato i questionari di feedback. Hanno riferito che la violenza è una questione delicata per i pazienti; molti di loro non vogliono rispondere alle domande di screening. Le esperienze dei professionisti sono state diverse: “ci è voluto un tempo sorprendentemente lungo per utilizzare il modulo”, “questione molto delicata per i pazienti”, “bisogna chiedere molte cose”, “i pazienti non hanno voluto rispondere”.


Chi decide se lo screening avrà luogo? Ci sono linee guida?

In Polonia, la procedura per la *Carta blu* può essere avviata da rappresentanti dei servizi sociali, polizia, istruzione, unità sanitarie o membri della commissione per la risoluzione dei problemi relativi all'alcol. Un sospetto di violenza in famiglia è sufficiente per avviare la procedura. In caso di programmi di screening sistematico, la decisione spetta alla direzione degli enti sanitari e delle istituzioni di assistenza sociale. Se essi appartengono al settore pubblico, può essere richiesta l'approvazione di un consiglio di amministrazione locale o di un centro regionale per le politiche di welfare.

A Cipro non esistono linee guida sullo screening, ma la questione è soggetta ai regolamenti di ciascun servizio o alla determinazione dell'eventuale valutazione di abuso.

In Finlandia, la decisione può essere presa dai direttori medici e infermieristici locali/regionali di ospedali o centri sanitari nei servizi pubblici e privati. Anche l'assistenza sociale e sanitaria può decidere di effettuare lo screening (come attuato nel 2004, quando il ministero decise di adottare l'uso di strumenti di screening nelle cliniche per la maternità e l'infanzia). Tuttavia, non ci sono linee guida ufficiali.

In Italia non ci sono linee guida, ma c'è una raccomandazione per il triage del rischio (che include l'abuso sugli anziani) a tutti gli anziani sopra i 75 anni che sono ammessi nei servizi di emergenza (Mussi, Pinelli e Annoni, 2008).



In Portogallo non esistono linee guida, ma la decisione può essere presa dai consigli clinici delle istituzioni locali/regionali.

Quali risultati o conseguenze sono emersi dal processo di screening?

Dalla sperimentazione EASI nell'ospedale di Malmi in Finlandia, si è appreso che: devono esserci informazioni pratiche sullo screening: come sarà fatto, chi utilizzerà il questionario di screening (tutto il personale o solo una parte del personale, ad es. infermieri o medici?)

dove verranno diffuse le informazioni - negli incontri, nella formazione, in qualche altro modo?

in ciascuna unità, dovrebbe esserci una persona responsabile che si occupi delle questioni pratiche per l'attuazione: ricordare regolarmente lo screening, raccogliere i questionari completati, ecc.

la formazione per l'uso degli strumenti di screening deve essere il più pratica possibile: giochi di ruolo, come chiedere e discutere con il paziente/cliente, ecc.


Screening e obblighi professionali:

Esiste una formazione professionale nel tuo paese che dichiara che lo screening per abuso dovrebbe essere fatto a tutti gli anziani?

Non emergono dati in questo senso in nessuno dei Paesi coinvolti.

C'è una formazione professionale nel tuo paese che identifichi criteri/segni/sintomi che rendano consigliabile lo screening per abuso?

In Polonia, i servizi coinvolti nella procedura della *Carta blu* ricevono una formazione sulla procedura, ma la formazione è generale, sugli abusi, non sugli abusi sugli anziani, il che fa una grande differenza. Anche l'équipe dell'Associazione per il contrasto alla violenza domestica "Linea blu" offre formazione. Essa riguarda l'organizzazione delle attività e il lavoro di un team interdisciplinare, l'avvio del lavoro in team interdisciplinari sulla base della procedura delle Carte Blu, il lavoro con le persone che subiscono violenza, il lavoro con le persone che agiscono violenza (intervento e aiuto), la violenza sessuale contro gli adulti. L'offerta formativa completa è sul sito <http://www.niebieskalinia.org/oferta-szkolen-na-zamowienie>



