

LO SCREENING PER GLI ABUSI VERSO GLI ANZIANI MANUALE FORMATIVO



SAVE

2020-1-PL01-KA202-081643



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

WWW.PROJECTSAVE.EU

**Disclaimer:**

Questo progetto è stato finanziato con il supporto 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.

Autori:

Questo documento è stato sviluppato dal partenariato del progetto SAVE

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

Lo sviluppo di questo output è stato coordinato da Anziani e non solo e Voiva.



Indice

Introduzione.....	3
MODULO 1 - Introduzione alla prevalenza, segni e sintomi dell'abuso agli anziani	6
MODULO 2 – Screening dell'abuso sugli anziani	29
MODULO 3 - Come effettuare lo screening: Etica e privacy.....	65
MODULO 4 - Sfide del lavoro con gli anziani vittime di violenza	84



Introduzione

Il progetto

SAVE è un progetto europeo finanziato nell'ambito del programma Erasmus+.

Obiettivi specifici del progetto sono:

- aumentare la conoscenza degli strumenti di screening e la loro idoneità nell'identificazione della violenza contro le persone anziane nei servizi socio-sanitari
- migliorare la capacità degli operatori socio-sanitari di identificare, intervenire, supportare e denunciare casi di violenza contro le persone anziane ai servizi pertinenti
- sviluppare le competenze dei formatori per insegnare ai professionisti come affrontare la violenza contro le persone anziane
- realizzare un programma di formazione interattivo per migliorare l'apprendimento attivo e innovativo di formatori e professionisti dell'assistenza sociale e sanitaria nell'identificazione e intervento in caso di violenza contro le persone anziane.

I gruppi target di SAVE sono:

- operatori sociali e sanitari che lavorano nell'assistenza domiciliare, in strutture di assistenza residenziale, centri sanitari e ospedali
- docenti e formatori
- amministratori responsabili dei settori socio-sanitari di enti locali/regionali

Questo documento è l'output intellettuale numero 2 del progetto: un curriculum formativo e il relativo materiale didattico per identificare e contrastare la violenza contro le persone anziane.

Il programma di formazione

Destinatari

Destinatari di questo programma di formazione sono operatori sociali e sanitari che lavorano nell'assistenza domiciliare, in strutture di assistenza residenziale, centri diurni, ambulatori, ospedali etc. Si tratta di una varietà di professionisti tra cui medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali ecc.

Obiettivi di apprendimento

Alla fine della formazione i partecipanti avranno appreso:

- cos'è l'abuso sugli anziani
- come riconoscere l'abuso sugli anziani applicando metodi e strumenti di screening
- come intervenire in caso di sospetto abuso

Durata e contenuti

La formazione prevede una durata minima di 12 ore ed è articolata in quattro moduli di tre ore ciascuno.

I contenuti dei moduli sono i seguenti:

Modulo 1: Introduzione alla prevalenza, segni e sintomi dell'abuso sugli anziani Definizione di abuso sugli anziani Tipi di abuso Caratteristiche dell'abuso sugli anziani Prevalenza dell'abuso sugli anziani Come riconoscere l'abuso sugli anziani: segni e sintomi Valutazione di segni e sintomi di abuso sugli anziani	Modulo 2: Perché effettuare lo screening: gli strumenti Screening/indagine di routine: definizioni Benefici dello screening/cause di sotto-segnalazione di abusi sugli anziani Screening delle persone anziane/screening del caregiver Strumenti di screening più utilizzati: caratteristiche e utilizzo Contesto in cui possono essere applicati gli strumenti di screening
Modulo 3: Come effettuare lo screening: Etica e privacy	Modulo 4: Sfide del lavoro con le vittime di violenza

<p>Possibili problemi etici legati allo screening (limiti alla riservatezza; obbligo di segnalazione; autodeterminazione; persone anziane con deterioramento cognitivo)</p> <p>Problemi di privacy legati allo screening: con chi può/dovrebbe essere condivisa l'informazione; come gestire i risultati dello screening</p>	<p>Barriere alla rivelazione da parte degli utenti</p> <p>Gestione della rivelazione</p> <p>Pianificazione della sicurezza</p>
--	--

Metodologia formativa

La formazione adotta una combinazione di sessioni teoriche/di input ed esercizi pratici/attività di apprendimento attivo per coinvolgere i professionisti nell'applicazione pratica della teoria appresa.

- Sessione di input: è una breve sessione (da 10 a 20 min.) in cui il formatore trasferisce alcuni messaggi chiave o informazioni di cui i partecipanti hanno bisogno per contestualizzare l'argomento. È una lezione basata sui contenuti teorici descritti nei moduli, seguita da
- Esercizi di apprendimento attivo: l'apprendimento attivo è un approccio alla formazione che coinvolge attivamente gli studenti rispetto ai temi del corso attraverso discussioni, problem solving, casi di studio, giochi di ruolo e altri metodi. A seguito delle sessioni di input, i partecipanti saranno quindi coinvolti in uno o più esercizi per applicare l'apprendimento acquisito.

Valutazione della formazione:

Viene fornito un questionario di valutazione per misurare le conoscenze acquisite dai partecipanti al termine del programma di formazione.

Come utilizzare questo programma di formazione

Il programma formativo può essere erogato da professionisti del settore sanitario, sociale e legale che hanno una solida conoscenza dell'abuso sugli anziani. Sono richieste anche buone capacità di facilitazione di gruppi.

Il programma è distribuito con licenza Creative Common Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND). Questa licenza permette di scaricare quest'opera e condividerla con altri fintanto che sono citati gli autori, ma non è possibile apportare modifiche o usarla commercialmente. [Visualizza la licenza](#) | [Visualizza il Codice Legale](#)

MODULO 1 - Introduzione alla prevalenza, segni e sintomi dell'abuso agli anziani

Struttura del modulo

Titolo	Introduzione alla prevalenza, segni e sintomi dell'abuso agli anziani
Scopi e obiettivi	<p>Migliorare la conoscenza degli operatori sociali e sanitari sul problema dell'abuso agli anziani</p> <p>Sensibilizzare gli operatori sociali e sanitari sull'importanza del riconoscimento precoce dei segni e dei sintomi di tutti i tipi di abuso sugli anziani.</p> <p>Migliorare le capacità e le competenze degli operatori socio-sanitari, su come valutare segni e sintomi di abuso sugli anziani al fine di poter intervenire, supportare e riferire i casi di violenza ai servizi competenti.</p>
Risultati di apprendimento	<p>Alla fine del modulo gli studenti saranno in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Definire l'abuso sugli anziani▪ Distinguere i vari tipi di abuso▪ Comprendere che l'abuso sugli anziani può verificarsi in una varietà di contesti▪ Conoscere la prevalenza della violenza contro gli anziani in Europa e nel mondo▪ Riconoscere i segni e sintomi dei vari tipi di abuso sugli anziani▪ Valutare segni e sintomi di abuso sugli anziani ed essere in grado di differenziarli dai normali cambiamenti legati all'età e alle malattie croniche
Durata:	<p>3 ore:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min-1h sessione di input▪ 20 min (2x10 minuti) pause▪ 1h e ½ attività di apprendimento attivo

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 minuti di tempo extra (riscaldamento, attesa dei partecipanti, risposta alle domande)
Risorse necessarie:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tavole rotonde con 4-6 sedie ciascuna a seconda delle dimensioni del gruppo ▪ Computer ▪ Proiettore ▪ Schermo ▪ Lavagna a fogli mobili per tavolo e una per il formatore ▪ Pennarelli di diversi colori su ogni tavolo ▪ Dispense con gli scenari
Messaggi chiave	<p>L'abuso sugli anziani è un problema mondiale di salute pubblica</p> <p>L'abuso sugli anziani è sottostimato</p> <p>Vi è una maggiore prevalenza di abusi sugli anziani a causa dell'invecchiamento della popolazione</p> <p>L'abuso sugli anziani è una violazione dei diritti umani</p> <p>L'abuso sugli anziani è un fenomeno con gravi conseguenze sanitarie e sociali</p> <p>Migliorare l'identificazione e l'intervento sull'abuso e l'incuria sugli anziani ne migliora la salute e la sicurezza</p>
Fogli di lavoro	Casi

Informazioni di contesto

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che colpisce quasi tutti i paesi sviluppati del mondo. L'Europa sta affrontando un processo di invecchiamento accelerato, che aumenterà nei prossimi quattro decenni. La percentuale stimata di persone con più di 65 anni dovrebbe raggiungere il 28,5% nel 2050 e il 29,5% nel 2060 (EUROSTAT, 2019).

Con l'invecchiamento della popolazione si prevede che il numero di anziani fragili dipendenti, vulnerabili agli abusi crescerà. Il numero crescente di persone anziane implica un aumento del numero di persone con deterioramento cognitivo e malattia di Alzheimer, che sono considerati fattori di rischio di abuso (WHO, 2016).



Dovrebbero essere considerati anche i cambiamenti demografici, poiché le donne costituiscono la maggioranza della popolazione anziana in tutte le nazioni. Oggi il 58% delle donne anziane vive nei paesi in via di sviluppo e entro il 2025 questa percentuale aumenterà al 75% (WHO/INPEA, 2002). Secondo le statistiche, le donne corrono un rischio maggiore di abuso fisico rispetto agli uomini anziani a causa di discriminazione, atteggiamenti sociali e mancanza di protezione dei loro diritti umani (Perttu e Laurola, 2020), ciò nonostante siano stati compiuti sforzi importanti per affrontare la violenza contro le donne. Molte ricerche si sono concentrate sull'abuso degli anziani in generale o sull'abuso delle donne più giovani. Il problema delle donne anziane abusate non è completamente affrontato e mancano programmi di intervento per affrontarlo in relazione ai problemi specifici dell'invecchiamento (Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

L'abuso sugli anziani in generale è una violazione dei diritti umani, legali e sanitari (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008), è considerato un evento di vita stressante, con un impatto negativo sulla salute fisica e mentale degli anziani (Dong, Chang e Simon, 2013). È anche associato ad alti tassi di mortalità e aumento dei tassi di ricoveri ospedalieri (Wang *et al.*, 2015). Ciò provoca impatti dannosi a tutti i livelli della società, con ripercussioni sulla salute pubblica, sui costi sociali, sulle risorse e sulla partecipazione civica (Pillemer *et al.*, 2016; Ageless Alliance, 2017; Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

1. DEFINIZIONE DI ABUSO SUGLI ANZIANI

L'abuso sugli anziani è trattato in letteratura in termini di “maltrattamento sugli anziani”, e “cura inadeguata degli anziani”. Negli ultimi anni si è riscontrata una mancanza di consenso sulle definizioni di abuso sugli anziani, perché il fenomeno ha molte configurazioni, è multidimensionale, include un insieme diversificato di comportamenti abusivi, vittime, autori e contesti (Dean, 2019; Santos *et al.*, 2019).

Attualmente la definizione più utilizzata e ampiamente accettata per l'abuso sugli anziani è quella sviluppata dalla britannica Action on Elder Abuse nel 1995. È stata adottata da istituti internazionali come l'International Network for the Prevention of Elder Abuse e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Essa definisce l'abuso sugli anziani come: **"un atto singolo o ripetuto o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia, che causa danno o angoscia a una persona anziana"** (Action on Elder Abuse, 1995).

Allo stesso modo, la National Academy of Sciences degli Stati Uniti definisce l'abuso sugli anziani come: "(a) azioni intenzionali che causano un danno o creano un serio rischio di danno (indipendentemente dal fatto che il comportamento sia doloso o colposo) a un anziano vulnerabile da parte di chi è deputato ad assisterlo o di un'altra persona che si trova con lui in una relazione di fiducia, o (b) incapacità da parte di chi è deputato ad assisterlo di

soddisfare i bisogni fondamentali dell'anziano o di proteggere l'anziano da danni” (Pillemer *et al.*, 2016)

Queste due definizioni condividono caratteristiche comuni come: azioni e omissioni dal lato del perpetratore che causano un danno o creano un serio rischio di danno a un anziano fragile e vulnerabile. L'autore può essere la persona addetta all'assistenza o un'altra persona di fiducia dell'anziano (Perel-Levin, 2008; Pillemer *et al.*, 2016).

2. TIPI DI ABUSO

Sono stati riconosciuti in letteratura i seguenti tipi di abuso (WHO/INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019). :

- a) **Fisico**: provocare dolore o lesioni a seguito di colpi, calci, spinte, schiaffi, ustioni, coercizione fisica, contenzione fisica o chimica,
- b) **Psicologico/emotivo** - insulti e parole offensive, denigrazione, intimidazione, false accuse, attacchi verbali, minacce, comportamenti che danneggiano l'autostima o il benessere, che causano o potrebbero causare dolore mentale, dolore e disagio psicologico/emotivo, ansia, angoscia, umiliazione o stress a una persona anziana.
- c) **Sessuale** - contatto sessuale non consensuale (compresa l'esposizione non consensuale a contenuti sessuali) di qualsiasi tipo con la persona anziana.
- d) **Abuso finanziario o materiale**: sfruttamento illegale o improprio o uso senza consenso del denaro/dei fondi di una persona anziana, estorsione e controllo del denaro e di proprietà, sfruttamento di persone anziane per costringerle a mantenere economicamente i nipoti.
- e) **Negligenza / abbandono** - il rifiuto o il mancato adempimento di un obbligo di assistenza, inclusa la messa a disposizione di farmaci, vestiti, cibo o un riparo adeguato alla persona anziana.

(WHO/INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-gonzalez, *et al.*., 2019).

Alcuni studiosi includono anche una sesta forma di abuso, ovvero l'abuso **istituzionale**¹ - Include negligenza e il ricorso a pratiche assistenziali inadeguate all'interno di un servizio quale un ospedale o una residenza. Il personale potrebbe non abusare deliberatamente dei pazienti / ospiti in quanto il maltrattamento potrebbe essere conseguenza dei bassi standard assistenziali applicati in quel contesto. Le forme di abuso osservate in contesto istituzionale sono: abuso psicologico, abuso fisico, abuso finanziario, ritorsione contro i residenti fisicamente aggressivi o la negazione della

¹ (Biggs *et al.*, 2019; Kalaga *et al.* 2007)

possibilità di scegliere. Inoltre, negli ambienti istituzionali si osserva anche l'abuso da residente a residente.

3. CONTESTI DI ABUSO SUGLI ANZIANI

L'abuso sugli anziani può verificarsi in una varietà di contesti:

- ambienti domestici, perpetrati da addetti all'assistenza, familiari o altre persone
- strutture di assistenza a lungo termine, case di cura o hospice (abuso da residente a residente o abuso da personale a residente)
- Ospedali
- Centri diurni
- Nella comunità

(WHO/INPEA, 2002; Hoover e Polson, 2014; Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019; World Health Organization., 2021)

4. PREVALENZA DELL'ABUSO SUGLI ANZIANI

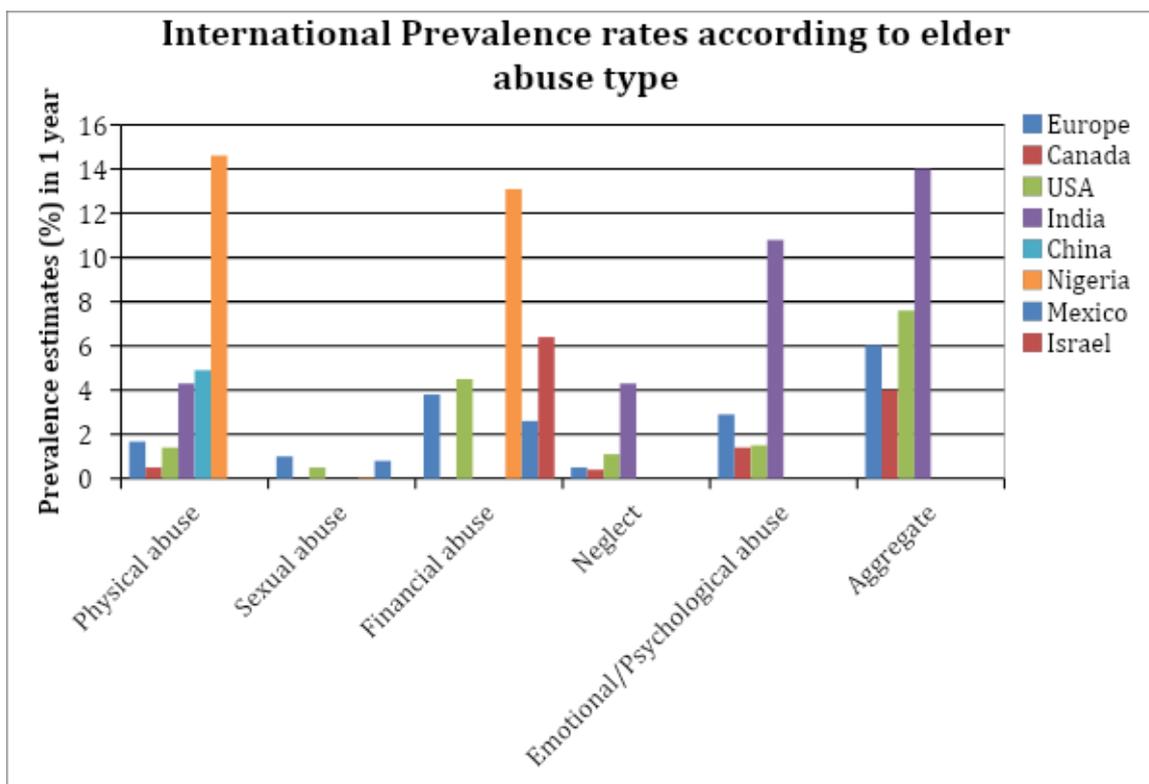
Negli studi di prevalenza sull'abuso sugli anziani, i tassi variano tra l'1% e il 35%. Questo enorme divario può essere attribuito alla varietà degli approcci metodologici utilizzati, alla dimensione del campione degli studi, alle diverse definizioni utilizzate, al reddito dei paesi e alle norme sociali in vigore (Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

Per affrontare il problema e spiegare le variazioni, diversi studi hanno condotto analisi di sottogruppi e meta-regressioni. L'entità delle stime di prevalenza aggregate suggerisce che l'abuso sugli anziani è considerato un grave problema globale, tuttavia, potrebbe rappresentare solo la punta dell'iceberg e **alcuni esperti ritengono che l'abuso sugli anziani sia sottostimato fino all'80%**. Ci sono molte ragioni per questo, tra cui: isolamento delle persone anziane, la paura delle conseguenze di una rivelazione, il fatto di non riconoscere di essere una vittima, la mancanza di normative uniformi e in generale la resistenza delle persone, compresi i professionisti, a denunciare casi sospetti di abuso e negligenza sugli anziani, la mancanza di formazione per gli operatori sociali e sanitari su come riconoscere i segni di abuso e come sostenere le vittime anziane, linee guida sviluppate in modo inadeguato e l'assenza di migliori pratiche per affrontare la violenza sulle vittime anziane (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008), anche gli anziani con disturbi cognitivi, pur essendo un gruppo più vulnerabile all'abuso, sono esclusi da molti studi (Pillemer *et al.*, 2016). Queste ragioni possono portare alla conclusione fuorviante che la violenza contro le persone anziane o non esiste o esiste solo in misura residuale.

Pillemer *et al.* (2016) hanno condotto una revisione che includeva studi sulla prevalenza dell'abuso sugli anziani basati sulla popolazione condotti fino al 2014. I tassi di prevalenza

dell'abuso sugli anziani riportati per forme separate e aggregate di maltrattamento osservando il periodo di un anno variavano tra lo 0,04% e il 14,6% (**tabella 1**).

Tabella 1. – Prevalenza internazionale in base ai diversi tipi di abuso agli anziani



(Pillemer *et al.*, 2016)

L'abuso fisico sugli anziani è il tipo di maltrattamento misurato più frequentemente. Il dato aggregato incorpora tutte le forme di maltrattamento. In Europa i tassi di prevalenza dell'abuso sugli anziani percepiti come alquanto o molto gravi dagli anziani nell'ultimo anno variano dallo 0,5% al 6,03%. In dettaglio:

- Abuso fisico 1,67%
- Abuso sessuale 1,0%
- emotivo/psicologico 2,9%
- Negligenza 0,5%
- Abuso aggregato 6,03%

Mentre India e Nigeria hanno avuto i tassi più alti nel dato aggregato (14,0%), negli abusi di tipo emotivo (10,8%), fisico (14,6%) e finanziario (13,1%).