A Cipro vengono organizzate occasionalmente sessioni di formazione sugli abusi agli anziani ma non si rivolgono a tutto il personale e non sono offerte con regolarità. Nell'ambito della formazione continua del personale infermieristico, vengono organizzati alcuni seminari sulla violenza domestica in generale e sull'abuso degli anziani in particolare. Il Community Nursing Committee della Cyprus Nurses and Midwifery Association ha organizzato seminari e workshop per la violenza domestica e l'abuso sugli anziani. Questi eventi educativi miravano a sensibilizzare gli operatori sanitari, principalmente infermieri, ostetriche e assistenti sanitari, sull'abuso sugli anziani, sull'identificazione precoce e sull'intervento.

Non esiste una formazione specifica sullo screening in Finlandia, ma gli operatori sociali e sanitari a Helsinki ricevono una formazione (non sistematica) su come identificare gli abusi e come seguire i casi. Inoltre, i professionisti della Finlandia orientale ricevono una formazione (non sistematica) su come identificare gli abusi.

In Portogallo, i comitati per la protezione degli anziani dell'assistenza sanitaria primaria ricevono formazione sugli abusi sugli anziani che dovrebbero diffondere ai loro team, e l'Associazione di supporto alle vittime (APAV) offre anche formazione per aumentare la consapevolezza sugli abusi sugli anziani nella società.

Qualche professionista è obbligato a fare lo screening?


In Polonia, Portogallo, Cipro e Italia non vi è alcun obbligo di screening.

In Finlandia, solo gli infermieri di sanità pubblica nelle cliniche per la maternità e l'infanzia sono obbligati a svolgere screening.

In caso di screening positivo, c'è qualche obbligo legale di denuncia?

In Italia esiste un obbligo legale di denuncia per gli operatori sanitari e i dipendenti pubblici ogni volta che vengono a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio.

In Polonia, compilare la *Carta blu* non equivale a presentare una denuncia di reato. Non costituisce motivo per avviare un procedimento penale. Se la notifica è presentata e viene avviato un procedimento, può essere utilizzata come prova.



La documentazione *Carta blu* informa la polizia che c'è violenza in una determinata famiglia. L'ufficiale distrettuale è obbligato a contattare la famiglia in questione entro e non oltre sette giorni. L'ufficiale distrettuale deve riconoscere la situazione, monitorarla sistematicamente e fornire assistenza durante le visite mensili. Nel caso delle istituzioni pubbliche (es. scuole, uffici), si tratta di un obbligo assoluto di comunicazione della commissione di un reato. La denuncia per delitto violento è prevista dall'art. 12 comma 1 e 2 della legge 29 luglio 2005, sulla lotta alla violenza domestica: "Le persone che, nell'esercizio delle loro funzioni d'ufficio o professionali, sospettano che sia stato commesso un reato di violenza domestica perseguibile d'ufficio, ne informano immediatamente la Polizia o il pubblico ministero". L'obbligo di denuncia dei reati perseguiti d'ufficio è richiamato dall'art. 304 § 2 del codice di procedura penale: *"le istituzioni statali e locali che hanno un ragionevole sospetto di commissione di un reato perseguito d'ufficio, in una situazione che costituisce una minaccia diretta per la salute e la vita umana, sono tenute a informare immediatamente il pubblico ministero o la polizia su di esso, e prendere le misure necessarie fino all'arrivo di un'autorità costituita per perseguire i reati o fino a quando le autorità preposta non emana un ordine adeguato per prevenire che vengano cancellate le tracce e le prove di un reato."*

A Cipro, non vengono condotti screening, ma la Procura Generale è particolarmente sensibile alla gestione dei casi di violenza domestica. Con lettera ufficiale del Procuratore Generale, fascicolo n.50 (C)/1992/N.42 e data: 11.6.1998 a tutti i funzionari e dipendenti statali: "ogni funzionario/dipendente statale, come ad esempio funzionario del welfare, agente di polizia, medico, psichiatra, psicologo, professore, insegnante, assistente sanitario è tenuto a denunciare all'Ufficio Generale entro 7 giorni ogni caso (o sospetto caso) di violenza domestica di cui venga a conoscenza".