I risultati di cui sopra suggeriscono che l'estensione dell'abuso sugli anziani è sufficientemente ampia e che è quindi probabile che i servizi sociali e gli operatori sanitari



che assistono anziani lo incontrino regolarmente. Ad esempio, utilizzando i tassi di prevalenza appena descritti, un medico che vede 20 anziani al giorno potrebbe incontrare quotidianamente almeno una vittima di abuso (Pillemer *et al.*, 2016).

Nello stesso ambito, le stime di prevalenza aggregate dell'abuso sugli anziani nel periodo relativo all'anno precedente in adulti di età pari o superiore a 60 anni, riportate in 52 pubblicazioni (28 paesi), nella revisione sistematica del 2017 e nella meta-analisi, tra il 2002 e il 2015, condotte da Yon *et al.* (2017) erano

- **Abuso complessivo sugli anziani** 15,7%, il che significa 1 adulto su 6, ovvero 141 milioni di vittime ogni anno a livello mondiale. (L'abuso complessivo può consistere in qualsiasi combinazione di sottotipi di abuso)
- Abuso psicologico 11,6%
- Abuso finanziario 6,8%
- Negligenza 4,2%
- Abuso fisico 2,6%
- Abuso sessuale 0,9%

Variazioni regionali nell'abuso complessivo sugli anziani

- Asia 20,2%,
- Europa 15,4%,
- America 11,7%.

Il più grande studio multinazionale sulla prevalenza dell'abuso sugli anziani ABUEL (Abuse of the Elderly in the European Region) è stato condotto in 7 paesi europei e ha incluso 4.467 individui di età compresa tra 60 e 84 anni. I dati presentati da gennaio 2009 a luglio 2009 in tutti i paesi nella **tabella 2** mostrano che: il 19,4% degli anziani è stato esposto ad abusi psicologici, il 2,7% ad abusi fisici, lo 0,7% ad abusi sessuali, il 3,8% ad abusi finanziari e lo 0,7% a lesioni. Inoltre, gli abusi psicologici si sono verificati più spesso in Svezia (29,7%) e Germania (27,1%). Gli abusi fisici si sono verificati più spesso in Svezia (4%) e Lituania (3,8%). Gli abusi sessuali si sono verificati più spesso in Grecia (1,5%) e Portogallo (1,3%). Gli abusi finanziari si sono verificati più spesso in Portogallo (7,8%) e Spagna (4,8%). Le lesioni si sono verificate più spesso in Lituania (1,5%) e Grecia (1,1%) (Soares *et al.*, 2010).

Tabella 2. Studio ABUEL. Prevalenza di abusi e lesioni in sette paesi europei.

Country	Psychological %	Physical %	Sexual %	Financial %	Injury %
Germany (n=648)	27.1	3.3	0.9	3.6	0.4
Greece (n=643)	13.2	3.4	1.5	4.0	1.1
Italy (n=628)	10.4	1.0	0.5	2.7	0.0
Lithuania (n=630)	24.6	3.8	0.3	2.8	1.5
Portugal (n=656)	21.9	2.1	1.3	7.8	0.7
Spain (n=636)	11.5	1.4	0.3	4.8	0.5
Sweden (n=626)	29.7	4.0	0.5	1.8	0.6
Total (n=4467)	19.4	2.7	0.7	3.8	0.7

(Soares *et al.*, 2010)

5. COME RICONOSCERE L'ABUSO SUGLI ANZIANI: SEGNI E SINTOMI

Abuso fisico

- La persona riferisce di essere stata aggredita fisicamente
- La persona che assiste sembra essere iperprotettiva, racconta storie contrastanti, non lascia mai sola la persona anziana
- Cadute e lesioni, fratture con cause indeterminate
- Ustioni e lividi in luoghi insoliti o di tipo insolito
- Tagli, impronte di dita o altri segni di costrizione fisica, segni che l'individuo potrebbe essere stato legato,
- La persona richiede assistenza ad una varietà di medici o centri sanitari

Negligenza

- Malnutrizione o disidratazione senza che ciò sia correlato ad una patologia
- Evidenza di cure inadeguate o scarsi standard di igiene, abiti sporchi, cattive condizioni di vita
- Ferite / piaghe non curate

- Prescrizioni ripetute eccessive o aumento delle scorte di farmaci a casa a causa di omissioni nella somministrazione.
- Segni di intossicazione a causa di un eccesso di farmaci.

Abuso psicologico/emotivo

- Cambiamento nel modo di mangiare o problemi del sonno
- Paura, confusione, rassegnazione
- Passività, ritiro o depressione
- Impotenza, disperazione o ansia
- Affermazioni contraddittorie o altre ambiguità non derivanti da confusione mentale
- Riluttanza a parlare apertamente
- Evitamento del contatto fisico, visivo o verbale con il caregiver
- La persona anziana è isolata dagli altri

Abuso sessuale

- La persona lamenta di essere stata aggredita sessualmente
- Comportamento sessuale che non è in linea con le relazioni abituali della persona anziana e la precedente personalità
- Cambiamenti inspiegabili nel comportamento, come aggressività, ritiro o autolesionismo
- Frequenti lamentele di dolore addominale, o sanguinamento vaginale o anale inspiegabili
- Infezioni genitali ricorrenti o lividi intorno al seno o all'area genitale
- Biancheria intima strappata, macchiata o insanguinata

Abuso finanziario o materiale

- Prelievi che non corrispondono alle normali esigenze dell'anziano
- Modifiche al testamento o al titolo di proprietà per lasciare la casa o i beni a "nuovi amici o parenti"
- Venir meno di proprietà
- Perdita di gioielli o effetti personali
- Attività sospetta su carta di credito o altri conti bancari
- La persona anziana non usufruisce di servizi assistenziali che potrebbe permettersi
- Problemi medici o di salute mentale non trattati
- Il livello di assistenza non è commisurato alla situazione finanziaria o al reddito della persona anziana

(OMS/INPEA, 2002; Organizzazione Mondiale della Sanità., 2008, 2021; Hoover e Polson, 2014)

Abuso istituzionale

- Non offrire scelta o promuovere l'indipendenza
- mancanza di pianificazione dell'assistenza centrata sulla persona
- nessuna flessibilità negli orari di messa a letto o di alzata
- contenzione o confinamento inappropriati
- mancanza di indumenti o beni personali
- ambiente non sicuro o non igienico
- sviluppo di piaghe da decubito e ulcere senza una causa correlata alla malattia
- mancanza di scelta nel cibo o nei menu
- coinvolgimento non necessario nelle finanze personali da parte del personale o della direzione
- uso inappropriato delle procedure infermieristiche o mediche
- uso inappropriato del potere o del controllo da parte del personale
- Scoraggiare le visite o il coinvolgimento di parenti o amici
- Sovraffollamento della struttura
- Gestione autoritaria
- Mancanza di leadership e supervisione del personale
- Personale insufficiente con conseguente scarsa qualità dell'assistenza
- Atteggiamenti abusivi e irrispettosi nei confronti degli anziani
- Mancanza di rispetto per la dignità e la privacy
- Mancata gestione dei residenti che agiscono maltrattamenti verso altri ospiti
- Non fornire cibo e bevande adeguati, o assistenza nel mangiare
- Uso improprio di farmaci
- Mancata assistenza con dentiere, occhiali o apparecchi acustici
- Non tenere conto delle esigenze culturali o religiose degli ospiti
- Interferenza con la corrispondenza o la comunicazione personale
- Mancata risposta ai reclami

(OMS /INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021)

6. FATTORI DI RISCHIO PER L'ABUSO SUGLI ANZIANI

In tutti i paesi i principali fattori di rischio sono identificati a livello di individuo (vittima e autore), relazione, comunità e società. Comprendere questi fattori può aiutare a identificare varie opportunità di prevenzione (Pillemer *et al.*, 2016; CDC, 2020).

Livello individuale (Vittima)

- Dipendenza, disabilità

- 
- Scarsa salute fisica
 - Compromissione cognitiva, demenza
 - Problemi comportamentali
 - Scarsa salute mentale
 - Reddito basso o povertà
 - Essere donne, in quanto le donne sono più comunemente vittime degli uomini
 - Età, gli abusi aumentano con l'invecchiamento
 - Dipendenza finanziaria
 - Razza/etnia, discriminazione

Livello individuale (autore)

Problemi psicologici, malattie mentali

- Abuso di sostanze o alcol
- Dipendenza finanziaria
- Stress, burnout, pesante carico di cure
- Esaurimento emotivo

Relazione tra vittima e autore

- L'abusante è stato vittima di abusi in passato
- Conflitti familiari e relazioni povere
- Dipendenza finanziaria/emotiva dalla persona anziana o viceversa
- Gli altri membri della famiglia non sono di supporto

Comunità

- Perdita di amici
- Isolamento sociale di anziani e caregiver, accesso limitato al supporto sociale
- Mancanza di servizi di supporto/formazione per caregiver
- Mancanza di accesso a risorse
- Localizzazione geografica

Società

- Norme culturali che incoraggiano comportamenti discriminatori ed emarginanti nei confronti delle persone anziane
- Servizi sociali e sanitari inadeguati

- Personale sanitario e sociale non adeguatamente formato, esaurimento del personale

(Gorbien e Eisenstein, 2005; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Dean, 2019)

Le persone anziane fragili che vivono in contesti residenziali o in altri istituti di solito hanno molteplici forme di disabilità (mentale, cognitiva, fisica). La loro disabilità e dipendenza dagli altri per la cura li rende più vulnerabili all'abuso e all'abbandono (Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019).

6. VALUTAZIONE DEI SEGNI E SINTOMI DI ABUSO SUGLI ANZIANI

In diversi studi è stato osservato che gli operatori socio-sanitari non sono sufficientemente formati nel riconoscere i segni di abuso negli anziani. Ciò si traduce in episodi di abuso che passano inosservati e sottostimati (WHO/INPEA, 2002; Perel-Levin, 2008; Schmeidel *et al.*, 2012; Hoover e Polson, 2014; World Health Organization., 2021).

La formazione degli operatori socio-sanitari è considerata vitale in quanto dovrebbero essere in grado di differenziare nella loro valutazione i segni di abuso dai normali cambiamenti legati all'età e alle malattie croniche. Gli operatori dovrebbero inoltre essere informati su come avviare l'indagine e un intervento adeguato in caso di sospetto (Perttu, 2018).

I normali processi di invecchiamento/cambiamenti comuni correlati alla malattia sono descritti nella **tabella 3**.

Tabella 3. Normali cambiamenti legati all'età

Normali processi di invecchiamento/ cambiamenti comuni correlati alla malattia	
<p>PELLE E TESSUTI MOLLI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuzione dell'elasticità - Diminuzione del collagene - Diminuzione della proliferazione epidermica - Assottigliamento della giunzione dermo-epidermica - Foto-danneggiamento cronico della pelle 	<p>MUSCOLOSCHIELETRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della massa ossea - Osteopenia - Osteoporosi - Diminuita produzione di vitamina d - Atrofia muscolare - Diminuzione della flessibilità articolare - Osteoartrite
<p>CARDIOVASCOLARI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragilità vascolare - Irrigidimento vascolare periferico - Aritmie - Insufficienza cardiaca 	<p>GASTROINTESTINALE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuzione di olfatto e gusto - Xerostomia (secchezza cavo orale) - Perdita di denti - Disfagia - Diminuzione secrezioni gastriche - Diminuzione enzimi intestinali - Diminuzione peristalsi - Diminuzione della sensazione della sete - Incontinenza - Costipazione
<p>PROBLEMI EMATICI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi delle piastrine - Anemia aplastica - B12 e folati - Sindromi mielo-displastiche 	

(Collins, 2006)

Molto spesso i normali cambiamenti legati all'età e i sintomi di malattie croniche possono confondere gli operatori sanitari nell'identificare l'abuso (Collins, 2006; Palmer et al., 2013).

Nella tabella 4 sono presentati esempi di condizioni e malattie che imitano l'abuso.

Tabella 4. Condizioni/malattie che simulano l'abuso

Condizioni/malattie	
Porpora di Bateman	Comunemente riscontrata sulle superfici estensori dell'avambraccio a seguito di foto-danneggiamento cronico. La pelle è fragile e si lacera facilmente
Porpora da steroidi	Presente in aree trattate con steroidi topici o in aree di esposizione al sole in pazienti trattati con medicinali steroidei (steroidi sistemici) La pelle è fragile e si lacera facilmente
Porpora senile - regioni geografiche rosso-violacee	Appare sulle superfici flessori delle estremità a seguito di alterazioni della pelle con l'invecchiamento
Sanguinamento cutaneo ed ecchimosi correlati ai farmaci	Aspirina, farmaci anticoagulanti, farmaci antinfiammatori non steroidei, chinino, chinidina, diuretici tiazidici possono portare a sanguinamento cutaneo e lividi. Alcuni farmaci possono potenziare l'azione degli anticoagulanti.
Epistassi	Risultato dell'atrofia, dovuta all'invecchiamento, della mucosa e delle pareti dei vasi sanguigni nel naso
Malattia vascolare periferica, irrigidimento vascolare periferico, scarsa perfusione Diabete mellito, anemia.	Può causare ulcere da decubito, scarsa guarigione delle ulcere da decubito. I tessuti che non ricevono abbastanza nutrienti si rompono e si ulcerano.
Osteopenia, fratture da osteoporosi	La diminuzione degli estrogeni e la diminuzione della produzione di Vitamina D possono causare osteopenia e osteoporosi. In combinazione con l'andatura e l'equilibrio alterati porta a cadute e fratture accidentali
Cambiamenti nel sistema gastrointestinale, malattia renale cronica, diabete, insufficienza surrenalica	Risulta in una diminuzione dell'assunzione di cibo, influenza la digestione, inibisce l'assorbimento dei nutrienti, sazietà precoce, perdita di peso, disidratazione, costipazione.
Anoressia	Come conseguenza di malattia mentale
I cambiamenti nella vecchiaia influenzano il funzionamento di organi specifici, l'umore, l'atteggiamento nei confronti dell'ambiente, le condizioni fisiche e l'attività sociale, determinando la posizione degli anziani nella famiglia e nella società	Perdita di ruoli sociali, riduzione delle relazioni interpersonali relazioni, depressione Diminuzione della soddisfazione per la vita, isolamento, riduzione dell'interesse, senso di solitudine e pericolo.

(Collins, 2006; Palmer, Brodell e Mostow, 2013)

Attività di apprendimento attivo

Una serie di esercizi che possono essere utilizzati per applicare praticamente i contenuti teorici insegnati nel modulo.

ATTIVITÀ 1 -ESERCIZIO DELLA GALLERIA

Metodo: discussione di gruppo. Le discussioni di gruppo sono utilizzate per promuovere lo scambio di idee e l'apprendimento attivo. Un modo per facilitare una discussione di gruppo è noto come l'esercizio della galleria.

Nell'esercizio di discussione di gruppo della galleria, i partecipanti lavorano in gruppi più piccoli e discutono questioni relative a un determinato argomento o argomento. La stanza è organizzata in aree separate con un argomento o in un argomento diverso da discutere in ciascuna area della stanza. Ogni area ha 4-6 sedie, un tavolo e una lavagna a fogli mobili. Ad ogni gruppo viene assegnata un'area per iniziare, discutono l'argomento e scrivono le loro conclusioni sulla lavagna a fogli mobili prima di passare agli altri tavoli. I formatori dovrebbero visitare ogni tavolo durante l'esercizio per aiutare a mantenere la pertinenza dell'argomento e per rispondere ad eventuali domande.

Per saperne di più sul metodo: [“Galleria” - Esercizio di discussione di gruppo | Workshop di formazione \(ventureteambuilding.co.uk\)](http://ventureteambuilding.co.uk)

Alla fine dell'esercizio, i gruppi presentano le informazioni raccolte e i partecipanti hanno un po' di tempo per visitare le gallerie e vedere cosa hanno discusso gli altri gruppi.

Attrezzature e materiali:

- tavoli rotondi con 4-6 sedie ciascuno a seconda delle dimensioni del gruppo
- computer
- proiettore
- schermo
- una lavagna a fogli mobili per tavolo e una per l'istruttore
- pennarelli di colore diverso per ogni tavolo (un colore per ogni gruppo)
- Dispense con scenari

Tempo assegnato: 65-70 minuti

- 5 minuti per spiegazione e allestimento
- 3 x 10 minuti di lavoro in ogni galleria (a seconda del numero di partecipanti)
- 20 minuti per le presentazioni (preparazione e consegna)
- 5 minuti per visitare le gallerie
- 5-10 minuti per revisione e debriefing

Istruzioni: dividere i partecipanti in 3 gruppi (non più di 6 per gruppo) e chiedere loro di sedersi intorno al tavolo. A ogni gruppo viene chiesto di lavorare con uno scenario. Se ci sono più di tre tavoli, è possibile utilizzare lo stesso caso per più gruppo. Ad ogni tavolo dovrebbe essere chiesto di identificare una persona che prenderà gli appunti e un'altra che farà da portavoce. È utile incoraggiare i gruppi a scegliere un nuovo annotatore e relatore per ogni esercizio, in modo che tutti abbiano l'opportunità di rivestire questi ruoli. E' consigliabile assegnare a ogni gruppo una penna di colore diverso per aiutare a separare il loro contributo su ciascuna lavagna a fogli mobili.

Si inizia concedendo a ciascun gruppo dieci minuti per galleria per discutere l'argomento. Verso la fine dei dieci minuti, la persona addetta a prendere appunti dovrebbe iniziare a scrivere i punti principali discussi. Potrebbe essere utile organizzarli in una tabella come:

Indicatori	Tipo di abuso	Vittima	Autore

Successivamente, ogni gruppo viene invitato a spostarsi nella galleria successiva, a discutere il nuovo argomento e ad aggiungere il loro contributo. Si continua così per ogni galleria. Una volta che tutti i gruppi hanno contribuito a ciascuna lavagna a fogli mobili, saranno invitati a tornare al punto di partenza e sarà dato loro il tempo di rivedere e discutere i contributi aggiunti dagli altri gruppi. Poi ogni gruppo presenterà il proprio pezzo della galleria e le proprie scoperte agli altri gruppi. Alla fine delle presentazioni, i partecipanti avranno cinque minuti per passeggiare e guardare le gallerie in mostra.

Infine, è possibile porre alcune domande per la revisione e il debriefing:

- Cosa ti ha sorpreso di più?
- Ritieni che ogni argomento sia stato adeguatamente esplorato?
- Hai trovato qualcosa di frustrante?
- Cosa ti è piaciuto di più?
- Cosa puoi portare con te dell'esercizio? Come puoi usarlo?

Gli scenari dei casi sono adattati da: National Adult Protective Services Association (2010) [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.sdsu.edu/ELDER_ABUSE_DYNAMICS_FOR_ADULT_PROTECTIVE_SERVICES)

DISPENSA N. 1 - SCENARIO 1 – ANTONIO E GIUSEPPINA

Antonio e Giuseppina sono sposati da quasi 60 anni. Lui ha 80 anni e lei 77. Due anni fa a Giuseppina è stato diagnosticato il morbo di Alzheimer. La malattia è progredita molto rapidamente. Il loro figlio, Enrico, ha raccontato al direttore della casa di cura che il matrimonio di Antonio e Giuseppina è stato tumultuoso. Durante tutta la loro vita coniugale, Antonio era stato violento verbalmente e fisicamente con Giuseppina. Per anni le ha detto che era stupida e brutta, che nessun altro l'avrebbe voluta e che era fortunata che l'avesse sopportata, anche se avrebbe potuto lasciarla in qualsiasi momento. Le ha tirato degli oggetti, l'ha schiaffeggiata, ha minacciato di ucciderla e una volta l'ha spinta giù per le scale. In diverse occasioni, Giuseppina ha lasciato Antonio. Quando Enrico si è offerto di aiutarla e le ha proposto di trasferirsi con la sua famiglia, lei si è rifiutata ed è tornata da suo marito. Da allora, Enrico ha cercato di parlare con sua madre della sua relazione con Antonio, ma lei lo ha sempre interrotto, dicendo che una moglie ha dei doveri, e che non erano affari suoi. Tre mesi fa, a Antonio è stato diagnosticato un cancro al fegato. La sua prognosi non è buona. Di recente, l'operatrice che aiuta Giuseppina a fare il bagno ha notato lividi sul seno e sull'interno coscia. Quando le è stato chiesto dei lividi, Giuseppina ha scosso la testa e ha pianto, ma non ha risposto. L'operatrice sospetta che Antonio costringa la moglie ad avere rapporti sessuali con lui. Quando ad Antonio è stato chiesto conto dei lividi, si è arrabbiato, dicendo "Non sono affari di nessuno tranne che nostri! È mia moglie e posso fare l'amore con lei quando voglio. L'ho fatto per 60 anni. Inoltre, non mi resta molto da vivere e merito di avere un po' di piacere prima di morire."