In Finlandia, la denuncia alle autorità di assistenza sociale è obbligatoria.

In Portogallo, denunciare un sospetto non equivale a presentare una denuncia di reato. Pertanto, non costituisce motivo per avviare un procedimento penale. Tuttavia, se le informazioni vengono presentate, dopo una valutazione più



dettagliata, è possibile avviare un procedimento penale, che può essere utilizzato come prova per le forze dell'ordine.

Quali sono i legami o le relazioni tra la decisione tecnica informata per lo screening degli abusi e il sistema giuridico del vostro paese?

Ad eccezione della segnalazione obbligatoria di cui al argomento precedente, non sembra esserci alcuna connessione tra lo screening e il sistema legale.

In caso di screening positivo, c'è un follow-up?

In Polonia, il team interdisciplinare (Procedura Carta Blu) monitora la situazione secondo il piano d'azione di supporto concordato con la vittima.


In Finlandia, il follow-up è obbligatorio per gli operatori sociali.

In Portogallo, i comitati di protezione sanitaria primaria degli anziani e APAV effettuano un follow-up sui casi segnalati.

Che tipo di follow-up?

In Polonia, per le unità organizzative di assistenza sociale, le attività di follow-up comprendono: assistenza sociale, comprese visite periodiche alla comunità, informazione sulle condizioni di utilizzo delle prestazioni in denaro del servizio sociale, indicazione della possibilità di utilizzo di servizi psicologici, legali e assistenza consulenziale - medica, professionale e familiare, l'invio di una persona sospettata di essere stata colpita da violenza domestica presso una struttura per vittime di violenza domestica, in particolare presso un centro specializzato di assistenza alle vittime di violenza domestica, l'invio dei bambini verso strutture di assistenza ed educazione diurna (ad es. centro educativo doposcuola), notifica al tribunale per la famiglia e la tutela sulla situazione dei bambini.

Per il Comitato Comunale Risoluzione Problemi Alcool-correlati: rinvio a partecipare a gruppi di sostegno per familiari di persone con dipendenza, informando sulle possibilità legali in merito all'obbligo di segnalare la persona che si sospetta stia usando violenza domestica affinché si sottoponga a cure per



tossicodipendenze, rinvio per partecipare a un gruppo terapeutico, rinvio a partecipare a un gruppo di auto-aiuto.

Per le Forze dell'Ordine: visite sistematiche per verificare l'incolumità di una persona sospettata di essere stata vittima di violenza domestica, informare la persona sospettata di essere stata vittima di violenza domestica che l'abuso fisico e psicologico è reato e delineare aspetti di responsabilità penale, informando sulla possibilità di condurre una visita medica, avviare un procedimento istruttorio, chiedere al pubblico ministero di applicare misure preventive adeguate.

Per l'Educazione: fornire a un bambino/i di una famiglia con casi di abuso un aiuto psicologico e pedagogico in un asilo nido, scuola o altra istituzione, rispettivamente sotto forma di psico-educazione, lezioni didattiche e compensative, supporti specialistici: attività correttive e compensative, logopedia, socio-terapia e altre attività terapeutiche, orientamento scolastico e professionale - nel caso di studenti delle scuole medie e superiori, consulenza e consulenza, fornire ai genitori/tutori assistenza psicologica e pedagogica sotto forma di consulenza, conferenze, seminari o formazione, assistenza materiale come: vacanze, cibo, borse di studio, indennità scolastica, accesso ad una clinica psicologica e pedagogica, psicoterapia, notifica della situazione del bambino al tribunale della famiglia e della tutela, informare il genitore/tutore circa la possibilità di ottenere assistenza offerta dalle istituzioni di cura ed educative di sostegno diurno.

Per i servizi sanitari: indirizzare una persona sospettata di violenza domestica ad un medico con l'indicazione di ulteriori eventuali visite specialistiche, indirizzare una persona sospettata di essere colpita da violenza domestica a visite psichiatriche, indirizzare una persona sospettata di essere colpita da violenza domestica a un medico per ottenere un certificato che attesti se le cause e il tipo di lesioni personali sono legate alla violenza domestica.

In Finlandia, tramite visite domiciliari o colloqui di assistenza sociale/sanitaria. Inoltre, la documentazione è obbligatoria.

In Portogallo, tramite visite domiciliari o colloqui di assistenza sociale.


4. Conclusioni

L'abuso sugli anziani è un fenomeno diffuso in tutto il mondo. La sua esatta prevalenza è molto difficile da stimare e la sua identificazione è un argomento complesso che richiede un approccio multidisciplinare. In questa revisione sistematica, abbiamo mirato a 1) comprendere i pro e i contro delle procedure di screening, 2) comprendere la percezione che i professionisti e gli anziani hanno dello screening e 3) sistematizzare gli strumenti di screening esistenti.

Sulla base dei nostri risultati, il vantaggio più rilevante dello screening degli anziani per l'abuso è che non può esserci alcun intervento sull'abuso senza la sua identificazione. Le procedure di screening offrono una metodologia basata sulla ricerca per identificare l'abuso sugli anziani e aiutano anche a documentare i casi in modo sistematico. La diffusione di queste procedure aiuta anche a sensibilizzare gli operatori sociali e sanitari sull'abuso sugli anziani (Antezberger, 2008). Alcuni aspetti scoraggiano l'uso dello screening, principalmente a causa di lacune nella conoscenza del processo. I possibili effetti negativi dello screening sono stati identificati (Cohen, 2011; Dong, 2015; Gallione *et al.*, 2017), ma la loro frequenza è sconosciuta. Il rapporto costo-beneficio dei programmi di screening è sconosciuto. Anche le limitazioni all'efficacia e all'applicabilità di specifici strumenti di screening pongono ostacoli all'elaborazione di programmi di screening.

Quanto alle percezioni sullo screening, in generale, i professionisti trovano lo screening uno strumento utile, ma in concorrenza con le molte altre esigenze del loro lavoro, e segnalano difficoltà legate principalmente alla mancanza di tempo, conoscenza e formazione in materia (Gallione *et al.* , 2017). L'opinione della persona anziana sullo screening non viene spesso presa in considerazione e sono necessarie ricerche più approfondite per colmare questa lacuna.

Per quanto riguarda gli strumenti, abbiamo riscontrato una notevole variabilità degli strumenti disponibili per l'uso nella pratica (vedi Allegato I). Come esposto nella sezione dei risultati, pochi strumenti soddisfano le regole generali di efficacia e anche gli strumenti più efficaci richiedono molto tempo e una formazione approfondita per essere applicati. Questi risultati ci aiutano a identificare due grandi sfide per lo screening: 1) lo sviluppo e il test di strumenti




efficaci di rapida applicazione e 2) formare professionisti di più campi per amministrare e interpretare tali strumenti e verificare che tutte le procedure di follow up siano garantite.

Il progetto SAVE mira a sviluppare un curriculum formativo sullo screening dell'abuso sugli anziani, diretto agli operatori sociali e sanitari, aiutando così ad affrontare la seconda sfida.

C'è anche un urgente bisogno di ulteriori ricerche per conoscere le conseguenze e persino i possibili pericoli che lo screening può far emergere. Tali informazioni sono essenziali per sviluppare linee guida sullo screening, che è anche un obiettivo del progetto in corso.