Identifica:

- I tipi di abuso
- L'indicatore per ogni tipo
- La vittima
- L'aggressore

Avendo in mente la risposta di Antonio "Lei è mia moglie e posso fare l'amore con lei quando voglio...", pensi che l'abuso sessuale sia amore? Pensi che in questo scenario, il comportamento di Antonio possa essere caratterizzato come stupro?"

DISPENSA N. 2 - SCENARIO: 2 - ROSA E I SUOI GENITORI

Rosa è una donna di 47 anni con sindrome di Down. Quando è nata, i suoi genitori hanno giurato di non metterla mai in un istituto, come spesso accadeva a quei tempi. Di conseguenza, ha vissuto con suo padre e sua madre per tutta la vita e ha avuto poca esposizione al mondo esterno.

A causa dell'invecchiamento dei suoi genitori, Rosa ha iniziato ad occuparsi sempre di più della casa e della loro assistenza. Anche se Rosa ha un funzionamento relativamente alto, fatica ad aiutare suo padre, Franco, 79 anni, che ha una grave malattia di Parkinson, e sua madre, Betta, 72 anni, non vedente e sempre più fragile. La famiglia ha un reddito limitato e riesce a malapena a sbarcare il lunario. Beneficiano dell'assistenza domiciliare due volte a settimana, della consegna pasti e dei trasporti assistiti quando necessario. A causa del Parkinson, Franco non riesce a nutrirsi da solo. Rosa cerca di aiutarlo, ma spesso si sente frustrata e gli infila rudemente il cucchiaino in bocca. In un'occasione, gli ha rotto il dente anteriore ma ha dato la colpa a Franco, perché "si distrae troppo". Tornando dopo un weekend lungo, l'operatore del domiciliare trova Betta stesa sul pavimento tra il letto e la porta del bagno adiacente, incapace di rispondere. Nota anche alcune piaghe incipienti sull'anca e sulla gamba sinistra, probabilmente il risultato di essere rimasta sdraiata sul lato per un lungo periodo di tempo. Quando arriva l'ambulanza, chiamata dall'operatore, i paramedici notano che la moquette sotto il corpo di Betta era molto sporca.

Rosa e Franco hanno detto di aver trovato Betta sdraiata sul pavimento nella sua posizione attuale diversi giorni prima. Rosa ha detto che ha cercato di aiutarla ad alzarsi, ma sua madre ha gridato dal dolore e le ha detto di lasciarla in pace. Dopo di ciò, l'hanno lasciata sdraiata sul pavimento, portandole cibo e acqua e dandole le medicine. Franco ha detto che Rosa le ha messo un cuscino sotto la testa e ha cercato di prendersi cura di lei. Quando gli è stato chiesto perché non ha chiamato i soccorsi, Franco ha detto che sua moglie ha detto di non chiamare nessuno. I paramedici hanno segnalato il caso alla polizia.

Identifica

- I tipi di abuso
- L'indicatore per ogni tipo
- La vittima
- L'aggressore

Perché pensi che i paramedici abbiano denunciato il caso alla polizia? Perché non hanno semplicemente portato Betta all'ospedale?

DISPENSA N. 3 - SCENARIO: 3 - GIANNI E REGINA

Da anni Gianni, 56 anni, lotta per guadagnarsi da vivere come artista, con scarso successo. Ogni tanto fa l'imbianchino, ma poiché ha una dipendenza da alcool, non riesce a mantenere un lavoro a lungo. Quindi, si rivolge a sua madre, Regina, per un aiuto finanziario. All'inizio, Gianni ha sostenuto che i soldi che Regina gli aveva dato erano prestiti e che l'avrebbe ripagata non appena "si fosse rimesso in piedi". Ma i prestiti non sono mai stati rimborsati. Ora Gianni dice che se solo avesse potuto seguire un altro corso d'arte, i suoi dipinti avrebbero finalmente cominciato a vendere. Vuole allora che Regina metta un'ipoteca sulla sua casa, per poter chiedere un prestito di 10.000 euro per i suoi studi d'arte. Regina, che ha 75 anni, ha una degenerazione maculare avanzata e ha un'assistente familiare che l'aiuta nelle faccende domestiche e che la accompagna agli appuntamenti. È riluttante a ipotecare la sua casa. È una donna immigrata, ed è molto orgogliosa di possedere una casa tutta sua. Inoltre, sua madre ha vissuto fino a 101 anni e Regina è preoccupata che se dovesse perdere la sua casa ora, potrebbe trovarsi senza alloggio da molto anziana. È anche preoccupata di non essere in grado di continuare a pagare per i livelli di assistenza crescenti di cui avrà bisogno per far fronte alla sua perdita della vista. Ma vuole anche sostenere il sogno di Gianni di essere un pittore. Occasionalmente ha venduto qualche quadro e lei crede che abbia un vero talento. Gianni sta diventando impaziente con sua madre. Afferma che se lei lo amasse davvero, lo aiuterebbe. Ieri è entrato in casa sua e ha preso a calci Pepe, il cagnolino di Regina. Regina ha iniziato a piangere e ha pregato Gianni di non far male al cane. Gli ha promesso che avrebbe trovato i soldi "in qualche modo". Gianni le ha risposto: "Sarà meglio!". Prima di andarsene, Gianni ha preso il bancomat dal portafoglio di Regina a sua insaputa. L'aveva aiutata a usarlo in precedenza, visto che lei vede poco, e quindi conosceva il PIN. Quel giorno il successivo ha fatto due prelievi per un totale di 1.000 euro.

Identifica:

- I tipi di abuso
- L'indicatore per ogni tipo
- La vittima
- L'aggressore

Cosa pensi che stesse pensando e provando Regina quando ha promesso a Gianni che avrebbe trovato i soldi? Gianni ha commesso un crimine?

ATTIVITÀ 2 - LAVORO DI GRUPPO BASATO SU VIDEO

Materiale: video, penne, fogli

Durata: 45 min

Descrizione dell'esercizio/istruzioni

- Organizzare i partecipanti in 4 gruppi di 4-5 membri (a seconda del numero di partecipanti)
- Chiedere loro di accordarsi su chi prendere appunti e chi presenterà i risultati a tutto il gruppo
- Assegnare a ciascun gruppo uno dei seguenti video²:

- Centro di eccellenza sull'abuso e l'abbandono degli anziani – University of California, Irvine "Devo ritirare una ricetta" – Sig. Jones
<https://www.youtube.com/watch?v=qlMbn6QzNb4> –
NB: poiché i video sono in inglese può essere utile descrivere lo scenario:

Il farmacista ha un paziente, Hank Jones, che ha da tempo la prescrizione per il Darvocet, un farmaco antidolorifico non comunemente prescritto agli anziani e non più considerato efficace. La prescrizione è riutilizzata spesso. Il figlio del paziente ritira i farmaci. Il farmacista esprime preoccupazione per l'uso del Darvocet per questo paziente anziano e il figlio dice: "Va bene, tanto non lo prende". Il farmacista telefona all'anziano per capire se va tutto bene. Il paziente sembra molto lucido e consapevole delle sue medicine. Dice che ha provato il Darvocet dopo l'operazione al ginocchio l'anno scorso, ma ha deciso di smettere di prenderlo subito dopo, perché suo figlio ha detto che era troppo forte. Ha ancora dolore, ma il figlio gli dà l'aspirina che di solito lo fa stare meglio.

- Centro di eccellenza sull'abuso sugli anziani e negligenza – University of California, Irvine "Ho una ricetta da ritirare" – Mrs Appelby
<https://www.youtube.com/watch?v=nmb9vKsvNys&t=2s>
NB: poiché i video sono in inglese può essere utile descrivere lo scenario:

Un'assistente domiciliare accompagna una donna anziana, la signora Appleby, in farmacia. L'assistente compra molte cose che sono chiaramente per se stessa e non per la cliente. Quando arriva il momento di pagare, l'assistente chiede alla signora Appleby la sua carta di credito. L'assistente diventa impaziente e strappa la carta dalla mano della signora Appleby. La signora Appleby dice: "Ahi, mi hai fatto male". L'assistente chiede al farmacista quale dei farmaci è il più costoso. Il farmacista risponde: "Questo" e prende un flacone. La giovane donna dice: "Ok, quello lo lasciamo qui".

² I video sono in lingua inglese ma è possibile attivare i sottotitoli in Italiano dalle opzioni di Youtube



Il farmacista dice: "Questo è il suo farmaco per la pressione alta. È molto importante che lo prenda ogni giorno". La giovane donna dice: "Ne abbiamo ancora un po' dal mese scorso". Spende 10 dollari per le medicine del cliente, ma più di 50 dollari in oggetti personali per se stessa. La signora Appleby dice: "Voglio andare a casa" ma l'assistente la ignora. Mette i soldi sul bancone e se ne va senza le medicine. La signora Appleby si muove lentamente e l'assistente la prende rudemente per il gomito per spingerla ad uscire, dicendo: "Ora andiamo al centro commerciale".

- All'interno di ciascun gruppo, chiedere ai partecipanti di fare un elenco di possibili risposte alle seguenti domande – in un primo momento individualmente e senza discussione. Ogni studente piega il foglio quando ha finito di scriverci sopra e lo passa alla persona successiva del gruppo. Quando tutti gli studenti del gruppo hanno scritto una risposta, possono aprire il foglio e discutere le risposte. Se c'è tempo, ogni gruppo può condividere la propria miglior risposta e le riflessioni fatte in piccolo gruppo con tutta la classe. Le domande a cui rispondere sono:
 1. Identificate degli abusi sugli anziani?
 2. Se sì, descrivete le forme di abuso sugli anziani rappresentate nel video.
 3. Quali segni e sintomi vi hanno avvertito di un potenziale abuso sugli anziani?
 4. Quali fattori di rischio per l'abuso sugli anziani e/o l'abbandono erano evidenti nel video?

Suggerimenti per il formatore: potrebbe essere utile sottolineare che in base alle informazioni che otteniamo dai video, l'abuso potrebbe essere sospettato ma non certo, quindi è importante essere cauti con le accuse e non arrivare subito alle conclusioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Ageless Alliance (2017) *Impact of Elder Abuse*. Available at: <https://agelessalliance.org/impact-of-elder-abuse/>.
2. Biggs, S., Stevens, M., Tinker, A., Dixon, J., & Lee, L. (2009). Institutional mistreatment and dignity: toward a conceptual understanding.
3. Brownell, P. (2015). Neglect, abuse and violence against older women: Definitions and research frameworks. *South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH)*.
4. CDC (2020) *Elder Abuse: Risk and protective factors*. Available at: www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html (Accessed: 14 September 2021).
5. Collins, K. A. (2006) 'Elder Maltreatment', *Arch Pathol Lab Med*, 130, pp. 1290–1296. doi: 10.4135/9781412952484.n220.
6. Dean, A. (2019) Elder abuse, Key issues and emerging evidence.
7. Dong, X., Chang, E. and Simon, M. (2013) 'Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy – A Mini Review', *Gerontology*, 59, pp. 132–142. doi: 10.1159/000341652.
8. EUROSTAT (2019) *Ageing Europe*. European Union. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1103.
9. Gorbien, M. J. and Eisenstein, A. R. (2005) 'Elder Abuse and Neglect: An Overview', *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, pp. 279–292. doi: 10.1016/j.cger.2004.12.001.
10. Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) 'Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention', *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
11. Kalaga, H. (2007). A review of literature on effective interventions that prevent and respond to harm against adults. Scottish Government Social Research.
12. National Adult Protective Services Association (2010). Available at: [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.napsa-usa.org/ELDER-ABUSE-DYNAMICS-FOR-ADULT-PROTECTIVE-SERVICES)
13. Palmer, M., Brodell, R. T. and Mostow, E. N. (2013) 'Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions', *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(2), pp. 37–39. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016.
14. Perel-Levin, S. (2008) 'Discussing screening for elder abuse at primary health care level', *WHO*, p. 48. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>.
15. Perttu, S. (2018) WHOSEFVA: Working with Healthcare Organizations to Support Elderly Female Victims of Abuse: Training Materials. Tartu, Estonia. Available at: <http://whosefva-gbv.eu/>.
16. Perttu, S. and Laurola, H. (2020) *How To Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)*. Edited by K. Blank, O. Solohub, and M. Frances. Tartu, Estonia.

- 
17. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
 18. Priestley, D. (2016) 'How To Facilitate Group Discussions: The "Gallery" Exercise.' Available at: <https://ventureteambuilding.co.uk/how-to-facilitate-group-discussions-gallery-exercise/#.YVSqibgzagC>
 19. Santos, A. J. *et al.* (2019) 'Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours', *BMC geriatrics*. BMC Geriatrics, 19(117), pp. 1–11.
 20. Schmeidel, A. N. *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.
 21. Soares, J. J. F. *et al.* (2010) *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
 22. Wang, X. M. *et al.* (2015) 'Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention', *CMAJ*, 187(8), pp. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329/-/DC1.
 23. WHO/INPEA (2002) *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva.
 24. WHO (2016) *Elder Abuse: The health sector Role in Prevention and Response*.
 25. World Health Organization. (2008) 'A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report'. Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&dq=A+Global+Response+to+Elder+Abuse+and+Neglect+:++Building+Primary+Health+Care+Capacity+to+Deal+with+the+Problem+Worldwide+:++Main+Report&ots=4XU3JdajAC&sig=UXxr47C_lEk81DVeug19Pij1JBY.
 26. World Health Organization. (2021) *ELDER ABUSE*. Available at: https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1.
 27. Yon, Y. *et al.* (2017) 'Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY license, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
 28. Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., *et al.* (2019) 'The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis', *The European journal of Public Health*, 29(1), pp. 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.
 29. Yon, Y., Mikton, C., *et al.* (2019) 'The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), pp. 245–259. doi: 10.1177/1524838017697308.

MODULO 2 – Screening dell'abuso sugli anziani

STRUTTURA DEL MODULO

Titolo	Screening dell'abuso sugli anziani
Scopi e obiettivi	<p>Gli obiettivi di questo modulo sono di aumentare:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ la conoscenza sullo screening dell'abuso sugli anziani▪ la comprensione della complessità dello screening sull'abuso sugli anziani▪ la comprensione delle ragioni per cui fare screening▪ le conoscenze sugli strumenti di screening utilizzati in diversi contesti
Risultati di apprendimento	<p>I partecipanti saranno in grado di</p> <ul style="list-style-type: none">▪ definire i concetti, i termini e gli obiettivi dello screening▪ comprendere l'ampia serie di criteri scientifici stabiliti per lo screening▪ comprendere i requisiti minimi per chiedere informazioni sulla violenza▪ utilizzare le domande di screening in modo naturale con le persone anziane▪ concepire lo screening come un processo
Durata:	<p>3 ore</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min-1h sessione di input▪ 20 min (2x10 minuti) pause▪ 1h e ½ attività di apprendimento attivo▪ 10 minuti di tempo extra (riscaldamento, attesa dei partecipanti, risposta alle domande)
Risorse necessarie:	<ul style="list-style-type: none">▪ Tavoli rotondi con 4-6 sedie ciascuno secondo le dimensioni del gruppo▪ Computer▪ Proiettore▪ Schermo▪ Lavagna a fogli mobili

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispense con scenari
Messaggio chiave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo screening è una questione complessa poiché l'abuso sugli anziani è multiforme e multidimensionale ▪ Lo screening per l'abuso sugli anziani si basa su principi etici e deontologici ▪ Le domande di screening dovrebbero essere parte del normale processo di conversazione ▪ Lo screening/l'indagine di routine sull'abuso sugli anziani è solo il primo passo di un intervento più ampio
Fogli di lavoro	Fogli di lavoro 1 – 2- 3 – 4 - 5

1. COS'È LO SCREENING?

Lo screening, come definito dal Comitato Nazionale per lo Screening del Regno Unito (UK NSC), è **“un servizio sanitario pubblico in cui ai membri di una popolazione definita, che non necessariamente si percepiscono a rischio o sono già affetti da una malattia o dalle sue complicanze, vengono poste delle domande o viene offerto un test, per identificare coloro che hanno maggiori probabilità di essere aiutati che danneggiati da ulteriori esami o trattamenti per ridurre il rischio di una malattia o delle sue complicanze”**. (Feder G. et al, 2009)

Lo screening è diventato un punto centrale nei sistemi di assistenza sanitaria pubblica. Wilson e Jungner nel 1968 hanno gettato le basi per lo screening moderno e hanno avviato il dibattito scientifico sui benefici, i danni, i costi e l'etica dello screening. Hanno definito lo screening come: “l'identificazione presuntiva di malattie o difetti non riconosciuti mediante l'applicazione di test, esami o altre procedure che possono essere applicate rapidamente. I test di screening separano in modo apparentemente adeguato le persone che probabilmente hanno una malattia da quelle che probabilmente non l'hanno. Un test di screening non è destinato a essere diagnostico. Le persone con risultati positivi o sospetti devono essere indirizzate ai loro medici per la diagnosi e il trattamento necessario.” Wilson e Jungner hanno anche stabilito nel 1968 dieci principi di screening. (JMG Wilson & G. Jungner, 1968).

Lo screening è per le persone che non hanno sintomi. Lo scopo dello screening è identificare le persone in una popolazione apparentemente sana che sono a più alto rischio di un problema di salute o di una malattia, in modo che possa essere offerto loro un trattamento o un intervento precoce. Questo, a sua volta, può portare a migliori risultati per alcuni degli individui sottoposti a screening. Lo screening non è diagnostico. Non è uguale alla diagnosi precoce, in quanto lo screening indica la necessità di un ulteriore approfondimento mentre la diagnosi precoce ha lo scopo di rilevare una patologia il prima possibile tra le persone con sintomi. (Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2020).

Oltre al concetto di screening ci sono termini come screening universale e screening selettivo. *Screening universale* significa una valutazione su larga scala di interi gruppi di popolazione - valutazione di tutti, per cui non viene effettuata alcuna selezione di gruppi di popolazione. *Screening selettivo* significa screening mirato a uno o più sottogruppi di una popolazione considerata a rischio per alcune malattie o condizioni. (OMS, 2013).

Mentre nell'ambito della sanità pubblica il concetto di screening è ben definito e largamente utilizzato, nel campo della violenza è meno consolidato. Lo screening è generalmente definito come l'azione mediante la quale i professionisti identificano gli individui abusati



escludendo (*screening out*) gli individui non abusati. Lo screening per la violenza può essere definito come: "Valutazione in un ambiente sanitario del danno attuale o del rischio di danno da violenza familiare e del partner intimo in persone asintomatiche ". (Perel-Levin, 2008)

Il Servizio Nazionale Australiano Di Supporto Per La Violenza Sessuale E La Violenza Domestica (Australian National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counseling Service - 1800RESPECT) definisce lo screening nel modo seguente: "Lo screening è un processo informale che mira ad aprire una conversazione sulla violenza domestica e familiare. È un modo sistematico di fornire a una persona lo spazio per parlare di violenza domestica e familiare. Di solito comporta chiedere ai clienti le loro esperienze. Questo potrebbe includere chiedere se c'è violenza domestica o familiare nella loro vita o se si sono mai sentiti insicuri nella loro relazione". Fare domande sulla violenza dovrebbe avvenire nel normale processo di conversazione e aver luogo come parte dello sviluppo della relazione tra utente e operatore. La sfida per farlo nella normale conversazione è che le domande dovrebbero essere poste usando le stesse parole che sono sullo strumento e nello stesso ordine. (Yaffe, 2015). Lo screening è più efficace quando viene eseguito con tutti i clienti di un servizio, piuttosto che con persone o gruppi selezionati, ad esempio in base al background demografico, all'occupazione, alla fede, alla cultura, allo stato di disabilità o all'età dei clienti. Questo è noto come "screening di routine". (1800RESPECT).