Sebbene i possibili effetti negativi dello screening non siano stati sufficientemente studiati, le caratteristiche dei soli strumenti, in particolare la loro scarsa efficacia nell'individuare gli abusi e il loro tempo di applicazione, suggeriscono che la decisione di effettuare lo screening debba essere attentamente ponderata. Sulla base della mancanza di conoscenza dei potenziali effetti negativi dello screening e delle caratteristiche degli strumenti attualmente disponibili, l'applicazione di massa di uno strumento di screening specifico non può essere raccomandata, una conclusione a cui si era già giunti in precedenza (Wang *et al.*, 2015). Facendo un bilancio di potenziali rischi, benefici e limiti dello strumento, è probabile che lo screening selettivo dei gruppi a rischio, un'altra modalità di screening (Speechley *et al.*, 2017), possa essere più vantaggioso, ma anche su questo non abbiamo prove conclusive (Wang *et al.*, 2015). Nelle strutture sanitarie, lo screening dovrebbe, forse, essere mirato a coloro che sono a maggior rischio di subire maltrattamenti. C'è abbastanza ricerca che informa su quali gruppi sono a più alto rischio. Anche l'adozione dello screening selettivo non è esente da sfide. I criteri di inclusione devono essere scientificamente informati e precisi per evitare di stigmatizzare gruppi specifici o di esporli a un rischio maggiore rispetto a prima. I criteri possono anche essere ampi o ristretti, a seconda della disponibilità di risorse (ad es. professionisti formati, tempo). Tuttavia, è importante ricordare che il processo di screening non è diagnostico e richiede un'ulteriore valutazione prima di trarre conclusioni.



Infine, è importante notare che gli strumenti di screening sono particolarmente preziosi per formare i professionisti ad internalizzare forme di indagine organizzate. Tuttavia, più importante degli strumenti è lo sviluppo delle competenze che stanno alla base del processo di screening, vale a dire le capacità di ascolto e di risoluzione dei problemi e la promozione di una visione più ampia delle circostanze e dei fattori intorno e all'interno dell'anziano che possono determinare l'abuso sugli anziani.

Bibliografia

Action on Elder Abuse (1995) "New definition of abuse." London: Action on Elder Abuse Bulletin.

American Psychological Association (2012) "Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions." Washington DC: APA.

Anetzberger, GJ (1998) "Psychological abuse and neglect: A cross-cultural concern to older Americans," in Prevratil, JF and Tatara, T. (eds.) *Understanding and Combating Elder Abuse in Minority Communities*. Long Beach, CA: Archstone Foundation, pp. 141–151.

Anetzberger, GJGJ (2001) "Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 3–22. doi: 10.1300/J084v13n02_02.

Anthony, EKEK *et al.* (2009) "Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services," *Journal of Gerontological Social Work*, 52(8), pp. 815–836. doi: 10.1080/01634370902918597.

Aravanis, SC *et al.* (1993) "Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect," *Archives of Family Medicine*, 2(4), pp. 371–388. doi: 10.1001/archfami.2.4.371.


Aslan, H. and Erci, B. (2020) "The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect," *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.

Badenes-Ribera, L., Fabris, MA and Longobardi, C. (2021) "Elder Mistreatment in an Italian Population: Prevalence and Correlates," *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), pp. 83–99. doi: 10.1177/0091415019875454.


Baig, MA *et al.* (2015) "Community emergency medicine: Benefits and challenges of screening for elder abuse in the emergency department of a developing country.," *World Journal of Emergency Medicine*, 6(4), pp. 261–264.

Baker, A. (1975) "Granny-battered," *Modern Geriatrics*, 5, p. 2024.

Bandura, A. (1978) "Social Learning Theory of Aggression," *Journal of Communication*, 28(3), pp. 12–29. doi: 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.

- 
- Blau, PM (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Blundell, B., Warren, A. and Moir, E. (2020) “Elder abuse protocols: identifying key features and establishing evidence for their use and effectiveness,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 134–151. doi: 10.1080/08946566.2020.1736225.
- Brandl, B. and Raymond, J. (2012) “Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse,” *Generations*, 36(3), pp. 32–39.
- Burnett, J. *et al.* (2014) “Four Subtypes of Self-Neglect in Older Adults: Results of a Latent Class Analysis.,” *J Am Geriatr Soc*, 62(6), pp. 1127–1132. doi: 10.1111/jgs.12832.
- Burston, GR (1975) “Letter: Granny-battering.,” *British medical journal*, 3(5983), p. 592. doi: 10.1136/bmj.3.5983.592-a.
- Caldwell, HK, Gilden, G. and Muelle, M. (2013) “Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011,” *Clinical Geriatrics*, 21(1), pp. 20–25.
- Campbell, RJ and Lichtenberg, PA (2020) “A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale,” *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Choi, YJ *et al.* (2018) “Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). doi: 10.3390/ijerph15091948.
- Cohen, M. *et al.* (2006) “Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers,” *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (2007) “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*, 55(8), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.


- Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Cohen, M. (2011) "Screening tools for the identification of elder abuse," *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), pp. 261–270.
- Conrad, KJ *et al.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, KJ *et al.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- Curry, SJSJ *et al.* (2018) "Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement," *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(16), pp. 1678–1687. doi: 10.1001/jama.2018.14741.
- Department of Justice Canada (2009) *Abuse of Older Adults: Department of Justice Canada Overview Paper*. Ottawa.
- de Donder, L. *et al.* (2011) "European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research," *European Journal of Ageing*, 8(2), pp. 129–143. doi: 10.1007/s10433-011-0187-3.
- De Donder, L. *et al.* (2011) "Perpetrators of abuse against older women: A multi-national study in Europe," *Journal of Adult Protection*, 13(6), pp. 302–314. doi: 10.1108/14668201111194212.
- De Donder, L. *et al.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Dong, X. (2005) "Medical implications of elder abuse and neglect," *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), pp. 293–313. doi: 10.1016/j.cger.2004.10.006.
- Dong, X. (2015) "Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator?," *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), pp. 1686–1688. doi: 10.1111/jgs.13538.
- Dowd, JJ (1975) "Aging as exchange: a preface to theory," *Journals of Gerontology*, 30(5), pp. 584–594. doi: 10.1093/geronj/30.5.584.

- 
- Ejaz, FK *et al.* (2001) “Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 39–57. doi: 10.1300/J084v13n02_04.
- Filipska, K. *et al.* (2019) “Prevalence of elder abuse and neglect: screening in Poland families,” *European Geriatric Medicine*, 10(5), pp. 817–825. doi: 10.1007/s41999-019-00224-x.
- Fulmer, T. *et al.* (2000) “Elder neglect assessment in the emergency department,” *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.
- Fulmer, T. *et al.* (2012) “Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics,” *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Fundinho, JF and Ferreira-Alves, J. (2019) “Conhecer o fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais,” in Paulino, M. and Costa, D. (eds.) *Maus tratos a pessoas idosas*. 1st ed. Lisboa: PACTOR, pp. 191–209.
- Fundinho, JF, Pereira, DC and Ferreira-Alves, J. (2021) “Theoretical approaches to elder abuse: a systematic review of the empirical evidence,” *The Journal of Adult Protection*, ahead-of-p(ahead-of-print). doi: 10.1108/JAP-04-2021-0014.
- Gallione, C. *et al.* (2017) “Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review,” *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2154–2176. doi: 10.1111/jocn.13721.
- Gil, APM *et al.* (2014) “Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study,” *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6566(August), pp. 1–22. doi: 10.1080/08946566.2014.953659.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) “Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale,” *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Grenier, F. *et al.* (2016) “Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool | Évaluation du Vulnerability to abuse screen scale (VASS), version française d'un test de dépistage de la maltraitance du sujet âgé,” *Geriatric et Psychologie*

- Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(2), pp. 142–150. doi: 10.1684/pnv.2016.0595.
- Homans, GC (1961) *Social Behaviour: Its Elementary Forms*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hoover, RM and Polson, M. (2014) “Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention,” *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
- Hwalek, MA and Sengstock, MC (1986) “Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument,” *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), pp. 153–173. doi: 10.1177/073346488600500205.
- Kelly, PA *et al.* (2008) “Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.
- Lachs, MS and Pillemer, K. (2004) “Elder abuse,” *The Lancet*, 364(9441), pp. 1263–1272. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17144-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17144-4).
- Mathew, A. and Nair, SB (2017) “Theoretical Perspectives on Elder Abuse : A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala,” *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 22(9), pp. 29–33. doi: 10.9790/0837-2209042933.
- McCarthy, L., Campbell, S. and Penhale, B. (2017) “Elder abuse screening tools: A systematic review,” *Journal of Adult Protection*, 19(6), pp. 368–379. doi: 10.1108/JAP-10-2016-0026.
- Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, 56, 109-17.
- Mysyuk, Y., Westendorp, RGJ and Lindenberg, J. (2013) “Added value of elder abuse definitions: A review,” *Ageing Research Reviews*, 12(1), pp. 50–57. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001.
- NCEA (no date) *Types of Abuse*. Available at: http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx (Accessed: June 15, 2016).
- Neale, A. V *et al.* (1991) “Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test,” *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), pp. 406–418. doi: 10.1177/073346489101000403.

- Özçakar, N. *et al.* (2017) "Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek-sengstock elder abuse screening test (HS/EAST): A Turkish version," *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(6), pp. 1894–1902. doi: 10.3906/sag-1606-166.
- Phillips, Linda R., Morrison, EF and Chae, YM (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).
- Phillips, Linda R, Morrison, EF and Chae, YM (1990) "The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 77–91. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90025-E](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90025-E).
- Pickering, CEZ *et al.* (2017) "Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale," *International Journal of Nursing Studies*, 69, pp. 41–46. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012.
- Platts-Mills, TF *et al.* (2018) "Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 30(4), pp. 247–270. doi: 10.1080/08946566.2018.1460285.
- Power, M., Fell, G. and Wright, M. (2013) "Principles for high-quality , high-value testing," *BMJ Evidence-Based Medicine*, 18(1), pp. 5–10.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), pp. 45–60. doi: 10.1017/S0714980800005584.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.
- Ruelas-González, MG *et al.* (2018) "Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico," *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.
- Santos, EJ and King, DA (2010) "The Assessment of Elder Abuse," in *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, pp. 229–242. doi: 10.1016/B978-0-12-374961-1.10009-0.

- Schmeidel, AN *et al.* (2012) "Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), pp. 17–36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.
- Schofield, MJ and Mishra, GD (2003) "Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study," *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.
- Simmons, J. *et al.* (2020a) "Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Simmons, J. *et al.* (2020b) "Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Speechley, M. *et al.* (2017) "Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review," *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2017/03/01, 11(3), pp. LE01–LE04. doi: 10.7860/JCDR/2017/24811.9419.
- Swagerty, D. (2003) "Elder mistreatment identification and assessment," *Clinics in Family Practice*, 5(1), pp. 195–211. doi: 10.1016/S1522-5720(02)00086-7.
- Teresi, JA *et al.* (2019) "Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.
- Touza, C., Martínez-Arias, R. and Prado, C. (2018) "Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen," *Spanish Journal of Psychology*. doi: 10.1017/sjp.2018.38.
- Touza, C., Prado, C. and Segura, MP (2012) "Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.



Wang, B. *et al.* (2020) “A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.

Wang, J.-JJJ-J., Tseng, H.-FH-FF and Chen, KMK-MK-M. (2007) “Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People,” *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), pp. 40–47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004>.

Wang, J., Lin, J.-N. and Lee, F.-P. (2006) “Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context,” *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.

Wang, XM *et al.* (2015) “Elder abuse: An approach to identification, assessment and intervention,” *CMAJ*, 187(8), pp. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329.

Wilber, KH and McNeilly, DP (2001) *Elder abuse and victimization*. 5a ed. Edited by J. Birren and K. Schaie. San Diego: Academic Press.

World Health Organization (2002) “The Toronto Declaration: the Global Prevention of Elder Abuse,” *Geneva: WHO*.

World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002) *Missing voices : views of older persons on elder abuse*. Geneva.

Yaffe, MJ *et al.* (2008) “Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.

Yaffe, MJ, Weiss, D. and Lithwick, M. (2012) “Seniors' Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 277–292. doi: 10.1080/08946566.2011.652930.

Yon, Y. *et al.* (2017) “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis,” *The Lancet Global Health*, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

Zawisza, K. *et al.* (2020) “Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland,” *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.