2. CRITERI E PROGRAMMI DI SCREENING

I principi di screening di Wilson e Jungner stabiliti nel 1968 (Wilson & Jungner, 1968) sono ancora la base per i criteri di screening utilizzati nei programmi di screening nazionali per malattie e condizioni che spesso hanno un alto tasso di mortalità. Possono valutare in via preliminare se un programma di screening può risultare efficace all'interno di un determinato paese e sistema sanitario. Il Regno Unito fornisce una serie di esempi accurati di criteri di screening con un elenco di 20 criteri (UK NSC, 2014), mentre la Finlandia ne identifica 14. (STM, 2014)

I criteri utilizzati dalla maggior parte dei paesi per valutare un programma di screening sono i seguenti (Perel-Levin S., 2008):

- La condizione dovrebbe essere un importante problema di salute, ben compreso e con un noto fattore di rischio, o indicatore;
- Il test dovrebbe essere semplice, sicuro e convalidato;
- Il test di screening dovrebbe essere accettabile per la popolazione;
- Dovrebbero essere disponibili interventi efficaci di follow-up;
- Ci devono essere prove da studi controllati randomizzati affidabili che il programma di screening riduce la mortalità o la morbilità ed è conveniente;
- È disponibile personale adeguato;

- Dovrebbero esserci prove che l'intero programma di screening (dal test all'intervento) è "cl clinicamente, socialmente ed eticamente accettabile per gli operatori sanitari e il pubblico".

Molti paesi hanno aumentato lo screening delle singole malattie per garantire parità di trattamento. L'inclusione di un nuovo test in un programma nazionale di screening richiede una grande quantità di lavoro preparatorio e un'ampia discussione nella società sugli obiettivi e gli effetti degli screening. Il dibattito pubblico e un supporto efficiente per l'attuazione di uno screening ne aumentano l'accettabilità e possono anche aumentare la partecipazione della popolazione target. Uno screening dovrebbe produrre benefici per la salute sufficienti per essere giustificato dal punto di vista della salute pubblica. Pertanto, deve esserci una buona comprensione dei benefici, dei costi e degli impatti sociali di uno screening affinché non venga presa la decisione di interrompere o avviare un nuovo programma di screening. Lo screening è un aiuto prezioso per migliorare il benessere e la salute della popolazione. (STM – Ministero finlandese degli affari sociali, 2014)

Ad esempio, molti Stati Europei gestiscono o istituiscono programmi di screening di popolazione per il cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto secondo la raccomandazione del Consiglio del 2 dicembre 2003 sullo screening del cancro (2003/878/CE) (UE Commissione, 2008).

Un programma di screening efficace può fornire significativi benefici per la salute pubblica ma solo se il programma viene eseguito in modo efficace. In effetti, occorre dire che lo screening può anche causare danni. Infatti, poiché i test di screening non sono sensibili o specifici al 100%, ci saranno sempre falsi positivi e negativi. La sfida per i decisori politici consiste nel considerare tutti i potenziali benefici e rischi e decidere nel contesto del proprio sistema sanitario e dei propri valori se si prevede che il programma di screening produca benefici a un costo ragionevole. (OMS, 2020)

3. SCREENING O INDAGINE DI ROUTINE?

Il termine "screening" è un linguaggio professionale utilizzato nella sanità pubblica e può talvolta confondere la discussione in altri campi, come i servizi sociali. Per far progredire la cooperazione e la comunicazione tra le professioni, la lingua è un elemento chiave che deve essere chiarito in modo che tutti i professionisti coinvolti capiscano di cosa stanno parlando e possano lavorare insieme per trovare delle soluzioni. Il significato delle parole non dovrebbe essere preso alla leggera.

Sebbene il termine "screening" possa avere un significato specifico nella salute pubblica, si riferisce ad un approccio fortemente strutturato che implica anche il follow-up. Il termine "indagine", invece, può essere interpretato come un approccio "più morbido", di semplice domanda e non necessariamente implicante il follow-up.



Tuttavia, se il punto critico nello screening è che è un primo passo e non un fine in sé (Perel-Levin S., 2008), occorre sottolineare che lo stesso vale quando si parla di "indagine" e questo dovrebbe essere compreso da tutti i professionisti coinvolti.

Il termine "indagine di routine" nel contesto della violenza domestica si riferisce all'indagine sulla violenza da parte di un partner intimo senza utilizzare i criteri di salute pubblica di un programma di screening completo. Secondo l'OMS può anche significare l'applicazione di una bassa soglia per porre regolarmente domande alle donne in merito agli abusi in un contesto sanitario, ma non è necessario che questo riguardi tutte le donne (OMS, 2013).

Lo screening, come definito dal Comitato nazionale di screening del Regno Unito, si riferisce all'applicazione di una domanda o di un test standardizzato secondo una procedura che non varia da luogo a luogo. Nelle procedure di indagine di routine le domande non sono necessariamente standardizzate, ma vengono poste regolarmente in determinati contesti o se emergono indicatori di abuso. Secondo alcuni studiosi, l'indagine di routine è un approccio più adatto alla violenza domestica (Taket A. et al., 2003), tuttavia non abbiamo studi in relazione all'abuso sugli anziani.

Un manuale del Dipartimento della Sanità del Regno Unito raccomanda l'adozione dell'indagine di routine; "tutti i (servizi sanitari pubblici) dovrebbero lavorare per indagini di routine e fornire a tutte le donne informazioni sui servizi di supporto per gli abusi domestici". "Routine" si riferisce a prendere l'iniziativa, essere proattivi e chiedere a tutte le donne. Ciò aiuta a evitare lo stigma e i giudizi inappropriati. (Dipartimento della Salute, 2005).

4. STRUMENTI DI SCREENING E LORO UTILIZZO

La funzione fondamentale di qualsiasi strumento di valutazione è guidare i professionisti attraverso un processo di screening standardizzato e garantire che segni di abuso non passino inosservati.

Gli strumenti di screening dovrebbero essere in grado di distinguere correttamente i casi di abuso o negligenza e quelli in cui questo non avviene. L'idea è di aumentare la soglia di attenzione del professionista che intraprende lo screening sulla possibilità di abuso e quindi di dare seguito a questo. Un test/strumento di screening efficace si basa sulla sua capacità di distinguere le persone che subiscono abusi (veri positivi) da quelle che non subiscono abusi (veri negativi). Un falso positivo si verifica quando una persona viene identificata come vittima di abusi quando non lo è. Un falso negativo significa che le persone sono identificate come non vittime di abusi, ma in realtà lo sono. (WHO, 2020; McCarthy L. e al., 2017).

Gli strumenti di screening sono stati classificati in modi diversi. Cohen (2013) ha classificato gli strumenti di screening in tre gruppi in base sia al metodo che all'intenzione dello



strumento di screening. Il primo gruppo comprendeva strumenti di interrogazione diretta che indagano l'esperienza degli anziani o che si basano sull'auto-valutazione (*self-report*) della persona anziana; vi sono poi strumenti che valutano i segni effettivi di abuso e gli strumenti di valutazione dei rischi di abuso. La maggior parte degli strumenti di screening incorpora il metodo dell'interrogazione diretta e la valutazione del rischio di abuso.

Il *self-report* ha il vantaggio di essere più economico e di consentire uno screening di massa. Può anche facilitare risposte più oneste se completate in privato. Gli svantaggi includono che potrebbe non essere adatto a coloro che sono cognitivamente compromessi, non hanno un linguaggio o una capacità di lettura adeguati o che non hanno il tempo o la motivazione per completare il questionario. (Schofield MJ, 2017).

Le domande dirette da parte di professionisti consentono un'osservazione fisica della persona. L'evidenza suggerisce anche che la maggior parte delle vittime non prenderà l'iniziativa di dichiararsi vittima di abuso ma, quando verrà loro chiesto direttamente, ammetteranno di esserlo (Cohen M., 2011). Gli svantaggi includono la mancanza di tempo per molti professionisti impegnati, la potenziale mancanza di formazione e il non sentirsi adeguati a porre domande altamente sensibili, la potenziale imprecisione nel punteggio e nell'interpretazione e in alcuni casi potrebbe esserci una mancanza di riferimenti noti e opzioni di intervento. (Schofield MJ, 2017)

Lo screening basato su indicatori di rischio di abuso è motivato dal fatto che può essere difficile ottenere risposte affidabili a domande dirette. È stato dimostrato che gli strumenti basati su fattori di rischio distinguono in modo affidabile i casi di abuso e non abuso. (Cohen M et al., 2006)

Ciascuno di questi modelli di screening ha sia punti di forza che limiti. Cohen ha sottolineato che tutte e 3 le forme di screening - domande dirette, screening basato sui segni e indicatori di rischio di abuso – usate insieme sarebbero necessarie per ottimizzare l'identificazione dei casi di abuso. Sarebbe un modello di screening completo. Tuttavia, la maggior parte degli strumenti di screening incorpora il metodo dell'interrogazione diretta e la valutazione del rischio di abuso. (Cohen M., 2013.)

Un altro modo per classificare gli strumenti di screening è considerare l'impostazione e lo scopo dello strumento di screening. Una serie di strumenti di screening è stata progettata per lo screening di massa degli anziani e/o dei loro caregiver a livello di comunità o popolazione. Un'altra serie di strumenti è stata progettata per uno screening più mirato tra gli anziani nei contesti sanitari, sociali e istituzionali. (Schofield MJ, 2017).

L'identificazione degli abusi sugli anziani è complessa. Pertanto, uno strumento di screening efficace dovrebbe cercare di valutare sia i segni di abuso (es. contusioni sospette, trasferimento di proprietà) sia i fattori di rischio di abuso (es. storia di violenza, problemi di relazione tra persona anziana e possibile autore). Il questionario non può essere troppo lungo. Il contesto dell'assistenza sociale e sanitaria spesso necessita di strumenti brevi, di facile utilizzo e multidisciplinari che possono essere completati in contesti in cui vi è poco



tempo a disposizione. Inoltre, molti degli strumenti di screening richiedono di essere completati da professionisti altamente qualificati. Uno strumento utile dovrebbe essere quello che può essere applicato da un'ampia varietà di professionisti e in molteplici contesti. Ci sono strumenti che spesso si concentrano solo su una teoria dell'abuso sugli anziani, come il modello dello stress del caregiver. Questi tipi di strumenti ignorano le persone anziane non dipendenti. Sono possibili anche diversi tipi di autori. (De Donder et al., 2015).

Uno strumento ideale dovrebbe includere (1) fattori di rischio di abuso e primi segni di abuso; (2) fornire sia brevità che completezza, consentendo il completamento di valutazioni accurate in ambienti di lavoro in cui il tempo è un problema; (3) essere utilizzabile da assistenti informali, da assistenti formali o da servizi sanitari e sociali; (4) prestare attenzione ai diversi tipi di autori; (5) fare riferimento all'ambiente fisico, psicologico e sociale delle persone anziane e (6) essere testati per l'affidabilità e la validità. Tale strumento fornirebbe la possibilità di una diagnosi precoce dell'abuso sugli anziani, necessaria per fornire supporto e assistenza e per prevenire il peggioramento dell'abuso sugli anziani. (De Donder et al., 2015).

Infine, Nelson et al. (2012) sottolinea, in un'ampia revisione della letteratura, che la prevalenza dell'abuso e la sensibilità e specificità degli strumenti di screening dipendono dalle definizioni di abuso (fisico, sessuale, emotivo e combinazioni) e dall'acutezza (attuale, passato e qualsiasi). Queste definizioni non sono standardizzate tra gli strumenti.

Gli strumenti di screening non sono diagnostici e vengono utilizzati per evidenziare la necessità di una segnalazione ad altri servizi o di un'ulteriore valutazione. Sebbene richiedano ulteriori test, possono aiutare i professionisti della salute e dell'assistenza sociale a fornire un approccio sistematico e obiettivo al processo decisionale. Sono necessari formazione, supervisione e supporto del personale per disporre di un sistema in grado di gestire i problemi in modo sensibile ed efficace. (McCarthy et al., 2017).

5. LO SCREENING È UN PROCESSO

Un programma di screening è un percorso che inizia identificando le persone idonee allo screening e si interrompe quando vengono riportati i risultati. Un programma di screening è efficace solo se vengono realizzate tutte le fasi del percorso di screening. (OMS, 2020)
Passaggi essenziali in un percorso di screening semplificato:

- Identificare la popolazione da sottoporre a screening sulla base delle migliori evidenze
- Invito a partecipare fornendo informazioni su misura per i diversi gruppi, per consentire la scelta informata di partecipare
- Condurre test di screening utilizzando metodi concordati

- Riferire tutti i risultati positivi allo screening a servizi appropriati e assicurarsi che i negativi siano riportati agli individui
- Intervento, trattamento e follow-up: Intervenire o trattare i casi in modo appropriato. In alcune condizioni potrebbe essere necessaria anche la sorveglianza o il follow-up.
- Restituzione degli esiti: raccogliere, analizzare e riferire sugli esiti per identificare i falsi negativi e migliorare l'efficacia e l'economicità del programma di screening.

(Modificato da: OMS, 2020)

Come conclusioni generali Perel-Levin (2008) afferma: “Lo screening è un primo passo. Quando si sospetta un abuso sugli anziani, devono seguire un'ulteriore valutazione e riferimenti appropriati. I rinvii e il contatto continuo con il terzo settore devono essere parti del processo. Per sostenere l'attuazione di un programma di screening di successo devono essere messe in atto procedure e meccanismi formali e chiari, revisioni periodiche dei casi, sviluppo del personale tra pari e pratica di riflessione regolare”.

6. Perché fare screening per gli abusi sugli anziani?

Gli studi mostrano che la percentuale di abusi identificata da professionisti utilizzando strumenti strutturati di screening è più elevata di quella riscontrata negli studi di prevalenza (Cohen M., 2011). Ci sono ragioni convincenti per esaminare gli abusi sugli anziani. L'evidenza della letteratura scientifica mostra che l'abuso in età avanzata è legato a impatti negativi sulla salute.

È stato riportato che le persone anziane abusate sono esposte a:

- a maggiori rischi di mortalità (Lachs MS et al, 2018; Mouton CP, 2003; Dong XinQi et al. 2009; Dong XQ et al 2011; Schofield MJ et al, 2013)
- maggiori probabilità di esperienza di disabilità (Cooper C. et al 2006; Schofield MJ et al. 2013)
- rischio di ospedalizzazione (Dong & Simon, 2013)
- di collocamento in casa di cura (Lachs et al. 2002)
- pensieri suicidi e tentativi (Barron, 2007; Lazenbatt A. et al. 2010; Olofsson et al. 2012)
- dolore cronico, problemi polmonari, ossei o articolari, sindrome metabolica, sintomi gastrointestinali e stress, depressione o ansia (Bitondo-Dyer C. et al. al. 2000; Fisher & Regan, 2006; Lazenbatt et al., 2010; Fisher et al., 2011; Dong et al. 2013)
- evidenti lesioni traumatiche e dolore. Una revisione di Murphy et al (2013) ha esaminato diverse lesioni, ad esempio lesioni dentali, al collo e al cranio e cerebrali.

I servizi sanitari e di assistenza sociale possono essere gli unici contesti in cui le persone anziane vengono viste e hanno contatti con gli altri. Questa può essere una preziosa



opportunità per rilevare gli abusi e un'opportunità per le vittime di rivelare e ricevere supporto e assistenza. Se individuate con sufficiente anticipo, alle vittime di abusi sugli anziani può essere offerta l'opportunità di un intervento e di contribuire a ridurre i rischi a cui possono essere esposte. Ciò può impedire il verificarsi di gravi danni o addirittura salvare vite umane. Gli episodi che possono sembrare relativamente lievi possono avere un effetto debilitante e di lunga durata sulle persone anziane. Potrebbe non essere possibile per una persona anziana riprendersi e "andare avanti" nel modo in cui potrebbe farlo una persona più giovane. (McCarthy et al. 2017).

I casi di abuso sugli anziani spesso non vengono identificati e non vengono segnalati dagli operatori sanitari (Cooper et al. 2009). Le ragioni più comuni per la mancata segnalazione includono diversi livelli di comprensione dell'abuso sugli anziani da parte degli operatori sanitari; formazione inadeguata sui segni di abuso sugli anziani, in particolare l'abuso finanziario; accesso limitato a strumenti standard di screening e valutazione; e supporto organizzativo inadeguato per aiutare la segnalazione di casi identificati di abuso sugli anziani (Brijnath et al. 2020)

7. BARRIERE ALLO SCREENING

Un sospetto abuso agli anziani può creare un lavoro aggiuntivo significativo e spingere l'operatore sanitario in un mondo con cui probabilmente non ha familiarità (obblighi di segnalazione, il mondo dei servizi di protezione degli adulti e il sistema di giustizia penale).

Gli operatori possono essere scettici sulla possibilità di apportare un cambiamento una volta identificato e segnalato l'abuso sugli anziani. Mancanza di tempo, mancanza di conoscenza, mancanza di fiducia che ci siano risorse e sistemi adeguati ad affrontare potenziali abusi sugli anziani, trovare una privacy sufficiente per porre le domande sensibili sull'abuso e mancanza di abilità nel suscitare segnalazioni di atti o situazioni abusive possono essere ostacoli al processo di screening (Rosen et al. 2016). Gli strumenti di screening che richiedono più di un'ora per la somministrazione incontrano una maggiore resistenza che riduce la qualità dello screening (Yaffe et al. 2008).

Schmeidel et al. (2012) hanno studiato gli ostacoli al rilevamento e alla segnalazione di abusi sugli anziani. Hanno analizzato le dichiarazioni dei partecipanti allo studio e hanno individuato cinque categorie principali in cui è possibile raggruppare la maggior parte delle affermazioni:

Orientamento professionale:

infermieri, medici e assistenti sociali affrontano ciascuno l'abuso sugli anziani con valori diversi che hanno sviluppato nei loro anni di pratica. Gli infermieri hanno espresso passione per la cura dei loro pazienti e la prevenzione e l'individuazione degli abusi sugli anziani. Inoltre hanno riferito di voler cercare altre spiegazioni oltre all'abuso sugli anziani per



spiegare perché i loro pazienti non stanno bene. Pensano che il medico dovrebbe esaminarlo e segnalarlo.

I maggiori ostacoli riscontrati tra i medici riguardano l'insieme delle altre priorità a cui erano altrimenti interessati. A causa dei loro orari limitati, i medici tendono a dare la priorità a ciò di cui si sentono più preoccupati e a proprio agio nel trattare. Coloro che hanno riscontrato abusi, avrebbero voluto che gli assistenti sociali indagassero e affrontassero il problema in quanto "esperti". Hanno cercato "alti sospetti" e "informazioni sufficienti" per denunciare.

Valutazione:

la valutazione dell'abuso sugli anziani è una delle principali barriere pratiche che molti operatori hanno trovato difficile da superare con le risorse a loro disposizione. Uno dei problemi più comunemente citati è inoltre la mancanza di tempo. Medici e infermieri hanno affermato di dover dare la priorità a ciò che poteva adattarsi meglio al tempo limitato a loro disposizione e molto spesso l'abuso sugli anziani non rientrava in cima a quella lista di priorità. Se sospettano un abuso, non hanno abbastanza tempo per raccogliere prove sufficienti a sostegno della segnalazione. Un altro dei problemi segnalati era quello della privacy: gli assistenti sociali sembravano più a loro agio nel chiedere ai tutori e alla famiglia di lasciare la stanza, ma infermieri e medici hanno notato la difficoltà di individuare in ogni visita spazi di confidenzialità. Molti infermieri ritengono che sia quasi impossibile rilevare un abuso nel contesto di una visita *una-tantum*.

Interpretazione:

Molti operatori hanno evidenziato difficoltà rispetto agli aspetti legali connessi alla pratica clinica. Risulta difficile per medici e assistenti sociali interpretare se il paziente che è stato abusato o trascurato fosse un adulto dipendente. Se una persona sceglie di vivere in questo modo, la domanda è se una persona è competente o se il suo processo decisionale è compromesso. Comprendere il livello di competenza è una questione importante ai fini della segnalazione.

Sistemi:

Relativamente alla denuncia di un sospetto abuso, esistono due sistemi: uno interno di al servizio e uno esterno. La presenza di protocolli precisi per segnalare gli abusi sugli anziani internamente al servizio sono, a parere degli operatori, cruciali. Gli infermieri sembrano generalmente ignorare l'esistenza di protocolli in ambito ospedaliero e preferiscono riferire il sospetto abuso al medico e/o all'assistente sociale. Ci sono state anche esperienze e risultati frustranti dalla segnalazione perché il sistema esterno sembrava essere sottofinanziato e oberato di lavoro.