Annex I

List of elder abuse screening instruments

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST) - (Hwalek and Sengstock, 1985)

Elder Abuse Suspicion Index (EASI) - (Yaffe *et al.*, 2008)

Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) - (Schofield and Mishra, 2003)

Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) - (Platts-Mills *et al.*, 2020)

Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S) - (Simmons *et al.*, 2020)

Geriatric Mistreatment Scale (GMS) - (Giraldo-Rodríguez and Rosas-Carrasco, 2013)

Korean Elder Abuse Scale - (Oh *et al.*, 2006)

Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS) - (Teresi *et al.*, 2019)

Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) - (Burnett *et al.*, 2014)

Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) - (Touza, Prado and Segura, 2012)

Elder Assessment Instrument - Reviewed (EAI - R) - (Fulmer *et al.*, 2012)

Elder Assessment Instrument (EAI) - (Fulmer *et al.*, 2000)

Expanded Indicators of Abuse (E-IOA) - (Cohen *et al.*, 2006)

Indicators of Abuse (IOA) - (Reis and Nahmiash, 1998)


QUALCARE - (Phillips, Morrison and Chae, 1990)

Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI) - (De Donder *et al.*, 2018)

Signs of abuse inventory - (Cohen *et al.*, 2007)

Caregiver Abuse Screen (CASE) - (Reis and Nahmiash, 1995)

Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire (FAMOASQ) - (Ruelas-González *et al.*, 2018)



Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) - (Wang, Lin and Lee, 2006)

Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS) - (Wang, Lin and Lee, 2006)

Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) - (Conrad *et al.*, 2011)

Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA) - (Aslan and Erci, 2020)

Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS) - (Campbell and Lichtenberg, 2020)

Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) - (Conrad *et al.*, 2010)

Signs of neglect inventory - (Cohen, 2008)

Self-Reported Neglect Scale (SRNS) - (Zawisza *et al.*, 2020)

Self-Neglect Severity Scale (SSS) - (Kelly *et al.*, 2008)

Vulnerability Risk Index of Self-Neglect - (Wang *et al.*, 2020)

References

- Aslan, H. and Erci, B. (2020) "The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect," *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.
- Burnett, J. *et al.* (2014) "Community-based risk assessment of elder mistreatment and self-neglect: Evidence of construct validity and measurement invariance across gender and ethnicity," *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(3), pp. 291–319. doi: 10.1086/677654.
- Campbell, RJ and Lichtenberg, PA (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Cohen, M. *et al.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (2007) "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*, 55(8), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Conrad, KJ *et al.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, KJ *et al.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- De Donder, L. *et al.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Fulmer, T. *et al.* (2000) "Elder neglect assessment in the emergency department," *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.

- Fulmer, T. *et al.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Hwalek, MA and Sengstock, MC (1985) "A Screening Instrument for Identifying Elderly at Risk of Abuse and Neglect."
- Kelly, PA *et al.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.
- Oh, J. *et al.* (2006) "A study of elder abuse in Korea," *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), pp. 203–214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005>.
- Phillips, LR, Morrison, EF and Chae, YM (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).
- Platts-Mills, TF *et al.* (2020) "Multicenter Validation of an Emergency Department–Based Screening Tool to Identify Elder Abuse," *Annals of Emergency Medicine*, 76(3), pp. 280–290. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.07.005.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010/11/29, 14(S2), pp. 45–60. doi: DOI: 10.1017/S0714980800005584.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.
- Ruelas-González, MG *et al.* (2018) "Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary



care settings in Mexico,” *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.

Schofield, MJ and Mishra, GD (2003) “Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study,” *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.

Simmons, J. *et al.* (2020) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.

Teresi, JA *et al.* (2019) “Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.

Touza, C., Prado, C. and Segura, MP (2012) “Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA),” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.

Wang, B. *et al.* (2020) “A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.

Wang, JJ, Lin, JN and Lee, FP (2006) “Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context,” *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.

Yaffe, MJ *et al.* (2008) “Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.

Zawisza, K. *et al.* (2020) “Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland,” *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.