Conoscenza e formazione:

Infermieri e medici hanno dichiarato di essere meno formati sugli abusi agli anziani rispetto agli assistenti sociali. Al contempo, anche gli assistenti sociali hanno affermato che i sanitari dovrebbero aumentare la propria consapevolezza sull'abuso sugli anziani. Secondo i professionisti la loro formazione sul tema era inadeguata e poco pratica per avvicinare un anziano sospettato di abuso. Molti vorrebbero avere più formazione basata sui casi. Alcuni medici e infermieri hanno mostrato inesattezze nelle loro conoscenze sull'abuso sugli anziani. La maggior parte dei medici ha sostenuto di ritenere raro l'abuso sugli anziani. La maggior parte degli infermieri non era a conoscenza di molte delle leggi che circondano la riservatezza, l'anonimato e la responsabilità personale per la segnalazione, nonché chi dovrebbe essere il soggetto segnalante. Nella discussione è emersa incertezza su cosa prevedano le norme sugli obblighi di denuncia.

Raramente l'abuso è auto-segnalato dalle persone anziane stesse. L'identificazione degli abusi sugli anziani può essere effettuata sulla base di indicatori che sollevano il sospetto di abuso. Gli indicatori possono essere sintomi o segni osservati del comportamento della persona anziana o del caregiver e/o basati su lesioni fisiche (marcatori medici). L'identificazione dei fattori di rischio associati al potenziale abuso sugli anziani può consentire ai professionisti di intervenire in una fase iniziale e impedire che l'abuso continui. Sebbene esistano fattori di rischio accertati per l'abuso sugli anziani, la valutazione non dovrebbe essere guidata solo dai fattori di rischio. La violenza può verificarsi e colpire le persone in qualsiasi circostanza. Pertanto, la valutazione di routine per l'abuso sugli anziani è raccomandata per tutti i pazienti. (Pickering et al., 2016)

8. REQUISITI MINIMI PER AFFRONTARE IL TEMA DELL' ABUSO

I professionisti dovrebbero essere formati per porre domande nel modo giusto, ad esempio:

- sicurezza, rispetto, sensibilità, iniziativa, utilizzo di un linguaggio non minaccioso
- sviluppo del rapporto tra professionista e persona intervistata
- atteggiamento empatico e non giudicante
- Introduzione: *“Vorrei farle alcune domande sugli eventi che possono accadere nella vita delle persone anziane.”*

I professionisti dovrebbero essere formati

- Ad utilizzare lo strumento
- Sull'abuso alle donne anziane/abuso sugli anziani, dinamiche, supporti disponibili, valutazione del rischio, pianificazione della sicurezza



I professionisti dovrebbero conoscere le procedure pratiche, ad esempio dovrebbero esserci:

- linee guida scritte su come utilizzare lo strumento di screening
- linee guida scritte su cosa fare dopo un eventuale sospetto di abuso emerso dallo screening
- pratiche concordate nel proprio contesto lavorativo
- un modello di lavoro multiprofessionale e multi-agenzia
- possibilità di supporto e consultazione per i professionisti
- efficace supervisione del personale

9. COMPLESSITÀ DELLO SCREENING PER L'ABUSO SUGLI ANZIANI

Lo screening per l'abuso sugli anziani è definito come un processo di raccolta di informazioni su esperienze di abuso in una relazione di cura o familiare da adulti anziani o vulnerabili che non hanno segni evidenti di abuso, come ad esempio lesioni fisiche. La logica per lo screening tra gli individui asintomatici per violenza domestica e l'abuso e l'abbandono degli anziani e degli adulti vulnerabili è che esso potrebbe identificare abusi non altrimenti noti, prevenire il verificarsi di abusi futuri e ridurre la morbilità e la mortalità.

Una pietra angolare di uno screening efficace è lo sviluppo di misure di screening valide e affidabili con un errore di misurazione basso. Questo si è rivelato un compito impegnativo, non solo per questioni metodologiche (come ad esempio l'assenza di un *gold standard* per la creazione/convalida di queste misurazioni), ma perché l'abuso sugli anziani, come altre forme di violenza familiare e interpersonale, è un fenomeno in gran parte nascosto, che si verifica in casa o nelle strutture, di solito senza testimoni. A causa della paura, dell'intimidazione e della mancanza di supporto, molte persone non rivelano abusi a meno che non vengano interrogati direttamente, e molti che sono interrogati direttamente non lo rivelano. Le vittime sono spesso riluttanti a rivelare l'abuso a causa della vergogna o della paura di essere giudicate, dell'incapacità di identificare il comportamento come abusivo, della dipendenza dall'aggressore o della sensazione che l'abuso sia colpa loro. (Schofield Margot J. 2017). Anche le barriere culturali e linguistiche possono ostacolare la divulgazione di abusi. (Lachs e Pillemer, 2015).

La prevenzione, l'identificazione e l'interruzione degli abusi sono importanti per evitare gravi esiti di salute sia a breve che a lungo termine. (Nelson et al. 2012). Lo screening è considerato particolarmente importante per problemi con gravi implicazioni per la salute e dove i tassi complessivi di identificazione sono considerati bassi. Questo è certamente il caso dell'abuso e dell'abbandono sugli anziani (Schofield, 2017).

Ci sono molte complessità nella questione dello screening per gli abusi sugli anziani. L'abuso sugli anziani di per sé è un problema complesso e lo screening degli abusi sugli anziani è multiforme. Non è realistico classificare semplicemente le persone come abusate o come non



abusate. Nella pratica clinica, gli esseri umani non si inseriscono perfettamente in un concetto di sensibilità e specificità di efficacia. (Cohen, 2011).

Le molte facce dell'abuso sugli anziani aggiungono ulteriore complessità. Mentre le forme di abuso fisico, sessuale e, in una certa misura, finanziario sono più facilmente misurabili e verificabili, altre forme come l'abuso psicologico, emotivo, verbale, la coercizione, l'abbandono e la negligenza sono molto più difficili da verificare e anche da essere comprese per l'anziano. Eppure, queste sono le forme più diffuse di abuso sugli anziani. C'è una chiara necessità di migliorare l'identificazione di queste forme di abuso più nascoste poiché la ricerca ha dimostrato un notevole impatto sulla salute dell'abuso e dell'abbandono. (Schofield, 2017)

L'abuso e l'abbandono degli anziani sono molto eterogenei; gli indicatori medici dovrebbero essere visti nel contesto della casa, della famiglia, degli operatori sanitari, della capacità decisionale e degli ambienti istituzionali. (National Institute of Justice, 2000)

L'identificazione degli abusi non è chiara. La sua diagnosi è per lo più incerta, il che aumenta la paura dei professionisti di poter fare più danni intraprendendo qualsiasi azione. (Wiglesworth A. et al 2009). Lo screening e l'uso di strumenti di screening possono aiutare a rilevare abusi e negligenze, ma questi devono essere gestiti con sensibilità dal professionista che utilizza lo strumento. Senza un approccio sensibile e accettabile, le persone anziane hanno meno probabilità di rivelare un abuso (o rispondere in modo accurato). I professionisti non devono solo identificare gli abusi, ma devono anche essere in grado di fornire ulteriore screening, follow-up o rinvii ad altre agenzie, nonché interventi e supporto. (McCarthy et al. 2017)

Non sembrano esserci prove a sostegno del fatto che lo screening e la diagnosi precoce dell'abuso e della negligenza sugli anziani riducano l'esposizione all'abuso o ai danni fisici o mentali causati dall'abuso. Non è chiaro se l'utilizzo di protocolli di screening specifici riduca l'incidenza o l'impatto dell'abuso sugli anziani più del semplice fatto di avere una soglia di sospetto generalmente aumentata. (Hoover & Polson M, 2014). La United States Preventive Services Task Force (2018) afferma che "le prove attuali sono insufficienti per valutare l'equilibrio tra benefici e danni dello screening di tutti gli anziani o gli adulti vulnerabili (per disabilità fisiche o mentali) per abuso e abbandono".

La dichiarazione della Task Force dei servizi preventivi degli Stati Uniti si basa sulla revisione delle prove sullo screening e sugli interventi per la violenza da partner intimi (IPV), l'abuso sugli anziani e l'abuso sugli adulti vulnerabili di Feltner et al. 2018. Gli studiosi hanno posto cinque domande chiave per la valutazione: 1) Benefici dello screening per IPV; 2) Accuratezza dello screening per IPV; 3) Danni dello screening per IPV; 4) Efficacia degli Interventi; 5) Danni degli interventi. Hanno concluso che è probabile che lo screening e gli interventi per la popolazione anziana siano diversi da quelli per l'IPV a causa della natura dell'abuso, ad esempio i diversi rapporti con l'autore del reato. Inoltre, alcuni adulti anziani e vulnerabili potrebbero non avere sufficienti capacità fisiche, mentali o finanziarie per



impegnarsi nello screening. Altre sfide possono includere i requisiti legali relativi alla segnalazione, le condizioni mediche di base dei pazienti (ad esempio, deterioramento cognitivo) e la dipendenza dal perpetratore per l'assistenza e l'accesso alle cure mediche. In questi casi, gli strumenti di screening potrebbero essere mirati ai caregiver.

Le singole organizzazioni professionali possono fornire opinioni diverse e raccomandare screening o indagini di routine. Ad esempio, negli Stati Uniti la Joint Commission, il National Center on Elder Abuse, la National Academy of Sciences e l'American Academy of Neurology raccomandano lo screening di routine. L'American Medical Association raccomanda un'indagine di routine. L'identificazione e l'intervento nell'abuso sono considerati da molti una responsabilità professionale per i medici e può essere un requisito di accreditamento per gli ospedali. L'Università del Maine Center on Aging, Maine Partners for Elder Protection raccomanda lo screening una o due volte l'anno. (Hoover & Polson, 2014).

Come menzionato nel Capitolo 1, molti problemi di salute e le loro complessità in età avanzata possono imitare e sovrapporsi ai sintomi di abuso con conseguente riluttanza tra i professionisti a farsi coinvolgere poiché potrebbero temere potenziali errori di giudizio nel determinare se l'abuso possa essersi verificato o meno, o che un intervento potrebbe essere più dannoso che benefico (Cohen, 2011). L'alto carico di malattie croniche nelle persone anziane, così come gli effetti collaterali dei farmaci, creano sia risultati falsi negativi (p. es., fratture attribuite erroneamente all'osteoporosi) sia risultati falsi positivi (p. es., lividi spontanei attribuiti erroneamente ad abuso fisico) nella valutazione. (Lachs e Pillemer, 2015).

Ad esempio, i lividi possono essere dovuti a dosi elevate di anticoagulanti. (Wiglesworth et al. 2009). La malnutrizione, che può essere dovuta alla negligenza, può anche essere causata da una serie di cambiamenti fisici e psicologici e legati all'età, molti dei quali non identificabili. (Pickering, 2014). Distinguere le condizioni causate da abuso o negligenza da condizioni causate da altri fattori può essere complesso. Anche la distinzione tra lesioni non intenzionali e intenzionali e tra malattie che si sono verificate nonostante le cure adeguate o a causa di negligenza richiede tempo. (Gibbs, 2014).

Le pratiche di screening sono considerate utili solo se portano a una segnalazione e ad un trattamento efficaci. Pochissime ricerche hanno affrontato questa quesitone. La maggior parte degli studi di screening per l'abuso sugli anziani non riporta il follow-up di coloro identificati come a rischio, ad eccezione degli studi sui casi sospetti segnalati alle autorità come i Servizi di protezione degli adulti. Vengono riportate le azioni intraprese per ridurre l'esposizione all'abuso o alla negligenza, ma i risultati effettivi sulla salute non sono adeguatamente misurati (Schofield, 2017). Inoltre, secondo la maggior parte degli studi, gli interventi non hanno avuto alcun effetto sull'abuso e potrebbero aver persino aumentato il rischio di essere vittime di ulteriori abusi in futuro. Ciò suggerisce che il percorso dall'identificazione del rischio al miglioramento dei risultati è irto di molte difficoltà e richiede approcci più innovativi. C'è una chiara necessità di programmi di intervento, poiché



la normativa da sola è insufficiente per affrontare questo complesso problema sociale e ha il potenziale per creare danni oltre che benefici. (Ibidem).

10. VANTAGGI DELLO SCREENING

Gli studi mostrano che, sebbene sia importante essere consapevoli che ciò potrebbe includere anche una quota di falsi positivi, l'identificazione di possibili vittime di abusi da parte di professionisti utilizzando strumenti strutturati ha fatto emergere tassi di abuso superiori a quelli riscontrati negli studi di prevalenza (Yaffe 2008; Cohen et al. 2007).

Da parte di alcuni studiosi è stato suggerito che, piuttosto che essere un intervento neutro, lo screening abbia un effetto indipendentemente dal fatto che venga poi seguito da un trattamento o da qualsiasi altro intervento. Avere la propria esperienza validata ed essere supportati da un operatore sociale o sanitario in relazione all'abuso può alterare il modo in cui una persona vede la propria situazione. Ci sono prove da studi sperimentali che lo screening stesso abbia un effetto terapeutico (come anche altri interventi). Tuttavia, non si deve presumere che, se lo screening ha un effetto, esso sarà invariabilmente positivo. (Spangaro et al. 2009).

Una comunicazione chiara può aiutare una persona anziana a comprendere il processo di segnalazione e gli eventi che possono seguire. È importante notare che non è stata ad oggi effettuata alcuna ricerca sui rischi per la sicurezza delle vittime dopo che ne è stato denunciato l'abuso, pertanto non è consigliabile informare la famiglia e/o il sospetto autore che verrà effettuata una segnalazione. (Pickering et al. 2014). La valutazione di routine per l'abuso sugli anziani utilizzando uno strumento basato sull'evidenza, valido e affidabile può aumentare i tassi di identificazione e le relative denunce. (Ibid.)

11. LIMITI DELLO SCREENING

Attualmente non esiste un *gold standard* per lo screening degli abusi sugli anziani. Uno screening positivo per l'abuso sugli anziani non significa che si possa avere la certezza che si stia verificando un abuso, ma indica che dovrebbero essere raccolte ulteriori informazioni. (Centro nazionale sugli abusi sugli anziani 2016). Lo screening non è accurato al 100%; non fornisce certezza ma solo probabilità che una persona sia a rischio (o esente da rischio) dalla condizione di interesse. (OMS, 2020)

L'abuso sugli anziani è complesso e ha molteplici dimensioni. Queste includono il tipo di abuso, i fattori di rischio e il livello di rischio, la natura della relazione tra la vittima e l'autore e la presenza o assenza di fattori di rischio. Di conseguenza, i bisogni delle persone anziane



abusate che subiscono abusi variano, poiché ogni insieme di circostanze invoca un diverso insieme di risposte. È del tutto improbabile che un intervento sia appropriato per tutte le persone anziane vittime di abuso. (Spangaro et al. 2009).

La ricerca sulla violenza familiare ha sollevato preoccupazioni sui possibili effetti negativi dello screening, compresa la vendetta per aver rivelato abusi, il disagio psicologico, conflitti familiari e, nelle famiglie più anziane, il rischio che una persona venga trasferita da casa alle strutture di assistenza. (MacMillan et al. 2009).

A causa della dipendenza della persona anziana da chi si occupa di lei, è possibile che lo screening possa mettere la persona anziana a maggior rischio. Ad esempio, i questionari che vengono inviati per posta possono essere aperti senza permesso dall'assistente. La presenza di operatori assistenziali o caregiver familiari può anche rendere difficile lo svolgimento dello screening a casa o in ambito sanitario. Sebbene nessuno studio abbia specificamente cercato di esaminare questa questione, sono disponibili pochissime prove di danni effettivi causati dallo screening sugli anziani. (Schonfield, 2017)

Le revisioni sistematiche di Nelson et al (2004, 2012) hanno suggerito che il potenziale di danno è piccolo, ma può includere vergogna, senso di colpa, paura di ritorsioni o abbandono da parte degli autori di violenza e angoscia causata da risultati falsi positivi. Sono necessarie ulteriori ricerche per affrontare questo tema così importante.

Van Royen et al (2020) hanno notato, nella loro revisione completa degli strumenti e degli interventi di valutazione dell'abuso sugli anziani, che la maggior parte delle indagini non ha affrontato i potenziali effetti collaterali dell'affrontare e prevenire gli abusi (prevenzione quaternaria). Questi effetti collaterali possono includere, ad esempio, una valutazione del rischio inappropriata, violazione della riservatezza, violazione della privacy, danneggiamento del rapporto tra vittima e aggressore e fallimento del piano di sicurezza. Manca la presa in considerazione delle prospettive delle persone anziane (maltrattate) e dei caregiver nello sviluppo di strumenti di valutazione e protocolli di intervento. Cimino-Fiallos e Rosen (2021) sottolineano che uno degli effetti collaterali dello screening è che se un caregiver è accusato ingiustamente di abuso, potrebbe diventare più riluttante a cercare supporto sociale o sanitario in futuro.

12. COMPROMISSIONE COGNITIVA E SCREENING

Rilevare l'abuso di persone anziane con demenza è ancora più difficile a causa della presenza di compromissione cognitiva poiché le persone colpite potrebbero non essere in grado di comprendere e/o raccontare ciò che sta loro accadendo. Gli strumenti generali di screening dell'abuso sugli anziani non sono appropriati per l'uso con persone con demenza in quanto si basano sulla capacità della persona anziana di rispondere in modo esauriente alle domande. Si registrerebbe infatti affidabilità dei dati auto-segnalati da questo gruppo ma, al



contempo, al potenziale *bias* derivante dal chiedere alle persone che si prendono cura della persona anziana con demenza di riferire di un loro eventuale comportamento abusivo nei confronti dell'assistito. Questa è un'area in cui è pertanto necessario esplorare metodi di valutazione alternativi. Esistono numerosi approcci e tecniche che i professionisti dei settori sociale e sanitario possono utilizzare con le persone anziane con demenza e con coloro che li assistono. (Downes et al. 2013).

È difficile per gli operatori porre domande sull'abuso agli assistenti, formali o informali, poiché rischiano di peggiorare la situazione o indurli ad isolare la vittima. Potrebbe essere utile adottare delle tecniche di intervista in cui partire da eventuali difficoltà nel prendersi cura della persona anziana con demenza e su eventuali sentimenti e frustrazioni che possono avere riguardo al proprio ruolo di cura, prima di procedere a domande dirette sull'abuso.

Gli assistenti che mostrano segni di ansia o depressione o che menzionano comportamenti difficili dell'assistito dovrebbero allertare i professionisti a riscontrare segni di abuso. I sintomi secondari della demenza, come l'aggressività, sono particolarmente impegnativi per chi assiste e c'è la probabilità che siano correlati ad abusi fisici o psicologici. (Wiglesworth et al. 2019).

Si ritiene che gli strumenti di screening che si basano sulla valutazione dell'abuso da parte degli operatori sanitari, possano essere più utili di altri metodi quando non è possibile interrogare direttamente la persona anziana con demenza. Con questo approccio, può essere condotta una valutazione multidisciplinare in caso di sospetto abuso al fine di valutare i segnali di allarme per determinare se sono indicativi di abuso o dovuti al decorso naturale di una malattia. Nel corso di una valutazione, un operatore sanitario o sociale può osservare le interazioni tra la persona anziana e il caregiver formale o informale, parlare con altri membri della famiglia e stabilire quali modelli di cura vengano adottati. Gli operatori sanitari dovrebbero essere dotati sia delle conoscenze che degli strumenti per riconoscere i segnali di allarme di abuso in questo gruppo. (Downes et al. 2013)

Gli operatori sanitari che entrano abitualmente in contatto con le persone anziane e i loro assistenti hanno un ruolo significativo da svolgere nell'individuare gli abusi. Tuttavia, nessuno strumento di screening degli abusi è stato sviluppato o convalidato per l'uso con persone anziane con demenza, pertanto si raccomanda uno screening di routine e sensibile per l'abuso sugli anziani nelle persone con demenza. Combinare domande non strutturate sull'abuso con valutazioni di routine con le persone anziane con demenza e i loro assistenti è possibile fornire opportunità sia agli autori che alle vittime di denunciare gli abusi. (Downes et al. 2013)

Van Royen et al (2020) hanno notato nella loro revisione che è necessario uno strumento di screening specifico per l'abuso sugli anziani nelle persone con demenza. Questo strumento dovrebbe catturare le caratteristiche specifiche dell'abuso che coinvolge persone anziane con diversi stadi di demenza. Gli operatori socio-sanitari dovrebbero essere formati sulla natura e sulla prognosi della demenza e, quando forniscono assistenza domiciliare, dovrebbero



prestare attenzione al potenziale rischio correlato ai sintomi associati ai diversi stadi della demenza. Inoltre, gli strumenti di valutazione dovrebbero includere chiari percorsi di riferimento su cosa fare quando viene rilevato un potenziale abuso: quando segnalare, chi contattare e come coinvolgere la persona anziana nel processo di riferimento. Un percorso operativo chiaro è un requisito importante per i futuri strumenti di valutazione sviluppati.

13. Follow-up dello screening dell'abuso sugli anziani

Dato che molti abusi sugli anziani coinvolgono importanti relazioni familiari e la maggior parte degli abusi coinvolge abusi psicologici e abbandono, c'è bisogno di un maggiore sviluppo di approcci psicologici e terapeutici per cambiare le dinamiche relazionali potenzialmente dannose. Gli oneri dell'assistenza possono esacerbare dinamiche relazionali di vecchia data, nonché favorire nuovi problemi, ed è necessario distinguere tra queste situazioni. Mentre c'è stato un notevole sviluppo di approcci terapeutici per la violenza da parte dei partner intimi, c'è poco sviluppo di approcci all'abuso sugli anziani che possono aiutare a preservare gli aspetti positivi della relazione di cura con le vittime. Gli approcci fino ad oggi si sono in gran parte concentrati su interventi strutturali come il collocamento della persona abusata in strutture assistenziali o la fornitura di servizi infermieristici e di assistenza domiciliare. (Schofield, 2017)

Sono stati identificati tipi di interventi per le vittime di violenza da parte dei partner intimi che possono aiutare a ridurre il rischio e migliorare i risultati, e vale la pena considerare come questi approcci potrebbero essere applicati all'abuso sugli anziani. L'intervento più comune è il rinvio a servizi territoriali come supporto psicologico, servizi legali, alloggi alternativi e servizi di assistenza sociale, e possono essere utili strategie di empowerment come gruppi di supporto, formazione e sostegno da parte del volontariato. L'equivalente dei servizi dedicati alla violenza domestica non è attualmente disponibile per coloro che subiscono abusi sugli anziani e la loro maggiore dipendenza rende difficile la ricerca di servizi di supporto. (Ibidem).

Le visite domiciliari da parte di operatori professionali potrebbero essere ampliate per fornire interventi più preventivi e di supporto per assistere coloro che vivono a casa. Il supporto sociale è un elemento critico di qualsiasi assistenza e deve essere fornito in modo continuativo per essere efficace.

Un tipo di approccio consiste nell'offrire programmi per affrontare i fattori di rischio del caregiver familiare o professionale abusivo. Questi possono includere consulenza, interventi di gruppo, accesso a servizi di sollievo, programmi terapeutici per chi abusa di sostanze e servizi di supporto telefonico. La consulenza individuale può essere utile per ridurre l'ansia, lo stress e la depressione nel caregiver e i metodi cognitivo-comportamentali possono essere



utilizzati per educare il caregiver sulle ragioni del comportamento di una persona dipendente, sui suoi bisogni e sui limiti allo sviluppo. (Ibidem).

14. Contesto in cui sono stati applicati gli strumenti di screening nel progetto SAVE

Diversi strumenti di screening degli abusi sugli anziani sono stati utilizzati in vari contesti sanitari. Di seguito sono presentate le motivazioni di base per lo screening in determinati contesti e i risultati dei relativi studi. Questo elenco non è esaustivo. Anche altri specialisti sanitari come chirurghi ortopedici, optometristi, chirurghi plastici e dermatologi possono essere efficaci nello screening per l'abuso sugli anziani. (National Center on Elder Abuse 2016).

Gli anziani sono visti nelle strutture di assistenza primaria per condizioni comuni associate all'invecchiamento. Pertanto, le strutture di assistenza primaria possono fornire una preziosa opportunità per lo screening degli abusi sugli anziani. Pickering et al. (2016) suggeriscono che i professionisti che lavorano nell'assistenza sanitaria a domicilio hanno una posizione vantaggiosa per identificare e segnalare l'abuso e l'abbandono sugli anziani perché osservano direttamente la maggior parte dei criteri di valutazione. Inoltre, si tratta di un contesto importante per la valutazione dell'abuso sugli anziani poiché gli anziani ricevono sempre più servizi a domicilio.

Gli anziani che soffrono di maltrattamenti hanno maggiori probabilità di presentarsi al Pronto Soccorso (PS), essere ricoverati in ospedale e collocati in una casa di cura. La ricerca disponibile suggerisce che le vittime di maltrattamenti agli anziani hanno meno probabilità di ricevere assistenza sanitaria di base rispetto ad altri anziani, ma ricevono più frequentemente cure in emergenza. (Rosen T et al. 2020). I PS svolgono un ruolo importante perché quando gli anziani si interfacciano con questi servizi i sanitari del pronto soccorso possono essere in grado di riconoscere e identificare gli abusi (Phelan, 2012; Rosen et al. 2016; Rosen et al. 2020).

Il PS è un ambiente particolarmente importante in termini di abuso sugli anziani, poiché la conseguenza dell'abuso può essere un motivo di accesso e il primo punto di contatto con i servizi formali. Tuttavia, il personale in pronto soccorso sembra essere più frequentemente sensibile ai temi relativi alla protezione dei bambini rispetto agli abusi sugli anziani. Ciò può essere dovuto a una riluttanza della società a interferire nella vita privata delle famiglie quando non esiste un imperativo legislativo, come gli obblighi di tutela per i minori. Pertanto, è richiesta un'attenta considerazione quando le persone anziane frequentano il PS, con particolare attenzione alla valutazione dei dati oggettivi e soggettivi in termini di manifestazioni e potenziali indicatori di abuso. L'utilizzo di alcuni strumenti di screening non è realistico in PS a causa del tempo necessario per il completamento o della mancanza



di validazione del punto di vista psicometrico. Il fatto che i PS siano ambienti molto affollati in cui il personale è sotto pressione per valutare, trattare e segnalare gli utenti ad altri servizi è una limitazione all'uso di questi strumenti. (Phelan 2012)

Le strutture di assistenza a lungo termine, comprese le case di cura e le case residenza, presentano opportunità per lo screening e l'individuazione degli abusi sugli anziani. Cohen (2011) indica che gli studi hanno scoperto che i dati sulla prevalenza di abuso o abbandono negli istituti di assistenza a lungo termine mancano, in parte, a causa di procedure inadeguate per la sua valutazione e identificazione. Sebbene molti strumenti siano stati suggeriti e testati per l'uso nel contesto dell'assistenza a lungo termine, devono essere ulteriormente convalidati per comprendere possibili comportamenti abusivi che possono essere caratteristici delle istituzioni.

Molte delle risorse cui si è fatto riferimento in questo modulo sono per lo screening della violenza domestica vissuta dalle donne. Le stesse istruzioni possono tuttavia essere utilizzate sia per gli uomini che per le donne. Il motivo è che nella popolazione anziana ci sono anche uomini anziani vittime di violenza domestica, anche se la maggior parte delle vittime potrebbe essere donne anziane. Non è chiaro se le donne abbiano maggiori probabilità di subire abusi e abbandono a causa delle dinamiche di genere spesso alla base della violenza, a causa della demografia che fa sì che vi siano più donne che uomini, o una combinazione di entrambi. (Pickering et al, 2016.) Pillemer K, et al (2016) hanno concluso nella loro revisione che il genere è un potenziale fattore di rischio per l'abuso.

Nel progetto SAVE abbiamo sperimentato tre strumenti di screening dell'abuso sugli anziani. L'Elder Abuse Suspicion Index (EASI) (Yaffe et al. 2008) è stato sviluppato nel 2002-2003 da ricerche bibliografiche, scale esistenti e tassonomie per l'abuso sugli anziani e ha attinto alla definizione di abuso sugli anziani e violenza domestica dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Comprende cinque domande che i medici devono porre ai pazienti e una domanda da completarsi da parte del medico in relazione agli indicatori di abuso osservati. La validazione è stata realizzata con un campione di 663 pazienti reclutati da medici presso due centri di medicina di base di Montreal e un centro territoriale di servizi sociali e sanitari. Un vantaggio chiave dello strumento è che è molto breve e veloce da amministrare, richiedendo circa due minuti. È stato valutato come valido in almeno sette paesi diversi dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità, 2008). Esiste anche una versione autosomministrabile per i pazienti, l'EASI-sa (Yaffe et al., 2012) e l'EASI-ltc per il contesto dell'assistenza a lungo termine (Ballard et al., 2018).

L'Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST) (Neale et al., 1991) è un questionario di 15 elementi che misura tre forme di abuso sugli anziani: violazione dei diritti personali o abuso diretto, caratteristiche di vulnerabilità e situazioni di potenziale abuso. È stato sviluppato da un pool di oltre 100 item provenienti da vari strumenti di screening degli abusi sugli anziani e perfezionato ai migliori 15 item. È progettato per essere somministrato mediante intervista alla persona anziana da parte di operatori sanitari in contesti clinici e



revisione delle note relative al caso. È stato utilizzato in numerosi studi e con diverse popolazioni.

La scala Vulnerability to Elder Abuse Scale (VASS) (Schofield e Mishra, 2003) è un breve questionario di 12 elementi progettato per valutare il rischio di abuso sugli anziani negli ultimi 12 mesi. Ha 4 sotto-scale di tre elementi ciascuna con opzioni di risposta sì/no ed è supportato da una valutazione psicometrica. Le sotto-scale sono Vulnerabilità, Dipendenza, Depressione e Coercizione. Dieci item sono stati adattati dal Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST), con due domande aggiuntive: "Qualcuno vicino a te ti ha insultato, umiliato o ti ha fatto sentire male di recente?" e 'Hai paura di qualcuno nella tua famiglia?'. Il VASS è progettato per l'auto-completamento da parte degli anziani.

Attività di apprendimento attivo

Una serie di esercizi che possono essere utilizzati per applicare praticamente i contenuti teorici insegnati nel modulo.

ESERCIZIO 1 - LE DOMANDE DI SCREENING COME PARTE DELLA CONVERSAZIONE

Metodo dell'esercizio: Gioco di ruolo in piccoli gruppi basato su un caso di studio

Obiettivi di apprendimento

- Essere in grado di creare un ambiente sicuro per la discussione di possibili abusi
- Imparare a utilizzare le domande di screening come parte di una conversazione sicura
- Comprendere le complessità della valutazione dei segni di possibile abuso di una persona anziana

Tempo: 40 minuti

Materiale richiesto

Per ogni piccolo gruppo:

- 2 volontari; uno svolge il ruolo di una persona anziana, l'altro il ruolo del professionista. Gli altri partecipanti svolgeranno il ruolo di osservatori.
- Copia cartacea dello scenario
- sedie
- carta e penna per tutti i partecipanti.

Istruzioni per il formatore

Prima dell'esercizio, occorre offrire la sessione teorica su cosa sia lo screening, le complessità e le sfide dello screening per l'abuso sugli anziani. Fare screening è solo fare domande? Come ottenere la fiducia di una persona anziana? Cosa devono sapere i professionisti quando chiedono il consenso di una persona anziana, presentando il questionario e ponendo domande di screening in una discussione sicura e normale con una persona anziana? Come valutare i segni di un possibile abuso?

Lo svolgimento dell'esercizio:

- Preparare il palcoscenico per il gioco di ruolo con tre sedie.
- Lo scenario 1 è il contesto del gioco di ruolo. Distribuisci una copia dello scenario con le domande per ogni piccolo gruppo. Si possono anche mostrare le domande con un power point.
- Assegnare a ogni piccolo gruppo almeno 20 minuti per la discussione di screening.
- Chiedere agli osservatori di scrivere i suoi commenti e le sue domande: cosa è stato utile e cosa meno utile nella conversazione?
- Dopo ogni gioco di ruolo in piccoli gruppi, chiedere ai partecipanti di condividere le loro riflessioni con tutto il pubblico in base alle domande generali di discussione.

Note per il formatore

Comunicare a tutti i partecipanti le regole di sicurezza: non sono ammessi giudizi o critiche nei confronti degli attori.

Domande generali di discussione

- Cosa ne pensi del compito di introdurre domande di screening in una normale discussione?
- Quali sono i principi della conversazione per conquistare la fiducia di una persona anziana?
- Quali segni possono imitare l'abuso?
- Nel caso di Sofia, quali difficoltà ci sono nel distinguere tra abuso e negligenza rispetto ad altre condizioni?
- Che tipo di conseguenze può avere lo screening per Sofia e la sua famiglia?

SCHEDA N. 1 - SCENARIO DEL CASO: 1 – SOFIA

Sofia è una donna di 85 anni che vive in una comunità alloggio. Vive lì da oltre 20 anni perché ha molte malattie croniche e alcuni problemi di salute mentale. Assume molti tipi di farmaci. Ha l'osteoporosi e deve evitare, ad esempio, di cadere per prevenire le fratture delle ossa. Sofia è magra e non ha molto appetito. Dovrebbe anche bere acqua più spesso. Ha ottenuto un pensionamento anticipato a causa delle sue patologie. Suo marito aveva una dipendenza da alcol ed a seguito di questa è morto sei mesi prima. Sofia ha sentimenti contrastanti: in qualche modo la morte di suo marito è stata un sollievo, ma si sente anche sola. Due volte la settimana Sofia riceve assistenza domiciliare per il monitoraggio della terapia. Ha difficoltà fisiche a camminare e quindi ha bisogno di aiuto per le sue attività quotidiane. Viene inoltre seguita a domicilio relativamente alla sua salute mentale. Ultimamente ha avuto anche qualche difficoltà di memoria. Ha due figli adulti che di tanto in tanto le fanno visita. Uno dei due in particolare la visita più spesso e l'aiuta con i suoi acquisti.

Un giorno, quando l'assistente domiciliare viene a controllare le condizioni e le medicine di Sofia, trova Sofia che riposa sul divano. Sofia sembra stanca e assente. Suo figlio sta lavando i piatti in cucina. L'operatore inizia a chiedere come sta Sofia. Sofia cerca di alzarsi, ma fa fatica. Mentre aiuta Sofia, l'operatore nota dei lividi sul gomito e abrasioni alle gambe. Il figlio spiega che la madre ha sbattuto mentre si alzava dal letto, e lui l'ha aiutata a sdraiarsi sul divano a riposare. L'operatore aiuta poi Sofia a fare la doccia e nota delle ulcere nella parte bassa della schiena.

L'operatore riferisce le sue osservazioni a un'assistente sociale che si reca a parlare con Sofia.

L'assistente sociale e Sofia si siedono sul divano e l'assistente inizia una conversazione sulle condizioni di Sofia. Usa le domande del modulo di screening per aiutare con la discussione e spiega che quelle domande vengono poste di routine a ciascun cliente. Ciò non significa che il figlio sia sospettato. Gli operatori sono responsabili del benessere e della sicurezza dei propri utenti; quindi, devono porre a tutti quelle domande. Sofia risponde dopo aver riflettuto a lungo su ogni domanda. L'assistente sociale se ne va e decide che la situazione di Sofia deve essere monitorata più frequentemente.

Alla visita successiva del servizio domiciliare da Sofia, il figlio è con lei. Inizia a chiedere con rabbia se è sospettato di aver abusato di sua madre. Sofia gli aveva detto qualcosa sulle domande che le erano state rivolte. L'operatore dell'assistenza domiciliare spiega che si tratta di domande di routine, che vengono poste a tutti. Il figlio si calma e l'operatore nota anche l'espressione sollevata di Sofia.

+++

Descrizione del gioco di ruolo:

L'assistente sociale entra a casa di Sofia e spiega il motivo della visita. Sofia è un po' sorpresa che sia venuta a visitarla così presto. L'assistente e Sofia si siedono sul divano e lei inizia una conversazione sulle condizioni di Sofia. Sofia dice che ha detto a suo figlio che un assistente sociale l'avrebbe visitata a causa delle condizioni in cui l'aveva trovata l'operatore del servizio domiciliare.



L'assistente sociale spiega che le domande che le farà vengono poste di routine a ciascun cliente. Ciò non significa che suo figlio sia sospettato di qualcosa. Durante la conversazione usa le domande del modulo di screening per aiutare con la discussione.

Sofia risponde dopo aver riflettuto a lungo su ogni domanda. Risponde alla prima domanda con "sì". Ha bisogno dell'aiuto dei suoi figli per la spesa, le operazioni bancarie e a volte per i pasti. Alle altre domande risponde alla fine "no". Di tanto in tanto l'assistente sociale pone ulteriori e più specifiche domande. L'assistente sociale se ne va e decide che la situazione di Sofia deve essere monitorata più frequentemente.

+++

Domande che l'assistente sociale potrebbe tentare di includere nella conversazione (secondo lo strumento EASI)

- 1) Hai avuto bisogno dell'aiuto di altre persone per uno dei seguenti: lavarsi, vestirsi, fare la spesa, fare banca o mangiare?
- 2) Qualcuno ti ha impedito di procurarti cibo, vestiti, medicine, occhiali, apparecchi acustici o cure mediche, o di stare con le persone con cui volevi stare?
- 3) Ti sei mai sentito avvilito perché qualcuno ti ha parlato in un modo che ti ha fatto vergognare o ti ha minacciato?
- 4) Qualcuno ha provato a costringerti a firmare documenti o a usare i tuoi soldi contro la tua volontà?
- 5) Qualcuno ti ha spaventato, ti ha toccato in modi che non volevi, o ti ha fatto del male fisicamente?

ESERCIZIO 2 - LO SCREENING COME PROCESSO

Metodo dell'esercizio: Gioco di ruolo in piccoli gruppi

Obiettivi di apprendimento:

- comprendere il processo di screening
- comprendere la complessità dello screening
- comprendere le conseguenze dello screening

Durata: 40 minuti

Materiale richiesto

- Ogni piccolo gruppo:
 - 2 volontari; uno interpreta il ruolo della persona anziana e l'altro quello del professionista, mentre gli altri saranno osservatori
 - Copia cartacea dello scenario
 - 2 sedie
- carta e penne per tutti i partecipanti.

Istruzioni per il formatore:

- prima dell'esercizio, occorre offrire la sessione teorica sullo screening come un processo, la complessità dello screening, benefici e limitazioni dello screening e deterioramento cognitivo e screening.
- Spiegare lo svolgimento dell'esercizio: l'esercizio segue il processo di valutazione dall'inizio alla fine. Gli scenari 1, 2 e 3 sono casi di studio diversi che presentano tutti le proprie sfide. Lo scenario 4 riunisce tutti i casi per la discussione del gruppo di lavoro.
- È possibile far prima recitare gli scenari 1, 2 e 3 come giochi di ruolo/socio-dramma, oppure è possibile sceglierne uno o due, ad esempio in base alle professioni/luoghi di lavoro dei partecipanti o a ciò a cui sono interessati. Dare a ogni piccolo gruppo 10-15 minuti per la discussione sul caso. Dopo ogni discussione in piccoli gruppi, chiedere ai partecipanti di condividere le loro riflessioni con tutto il pubblico.
- Lo scenario 4 sarà l'ultimo gioco di ruolo/socio-dramma. Dopodiché, si farà una discussione generale basata sulle domande proposte
- Preparare il palcoscenico per il gioco di ruolo con due sedie, facendo in modo che il pubblico possa vedere e sentire gli attori.
- Distribuire copia cartacea dello scenario con le domande a ogni piccolo gruppo
- Chiedere ai partecipanti al role-playing e agli osservatori di rispondere:
 - Come dovrebbe il team raccogliere i risultati in questi casi?
 - Quali sono le lezioni apprese attraverso questi casi?

SCHEDA N. 2 - SCENARIO: 1 - MARTA

Una donna di 85 anni, Marta, si è presentata al pronto soccorso con un'anca dolorante accompagnata dal figlio di 55 anni. Viene sottoposta a una radiografia che rivela che l'anca non è rotta e quindi che può tornare a casa con un po' di antidolorifici. L'infermiera responsabile della dimissione dei pazienti dall'ospedale le parla. Inizia la discussione chiedendo se riceve servizi di assistenza domiciliare. Il figlio di Marta risponde che non ne ha bisogno perché è lui ad occuparsi di lei. Marta non sembra prestare attenzione alla conversazione dell'infermiera e del figlio ma si guarda intorno un po' spaventata.

L'infermiera vuole parlare da sola con Marta e le chiede di andare in una stanza separata per le visite. Il figlio di Marta fa resistenza, dicendo che sua madre non è in grado di parlare perché ha problemi di memoria. Tuttavia, l'infermiera guida Marta nella stanza e inizia a chiederle delle sue condizioni a casa, di come si sente e se è preoccupata per qualcosa. Marta le dice che le piace stare a casa e che il suo ragazzo si occupa di lei, anche se lei capisce che è dura per lui perché non può uscire con i suoi amici quando vuole. Fortunatamente, però, alcuni compagni di scuola vengono a casa a trovarlo e possono giocare insieme. Certo, sono rumorosi, come tutti i ragazzi di quell'età, ma pazienza!

L'infermiera si interroga sulle risposte e le chiede che età abbiano i ragazzi. "Oh, vanno a scuola!", dice Marta. L'infermiera è confusa dalle parole di Marta e non è sicura a chi si riferisca e se questo sia un segno di deterioramento cognitivo. Pertanto, inizia a chiedere di più sulle condizioni di Marta a casa utilizzando alcune domande di screening. Alla maggior parte delle domande Marta risponde "Non lo so" o dà risposte che non indicano che sia vittima di abuso. Alla fine, l'infermiera decide di porre fine alla conversazione e di accompagnare Marta dal figlio.

SCHEDA N. 3 - SCENARIO: 2- LAURO

Un uomo di 72 anni, Lauro, è giunto in ospedale per un controllo medico in quanto assume diversi farmaci. Lauro si muove in modo indipendente e sembra competente nella conversazione. L'ospedale sta lavorando a un progetto per fare screening per la violenza tra le persone anziane. L'idea è di individuare persone che potrebbero aver bisogno di aiuto.

L'assistente sociale dell'ospedale va a incontrare Lauro e gli chiede se può fargli alcune domande a proposito della situazione che vive a casa, come trascorre le sue giornate, se si sente solo o qualcosa del genere. Lauro è d'accordo e l'assistente sociale gli fa le domande di screening.

L'assistente sociale inizia la conversazione. Lauro dice che vive da solo perché sua moglie è morta due anni fa. Tuttavia, non si sente solo perché spesso i suoi figli vengono a salutarlo. Tutti i suoi figli se la passano bene, anche se il marito di una di loro è disoccupato da diversi anni. Ciò ha causato preoccupazioni finanziarie alla famiglia e Lauro a volte li aiuta dando loro dei soldi. Sulla base delle risposte Lauro risulta negativo per l'abuso, tuttavia a volte sembra esitante.

L'assistente sociale interpreta l'esitazione come il fatto che Lauro rifletta attentamente sulle risposte. Quindi, l'assistente sociale ringrazia Lauro per la conversazione e saluta.

SCHEMA N. 4 - SCENARIO: 3- LEILA

Un'assistente domiciliare ha portato una donna anziana, Leila, all'ospedale perché aveva le vertigini. Era caduta e si era fatta male alla fronte sbattendo sull'angolo del tavolo. In effetti, ha una grossa protuberanza sulla fronte. L'assistente domiciliare vuole che Leila venga visitata e aggiunge che la signora vive con suo marito che ha gravi sintomi di demenza.

L'operatrice non sa dire se il marito di Leila sia coinvolto nella caduta, tuttavia, riferisce che l'uomo è sempre di buon umore e non sembra aggressivo. Al tempo stesso, aggiunge di essere preoccupata per la situazione familiare di Leila e per come gestisce la sua vita familiare. Prendersi cura di un uomo con demenza è un compito gravoso, che limita la vita di Leila. Dopo che l'anziana viene visitata alla testa, l'operatrice contatta l'assistente sociale dell'ospedale e le chiede di parlare con Leila.

L'assistente sociale inizia una conversazione con lei chiedendole il permesso di porre domande sullo strumento di screening. Leila è d'accordo. Sulla base delle sue risposte, Leila è negativa per l'abuso. Sottolinea che suo marito è sempre stato buono con lei e che i sintomi della demenza non hanno peggiorato il suo carattere. Tuttavia, poiché l'assistente sociale non è del tutto convinta delle risposte ricevute da Leila, all'ultima domanda del questionario EASI (quella rivolta all'operatore) risponde "non so".

L'assistente sociale condivide con Leila le sue preoccupazioni e le chiede di poter mandare qualcuno a farle una visita domiciliare per sicurezza. Leila è d'accordo.

DISPOSITIVO N. 5 - SCENARIO: 4 – DISCUSSIONE DI GRUPPO

L'ospedale ha un gruppo di lavoro focalizzato sulla violenza domestica che si riunisce per discutere i casi riscontrati.

L'infermiera che ha parlato con **Marta** spiega la sua situazione e dice che Marta non è stata in grado di rispondere in modo affidabile alle domande. Quindi, Marta non era eleggibile per lo screening.

I membri del team chiedono all'infermiera come ha reagito Marta a ogni domanda? Come si era comportato il figlio? Il team sta cercando di scoprire se nella discussione potessero essere emersi indizi di abusi.

La decisione sulla capacità/competenza decisionale di Marta è stata quella giusta, il che significa che non era idonea per lo screening?

A Marta è stata data l'opportunità di fare una scelta consapevole per partecipare all'intervista?

Nel caso di Marta, come si potrebbe essere sicuri che l'interpretazione della sua situazione sia corretta?

+++

Il team continua discutendo della situazione di **Lauro**. L'assistente sociale che ha discusso con Lauro riporta la discussione e racconta che l'esito dello screening è negativo. Il team esamina le risposte di Lauro domanda per domanda e si chiede se fosse ragionevole giungere alla conclusione che non abbia subito abusi.

Il caso di Lauro era un falso negativo (quindi, ha subito abusi)?

Quali conseguenze può avere l'intervista in una situazione come quella di Lauro?

E se per caso fosse effettivamente vittima di abuso ma non ottenesse aiuto a causa del risultato negativo?

Nel caso di Lauro, come si potrebbe essere sicuri che l'interpretazione della sua situazione sia corretta?

+++

Infine, il team discute il caso di **Leila**. Nonostante lo screening fosse stato negativo, l'assistente sociale aveva concluso che in effetti lei potesse star subendo violenze da parte del marito. Il caso di Leila è l'unico per cui sono disponibili informazioni su che conseguenze avesse avuto su di lei l'intervista. Infatti, il responsabile dell'assistenza domiciliare aveva informato l'équipe che Leila era molto turbata dopo la discussione. Secondo lei, il marito era stato accusato ingiustamente.

Il caso di Leila era un falso positivo (in realtà non ha subito abusi)?

Quali conseguenze può avere l'intervista in una situazione come quella di Leila?

Cosa succede se in effetti Leila non subisse abusi ma le venissero offerti servizi di cui non ritiene di aver bisogno?

Nel caso di Leila, come si potrebbe essere sicuri che l'interpretazione della sua situazione sia corretta?

BIBLIOGRAFIA

1. 1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. Understanding screening | 1800RESPECT
2. Ballard, SA, Yaffe, MJ, August, L., Cetin-Sahin, D., & Wilchesky, M. (2019). Adapting the elder abuse suspicion index© for use in long-term care: A mixed-methods Approach. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>
3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). “Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help”: frontline service providers' views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472-482.
5. Cimino-Fiallos, N & Rosen, T. (2021). Elder Abuse-A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America* 39; 405-417. <https://doi.org/10.1016/1.emc.2021.01.009>.
6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, SH, Gagin, R., & Friedman, G. (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), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, GI, & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.

11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.
13. Department of Health, (2005), Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. London
14. Dong, X., Simon, M., De Leon, CM, Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
15. Dong, XQ, Simon, MA, Beck, TT, Farran, C., McCann, JJ, De Leon, CM, ... & Evans, DA (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
16. Dong, X., & Simon, MA (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.
17. Dong, X., Chen, R., Chang, ES, & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
18. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, NA, & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
19. Dyer, CB, Pavlik, VN, Murphy, KP, & Hyman, DJ (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
20. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. [imp report 2008 04 30 d \(europa.eu\)](http://imp.report.2008.04.30.d.europa.eu).
21. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, CE, Middleton, JC, Barclay, C., ... & Jonas, DE (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(16), 1688-1701.
22. Fisher, BS, & Regan, SL (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
23. Fisher, BS, Zink, T., & Regan, SL (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
24. Gibbs, LM (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
25. Hoover, RM, & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
26. Lachs, MS, Williams, CS, O'brien, S., Pillemer, KA, & Charlson, ME (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.

- 
27. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;
 28. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
 29. MacMillan, HL, Wathen, CN, Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, LA, Worster, A., ... & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group: Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
 30. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects. [URN ISBN 978-952-00-3534-1.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3534-1)
 31. Mouton, CP (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
 32. [Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. \(2013\). A literature review of findings in physical elder abuse. Canadian Association of Radiologists Journal, 64\(1\), 10-14.](#)
 33. National Center on Elder Abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.
 34. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. US Department of Justice
 35. Neale, AV, Hwalek, MA, Scott, RO, & Stahl, C. (1991). Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).
 36. Nelson, HD, Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
 37. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358-364.
 38. Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin.
 39. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214-220.
 40. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
 41. Pickering, CE, Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
 42. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, MS (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.

- 
43. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, NE, & Platts-Mills, TF (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.
 44. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA, & Jogerst, GJ (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
 45. Schofield, MJ, & Mishra, GD (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
 46. Schofield, MJ, Powers, JR, & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
 47. Schofield, MJ (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
 48. Spangaro, J., Zwi, AB, & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.
 49. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
 50. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. [Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](#).
 51. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. [Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)
 52. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, RJ (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
 53. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
 54. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. [9789289054782-eng.pdf \(who.int\)](#)
 55. Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
 56. Wilson, JMG, Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.

- 
57. Yaffe, MJ, Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
58. Yaffe, MJ, Weiss, D., & Lithwick, M. (2012). Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(4), 277-292.

MODULO 3 - Come effettuare lo screening: Etica e privacy

Struttura del modulo

Titolo	Come effettuare lo screening: etica e privacy
Scopi e obiettivi	<p>Questo modulo esplorerà:</p> <p>Possibili questioni etiche legate allo screening (limiti alla riservatezza; obbligo di segnalazione; determinazione; persone anziane con limitazioni cognitive)</p> <p>Questioni di privacy relative allo screening: a chi possono/dovrebbero essere condivise le informazioni; come gestire i risultati dello screening</p>
Risultati dell'apprendimento	<p>Alla fine del modulo i partecipanti:</p> <p>Sapranno come raccogliere il consenso allo screening, da persone anziane legalmente competenti e incompetenti</p> <p>Sapranno come proteggere la privacy della persona anziana, durante e dopo lo screening</p> <p>Sapranno garantire accuratezza e autenticità delle informazioni raccolte</p> <p>Sapranno trattare le informazioni raccolte in relazione al proprio dovere di segnalazione</p>
Durata:	<p>3 ore</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min-1h sessione di input▪ 20 min (2x10 minuti) pause▪ 1h e ½ attività di apprendimento attivo▪ 10 minuti di tempo extra (riscaldamento, attesa dei partecipanti, risposta alle domande)
Risorse necessarie:	Lavagna a fogli mobili
Schede di lavoro:	1 e 2

Informazioni di contesto

1. OTTENERE IL CONSENSO ALLO SCREENING

In questo modulo discuteremo questioni etiche relative allo screening e gli abusi che potrebbero accadere durante questo processo.

Mancanza di consenso

Il primo tipo di abuso che potrebbe essere commesso durante un normale processo di indagine/screening è la mancanza di consenso da parte della persona intervistata. La questione, infatti, non è così semplice come sembra, considerando che:

- Il consenso può essere prestato anche in forma non verbale e
- Può esserci mancanza di consenso anche quando il relativo modulo viene firmato

Infatti, da un lato si dovrebbe considerare *come* viene fornito il consenso e, dall'altro, *per cosa* viene fornito il consenso, quali sono i suoi confini in termini di tempo e di scopo.

Come può essere fornito il consenso

Il consenso può essere fornito in diversi modi:

- Implicitamente (per esempio se la persona intervistata risponde alle domande senza opporsi)
- In modo esplicito (accettando di partecipare all'indagine / screening). In tal caso, il consenso può essere prestato:
 - Verbalmente
 - In forma scritta, anche davanti a testimoni o a un pubblico ufficiale

In linea generale, il consenso ad un'indagine di routine /screening non dovrebbe avere una forma specifica per ritenersi valido. Pertanto, potremmo dire che la modalità per acquisire il consenso da ricercare dovrebbe essere basata sull'utilità: *il consenso scritto può essere utile per dimostrare in modo univoco che la persona è effettivamente d'accordo ed è più facile da archiviare e conservare.*

Limiti del consenso

Quando si parla di limiti del consenso, ci si riferisce al fatto che, ad esempio, la persona potrebbe accettare di rispondere alle domande, ma non acconsentire al fatto che le risposte siano scritte o conservate; oppure al modo in cui i dati dovrebbero essere conservati o trattati.

Tuttavia, va tenuto presente che le informazioni raccolte, o anche solo ascoltate, nel corso di una procedura di indagine di routine o di screening potrebbero riferirsi a situazioni o reati



che implicano per l'intervistatore che, per ruolo professionale, ha tale obbligo, un obbligo di segnalazione. Pertanto, se raccogliendo il consenso dell'intervistato non vengono spiegate chiaramente le potenziali conseguenze delle sue risposte, potremmo finire per limitarne l'autonomia, l'autodeterminazione e, in definitiva, la dignità. Ciò perché la persona potrebbe essere considerata come priva della dignità di decidere se rispondere oppure no alle domande consapevoli delle possibili conseguenze delle sue risposte.

Inoltre, questo potrebbe essere considerato un rischio per la sua integrità fisica ed emotiva, poiché una rivelazione di abuso potrebbe portare a ulteriori abusi, spesso in escalation, come punizioni, ritorsioni o vendette.

Quando e come viene quindi prestato correttamente il consenso

Chi è legittimato a prestare il consenso?

La persona intervistata: di solito, la persona che partecipa allo screening/indagine di routine è la stessa che fornisce il consenso, se ha la capacità giuridica per farlo.

Tuttavia, questo potrebbe non essere il caso quando la persona non ha la capacità giuridica per farlo. Fornire un consenso, infatti, implica poter esercitare un diritto e solo chi è giuridicamente competente – e quindi ha la capacità di intendere e volere – può farlo.

D'altra parte, potremmo anche avere il caso di una persona priva di capacità giuridica ma in grado di rispondere a uno screening/indagine di routine, senza essere in grado di comprendere le conseguenze legali delle sue parole. Significa che di fatto potremmo avere tutte le risposte all'indagine/screening, ma che – da un punto di vista etico e legale – queste risposte sarebbero state raccolte abusando della (mancanza di) capacità della persona anziana.

Il tutore/amministratore di sostegno: la legge prevede che un altro soggetto possa sostituire o sostenere l'incapace per consentirgli di commettere un atto giuridicamente valido, questo soggetto è di norma l'amministratore di sostegno o il tutore. Ciò che è autorizzato a fare dipende dalla legge o dal provvedimento giudiziario che lo ha nominato. Pertanto, l'intervistatore dovrebbe verificare che tipo di potere ha il tutore / AdS e assicurarsi che sia nella posizione fornire il consenso al posto della persona anziana o se debba ricevere specifica autorizzazione dal giudice (vedi oltre).

AdS insieme alla persona intervistata: è possibile che il provvedimento dica che l'AdS deve prendere alcune decisioni insieme all'assistito.

Il tutore, la persona anziana e il giudice: potrebbe verificarsi il caso che alcuni atti debbano essere compiuti dal tutore ma solo su specifica autorizzazione di un giudice. Questo è di solito il caso di tutti quegli atti che potrebbero avere conseguenze importanti per la persona anziana dal punto di vista economico o legale (es. salute, diritti civili...).

Che cos'è la competenza giuridica e come valutarla?

La competenza giuridica è la capacità formale di esercitare diritti e doveri. Se qualcuno ha una competenza legale limitata o nulla, potrebbe ad esempio non essere in grado di eseguire atti come firmare contratti o fornire il consenso a uno studio clinico. La legge presume che gli adulti abbiano capacità, tuttavia questa potrebbe essere limitata da condizioni o malattie specifiche. La perdita della capacità giuridica viene solitamente valutata da un giudice con il supporto di consulenti medici.

2. PRIVACY

Privacy come protezione dei dati

Per le caratteristiche e la delicatezza delle informazioni che possono essere raccolte attraverso una procedura di screening/ indagine di routine e per le conseguenze che ne possono derivare, è facile comprendere che è necessario che queste informazioni siano mantenute riservate e accessibili solo a un numero limitato di persone.

La riservatezza delle informazioni raccolte può essere messa in discussione durante due fasi: durante e dopo la procedura:

Durante l'indagine/screening

L'indagine/screening dovrebbe avvenire in una stanza che possa consentire la riservatezza: pertanto, dovrebbe essere possibile impedire ad altre persone di entrare nella stanza mentre l'indagine/screening è in corso e nascondere alla vista la persona coinvolta. Idealmente, la stanza dovrebbe essere insonorizzata in modo che ciò che viene detto non possa essere ascoltato dall'esterno.

Dopo l'indagine/screening

Dopo l'indagine/screening, i dati raccolti devono essere gestiti con attenzione e, in ogni caso, almeno nel rispetto del GDPR. In generale, questo significa gestire e archiviare i dati in modo che possano essere accessibili solo a coloro che sono autorizzati a farlo.

Privacy come violazione di altri diritti

Le tematiche relative alla privacy per le procedure di indagine/screening non riguardano solo i dati raccolti e non si riferiscono solo alla fase preliminare all'indagine stessa. Vediamo quali altri diritti possono essere violati:

Privacy come diritto alla vita privata dell'intervistato

Secondo l'articolo 8 della CEDU³ gli individui hanno diritto alla vita privata. Ciò non coincide con il diritto alla riservatezza menzionato in precedenza in relazione alla gestione dei dati.

Il concetto di diritto alla vita privata è stato ampiamente discusso dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo⁴ e dalle sue sentenze e da esse si è cominciato a capire che il diritto alla vita privata non è solo una questione di protezione dei dati ma significa anche una vita il più possibile priva di ingerenze esterne (diritto ad essere lasciati in pace), e come diritto alla tutela della propria integrità morale; ancora, come diritto all'identità individuale (diritto di essere, divenire e rimanere me stesso) e infine anche come diritto all'autodeterminazione⁵ anche in relazione alla situazione relativa alla propria integrità fisica⁶.

In questo contesto, l'autodeterminazione si traduce come consenso a partecipare al processo di indagine/screening. Potrebbe tuttavia essere un abuso pensare che, una volta fornito il consenso, sia fornito una volta per tutte, una volta e per sempre. Poiché le indagini di routine riguardano gli aspetti più intimi di un individuo e possono coinvolgere i suoi legami affettivi più stretti, il consenso fornito non può che essere circostanziale, precario.

Diritto di recedere e di revocare il consenso all'intervista: autodeterminazione. Quando la presunta perdita di autostima ferisce più delle ferite fisiche

Di conseguenza, la persona che ha acconsentito allo screening dovrebbe sempre poter sospendere il consenso, oppure revocarlo o limitarlo a determinate informazioni o trattamenti (ad esempio: "Accetto di partecipare al colloquio ma non acconsento alla comunicazione degli esiti a determinate persone o organizzazioni"). Quindi, il fatto di aver ricevuto un consenso alla procedura, non dovrebbe implicare per l'intervistatore l'aspettativa che esso non venga modificato, come accade ad esempio con i contratti. Ciò è dovuto alla qualità intrinseca dei diritti che sono influenzati da questo tipo di indagine/screening.

L'unico limite a questa assoluta disponibilità del conferimento del consenso è l'obbligo di segnalazione a cui sono soggetti alcuni professionisti.

Infatti, per consentire all'interessato di esercitare la propria autodeterminazione in relazione agli esiti delle risposte che darà all'indagine/screening (ad esempio, quelle riferite a un reato

³ Diritto al rispetto della vita privata e familiare: 1. Ogni individuo ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza. 2. Non vi dev'essere alcuna interferenza da parte di un'autorità pubblica con l'esercizio di questo diritto, salvo quanto è conforme alla legge ed è necessario in una società democratica nell'interesse della sicurezza nazionale, della sicurezza pubblica o del benessere economico del paese, per la prevenzione di disordini o crimini, per la protezione della salute o della morale, o per la protezione dei diritti e delle libertà altrui

⁴ Tribunale internazionale del Consiglio d'Europa che interpreta la Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Il tribunale esamina i ricorsi secondo cui uno Stato contraente ha violato uno o più dei diritti umani enumerati nella Convenzione o nei suoi protocolli opzionali di cui uno Stato membro è parte.

⁵ Gladysheva v. Russia, no. 7097/10

⁶ Glass v. The United Kingdom, no. 61827/00

sottoposto a segnalazione obbligatoria), l'intervistatore dovrebbe informare l'intervistato che, se dovesse scattare il suo obbligo di segnalazione, le scelte dell'intervistato in merito al proprio consenso al colloquio e alle modalità di trattamento del suo contenuto saranno limitate.

Ad esempio, se l'intervistato rifiuta di condividere informazioni su un reato a cui è stato sottoposto, ciò potrebbe essere ostacolato dall'obbligo di segnalazione da parte del professionista che effettua l'intervista. Pertanto, è facilmente comprensibile che, per non limitare l'autodeterminazione dell'intervistato oltre quanto previsto dalle leggi e dalle esigenze di ordine pubblico, sarà necessario informarlo chiaramente in merito.

3. SFIDE LEGALI ED ETICHE DURANTE IL PROCESSO DI SCREENING

In questo capitolo parleremo delle implicazioni legali ed etiche che potrebbero essere correlate al modo in cui viene eseguito lo screening / l'indagine di routine.

Interviste orali, scritte, registrate: quali tutelano meglio gli intervistati e quali tutelano meglio i dati?

A meno che non ci siano legislazioni specifiche che regolino le indagini di routine, il modo in cui dovrebbero essere fatte non è vincolante. La scelta di come eseguirle dovrebbe essere dettata solo soppesando lo scopo dell'indagine e, soprattutto, considerando quale sia il metodo migliore per documentarla. In pratica, essa può essere condotta:

- oralmente, senza documentazione scritta;
- oralmente, ma documentata per iscritto, eventualmente con parafrasi dell'intervistatore in caso di domande aperte
- per iscritto, dall'intervistato (compresi i questionari autosomministrati)
- con audio o audio-video registrazione

Si può fare riferimento a quanto precedentemente spiegato in relazione alle questioni di privacy legate alla raccolta e archiviazione degli esiti del colloquio.

Accuratezza e autenticità: parafrasi o citazioni; domanda aperta/chiusa; narrazione libera, domande complesse

Quando si tratta di valutare le opzioni per garantire l'accuratezza e l'autenticità delle informazioni raccolte, dovremmo considerare che gli strumenti di screening basati su domande a risposta chiusa potrebbero avere alcune limitazioni.

Infatti, mentre le domande a risposta chiusa, soprattutto in forma scritta, hanno l'evidente vantaggio di essere più pratiche, è assodato in letteratura (Lipton, 1977; De Cataldo, 1988;



Inbau et al., 2001; De Leo et al., 2005) che questo tipo di approccio alle domande non gode del favore degli studiosi ad esempio quando deve essere utilizzato come prova a sostegno di un abuso. Infatti, una risposta chiusa è intuitivamente meno attribuibile all'intervistato rispetto a qualcosa espresso con parole proprie e quindi forse meno autentica.

Inoltre, in una domanda chiusa è più facile cadere nell'errore (anche se probabilmente fatto in buona fede) di porre una domanda complessa, che implica alcune ipotesi dell'intervistatore piuttosto che dell'intervistato. Quindi, se uno screening / un'indagine di routine eseguiti con domande chiuse sono probabilmente più efficienti, la loro elaborazione dovrebbe essere più accurata, ponderata e verificata rispetto a quella basata su domande aperte.

Implicazioni legali ed etiche intorno alle domande

La scelta tra una narrazione libera e una domanda chiusa o aperta ha implicazioni etiche e legali che vanno al di là del modo in cui si svolge l'intervista e della questione della protezione dei dati raccolti. Per capirlo è necessario esplicitare alcune premesse e passaggi logici.

Gli abusi che possono essere rilevati in relazione alle procedure di screening spesso rientrano nella categoria delle violenze e degli abusi domestici (inclusi qui anche quelli che accadono in strutture residenziali, poiché mentre questi luoghi non sono propriamente le loro case, sono comunque il luogo in cui gli anziani vivono). È noto che gli abusi e le violenze domestiche, poiché avvengono in un contesto privato, spesso si consumano lontano dall'occhio della società e quindi gli unici testimoni (e quindi molto spesso l'unica fonte di prova disponibile) sono le vittime stesse.

Ciò ha costretto giudici e legislatori a trovare criteri per convalidare la narrazione della vittima quando è l'unica prova disponibile. Questi criteri sono la credibilità soggettiva e oggettiva del racconto:⁷

Il primo criterio, la *credibilità soggettiva*, si traduce nell'affidabilità della persona che sta narrando l'evento. In relazione alle persone anziane, la loro credibilità è spesso limitata dalla loro condizione di fragilità (non importa, in questo contesto, se sia valida e vera o assunta come stereotipo – anche implicito – per il fatto che in una determinata circostanza l'anziano persona aveva fragilità).

⁷ Per un esempio si veda: Corte di Cassazione, 3^a, Sezione penale, 06.11.2014, n. 45920. Che ha ritenuto, in un caso di violenza sessuale ai danni di un minore con disabilità intellettiva, che le dichiarazioni della persona offesa " possono essere legittimamente poste da sole a fondamento dell'affermazione di penale responsabilità dell'imputato, previa verifica, corredata da idonea motivazione, della credibilità soggettiva del dichiarante e dell'attendibilità intrinseca del suo racconto, che peraltro deve in tal caso essere più penetrante e rigoroso rispetto a quello cui vengono sottoposte le dichiarazioni di qualsiasi testimone " perché si deve ricordare " che è seppur vero che anche lo stato di ritardo mentale della persona offesa, come già affermato da questa Corte, non esclude che alla testimonianza della medesima sia attribuito pieno valore probatorio, è altrettanto vero però che ciò è possibile qualora il giudice abbia accertato, ed abbia dato congrua motivazione, che la deposizione non è stata influenzata dal deficit psichico".



Il secondo criterio è la *credibilità oggettiva*, che è in pratica l'intrinseca credibilità del racconto, prescindendo dalla sua congruenza con l'altro corpus di prove disponibili durante un processo, poiché – come detto – quando si parla di abusi domestici di solito non ci sono altre prove. Fondamentalmente, la narrazione delle circostanze deve essere autoconsistente in quanto non potrebbe essere sostenuta con altri mezzi.

L'insieme delle risposte alle domande chiuse difficilmente è in grado di "raccontare una storia", ancor più di raccontare una storia credibile. Pertanto, l'utilizzo di risposte chiuse potrebbe avere una scarsa (o comunque minore) capacità di supportare la persecuzione legale di un abuso. Infatti, la minor credibilità della storia raccontata dalla persona renderebbe più difficile la condanna e la repressione dei comportamenti abusivi e di conseguenza ridurrebbe la capacità di prevenire ulteriori abusi, poiché la vittima non sarebbe protetta e l'aggressore potrebbe continuare a commettere violenza.

La situazione potrebbe essere diversa pensando alla prevenzione generale. In effetti, le indagini di routine basate su risposte chiuse potrebbero funzionare bene nel rivelare situazioni di abuso poiché i dati raccolti potrebbero mostrare la loro incidenza sulla popolazione anziana e consentire alle autorità di attivarsi con misure politiche, legali e amministrative per affrontare il fenomeno dell'abuso sugli anziani. Inoltre, potrebbe anche essere lo stimolo ad attivare un'ulteriore intervista a domande aperte, con tutti i vantaggi di cui sopra.

Pertanto, quando si decide di adottare uno strumento di screening chiuso invece di porre domande aperte, dobbiamo essere consapevoli che questo ha implicazioni etiche, legali e pratiche: ha un impatto sulla prevenzione generale o speciale⁸, indipendentemente da come gli esiti dovrebbero essere protetti in termini di riservatezza o se sia meglio documentarli in un modo o nell'altro.

Come documentare un'indagine/screening

Il modo in cui documentiamo lo screening o un'indagine basata su domande aperte (che potrebbe essere il seguito di uno screening), ha conseguenze e solleva questioni che, sebbene non propriamente abusive, potrebbero definitivamente annullare i buoni motivi per supportarne l'uso e talvolta possono avere anche conseguenze legali sull'intervistatore.

In caso di risposte a domande aperte, è importante riportarle testualmente, utilizzando le virgolette per mantenerle il più possibile fedeli a ciò che gli intervistati volevano dire.

Infatti, riprendere o parafrasare le sue parole potrebbe tradursi, anche se involontariamente, in una distorsione delle stesse, con due effetti negativi:

⁸ Nel contesto giuridico ci riferiamo alla prevenzione generale come al fatto di impedire a qualcuno di commettere un crimine e alla prevenzione speciale come impedire a qualcuno che ha commesso un crimine di commetterne altri.



Il *primo* è quello di rendere la narrazione non credibile e quindi più debole (come abbiamo visto in precedenza) nel contesto di una prova.

Il secondo, anche se non possa essere considerato un abuso o un reato esclusivamente e direttamente a danno degli intervistati, è che un racconto infedele -quando chi intervista, per la professione che eserciti o il ruolo che svolga, debba far denuncia- può assurgere a reato a carico dell'intervistatore in quanto abuso contro la fede pubblica di cui certe figure professionali godono nel no.

Analogamente alla narrazione infedele, la modifica del documento in cui è riportata l'intervista può avere anche un effetto abusivo o penalmente rilevante in quanto inteso come un'alterazione del documento e quindi una falsificazione. Questo può verificarsi anche a seguito di situazioni molto banali come cancellare qualcosa con un correttore o una gomma (rendendo quindi impossibile vedere ciò che è stato scritto in precedenza e quindi capire se lo scopo era semplicemente rimediare a un errore di battitura o manipolare il contenuto del documento).

Un ulteriore elemento da considerare è l'accuratezza, cioè riferirsi ad ogni data informazione con precisione. Ad esempio, riferire che un atto (che secondo l'intervistatore poteva considerare un abuso) è stato commesso sull'intervistato da "un conoscente" (invece di riferire "dal coniuge" o "dal figlio" ... insieme al nome) potrebbe comportare difficoltà o ritardi nell'attuazione di interventi di tutela e quindi al fine di evitare la reiterazione dell'abuso.

Come conservare e archiviare i risultati di uno screening / indagine di routine

Dopo aver spiegato come dovrebbe essere condotto uno screening / indagine di routine, possiamo ora spiegare dove e come dovremmo conservare i dati raccolti in esito. Questo aspetto è regolato dalla disciplina sulla protezione dei dati in vigore, ma dovremmo anche considerare lo scopo per cui vengono eseguite queste indagini.

Considerato che gli obiettivi possono essere: la prevenzione generale, la prevenzione speciale e la denuncia per reprimere abusi e violenze, gli esiti dell'indagine/screening dovrebbero essere incorporati in un documento durevole, che dovrebbe essere archiviato in modo tale da:

- essere prontamente utilizzabile per essere allegato a una denuncia, per elaborare statistiche o per dare un feedback alle persone intervistate.
- poter separare queste informazioni da altre riguardanti l'intervistato, classificarle e proteggerle dall'accesso di terzi che potrebbero impedirne, direttamente o indirettamente, l'utilizzo. Quindi, ad esempio, dovrebbe essere evitato di lasciare questi dati accessibili al presunto abusante, in modo che non possa modificarli o distruggerli o imporre alla vittima di ritirare la segnalazione minacciandola o abusando ulteriormente di lui/lei.

Conclusioni: diritto alla privacy vs dovere di denuncia vs volontà dell'intervistato

Come accennato in precedenza, in caso di screening / indagine di routine ci sono tre importanti esigenze che dovrebbero essere considerate:

1. la riservatezza e, quindi, la non comunicazione e diffusione delle informazioni date;
2. L'obbligo di alcune professionali in determinate circostanze di fare rapporto per esigenze di ordine pubblico; e
3. il diritto di autodeterminazione dell'intervistato sul se fare l'intervista e sul se e come

Quindi, è importante agire in modo da bilanciare tutte queste esigenze, eticamente e legalmente ugualmente valide, in modo che, per quanto possibile, l'una non venga sacrificata rispetto all'altra.

Un modo per bilanciare tutte queste esigenze è fornire tempestivamente tutte queste informazioni alla persona anziana in modo che possa autodeterminarsi.

Se l'intervistatore ha l'obbligo di denuncia in casi specifici, queste informazioni dovrebbero essere fornite prima che l'intervistato fornisca il proprio consenso e prima di qualsiasi domanda dalle cui risposte possano rilevarsi all'intervistatore informazioni su abusi o violenze. Ciò -ovviamente- in modo comprensibile dall'intervistato, tenuto conto delle sue capacità cognitive e culturali.

Ciò consentirà all'intervistato di comprendere le conseguenze delle risposte che darà e di decidere se rispondere o meno. D'altra parte, ciò consentirà anche all'intervistatore di non violare i propri doveri professionali per assecondare la volontà dell'intervistato, o per tutelare la sua sicurezza in caso di rischio di ritorsioni o escalation.

Qualora ciò non avvenisse, le conseguenze delle informazioni fornite dall'intervistato usciranno dalla sua sfera di controllo e quindi il perimetro della sua autodeterminazione si ridurrebbe irreversibilmente non potendo valutare i rischi prima di decidere se e cosa raccontare.

Il dovere di informazione dell'intervistatore dovrà includere anche le organizzazioni e gli enti a cui l'intervistato può rivolgersi nel caso in cui sia vittima di abusi. Pertanto, il dovere di informazione non si limita solo al dovere di informare gli altri, ma anche di essere informati su luoghi e servizi a supporto delle vittime di abusi.

4. PRINCIPI ETICI DELLO SCREENING PER L'ABUSO SUGLI ANZIANI

Esistono alcuni chiari rischi etici per lo screening, come le conseguenze di falsi positivi (identificare come vittime di abusi persone che non lo sono) o falsi negativi (casi di abuso



non identificati che impediscono interventi che potrebbero salvare vite umane). Accusare qualcuno di abuso quando non sta accadendo o non riconoscere un caso di abuso quando si verifica può avere conseguenze devastanti. Il danno complessivo di non rilevare/lasciare qualcuno in una situazione pericolosa è controilanciato dal rischio di accusare falsamente un individuo? Tali incidenti potrebbero avere effetti gravi e di vasta portata per le persone coinvolte. A differenza dello screening sulla salute fisica, come ad esempio lo screening per rilevare il potenziale tumore del collo dell'utero, nel caso dell'abuso sugli anziani ci sono situazioni più sfumate che richiedono un'attenta considerazione etica. Ad esempio, le vittime di abusi sugli anziani potrebbero non aver richiesto o aver acconsentito ad indagini sul proprio caso. Anche la valutazione della capacità decisionale richiede un'attenta riflessione e considerazione. Gli strumenti di screening utilizzati all'interno di un sistema complessivo possono aiutare a fornire a un professionista un approccio più obiettivo, ma questo approccio deve essere attentamente bilanciato. (McCarthy et al. 2017).

L'abuso da parte di un familiare o di un partner intimo è complesso perché la persona anziana può scontrarsi con propri valori sociali, culturali e religiosi nel vivere con una persona abusante. Inoltre, l'intervento in caso di abuso può essere accompagnato da preoccupazioni personali, legali ed etiche, a causa della mancanza di una pratica professionale condivisa. Saghafi et al (2019) hanno discusso nella loro revisione su principi etici come autonomia, competenza, beneficenza e rispetto dei diritti umani e della dignità.

L'autonomia si riferisce al processo decisionale autonomo, senza alcuna limitazione e al rispetto per l'indipendenza. Significa anche come dovrebbe essere attuato il processo decisionale: i pazienti hanno il diritto di partecipare alle decisioni che li riguardano. Il processo decisionale, tuttavia, è determinato dalla capacità giuridica della persona di prendere decisioni. (Ibidem).

Il principio di competenza fa riferimento alla competenza propria dei professionisti per lavorare con le persone anziane. I professionisti dovrebbero essere in grado di auto-valutarsi riguardo ai propri atteggiamenti nei confronti dell'invecchiamento e delle vittime anziane, delle conoscenze e delle abilità. Per quanto riguarda l'obbligo di segnalazione, i professionisti si trovano a dover bilanciare la necessità di non provocare un danno al proprio assistito, esponendolo a rischio di ritorsioni, con il rischio che, non attivandosi, potrebbero consentire il persistere del danno. Si tratta di questioni etiche complesse, non chiare nella pratica o sulla carta. (Scheiderer, 2012)

Nei casi in cui la persona anziana non è legalmente competente, dovrebbero essere prese in considerazione questioni etiche. È da notare che capacità e competenza non sono la stessa cosa: la capacità implica dimensioni quali il processo decisionale, la cura di sé e l'autoprotezione. Ad esempio, nella demenza c'è una compromissione della memoria, ma la personalità, i valori e la memoria a lungo termine possono rimanere intatti. Le differenze culturali e di genere dovrebbero essere considerate quando si cerca di determinare la capacità decisionale attraverso misurazioni valide e affidabili.



Il rispetto della riservatezza e della fiducia è uno dei principi etici più importanti da tenere in considerazione. Tuttavia, possono esserci eccezioni nei casi in cui la persona sia esposta ad un grave rischio e/o in cui vi siano obblighi di legge. È comunque importante cercare di coinvolgere la persona anziana nel processo di segnalazione e riportare solo i dati rilevanti per rispettare il più possibile la sua privacy. (Saghafi et al 2019).

L'approccio sanitario allo screening è basato sui principi di beneficenza e non maleficenza. La beneficenza è bilanciare i potenziali benefici con il potenziale rischio di danno individuale. Il beneficio è spesso descritto dal concetto di beneficio sostanziale che si riferisce a un risultato che ora o in futuro potrebbe essere considerato utile. Beneficenza e non maleficenza significano che i professionisti cercano di massimizzare i benefici per coloro con cui lavorano e di non creare danno con le loro attività professionali. Nella gestione dei casi di abuso sugli anziani questo principio etico ha dei punti deboli: le nostre attuali conoscenze scientifiche sullo screening e sui suoi risultati sono contraddittorie e incomplete. Ai professionisti è richiesto di prendere complicate decisioni etiche circa il se e come intraprendere un'azione su qualsiasi caso rilevato o sospetto di abuso sugli anziani. Questo di solito richiede difficili atti di bilanciamento tra la protezione delle persone anziane e la prevenzione di ulteriori danni riducendo il controllo della persona anziana sulla propria vita. (Scheiderer, 2012)

5. CONQUISTARE LA FIDUCIA DEL RISPONDENTE

Cos'è la fiducia

La fiducia è una parte centrale di tutte le relazioni umane, comprese le relazioni sentimentali, la vita familiare, le operazioni commerciali, la politica e le pratiche mediche. Se non ti fidi del tuo medico o assistente sociale, ad esempio, è molto più difficile beneficiare della loro consulenza professionale.

Ci sono molte definizioni di fiducia, ma per i nostri obiettivi la definiremo come la volontà di essere vulnerabili agli altri sulla base delle proprie aspettative positive sull'intenzione e sulla competenza dell'altro. Significa aver fiducia che l'altra parte in una transazione si prenderà cura di lui/lei e si comporterà in modo vantaggioso o almeno non dannoso per lui/lei. Pertanto, nel fidarsi degli altri, ci si aspetta che la propria vulnerabilità non venga sfruttata per ragioni come potere, profitto o piacere (Benham, 2008).⁹

⁹ Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm053>



Come conquistare la fiducia dell'utente

La costruzione della fiducia in una relazione utente-operatore è un processo che richiede tempo e può essere influenzato da una serie di fattori. Questi sono alcuni elementi di cui il professionista può tenere conto per costruire una relazione positiva con il proprio beneficiario: per veicolare un messaggio di cura e interesse, può essere consigliabile sedersi accanto agli utenti in un colloquio, trascorrere tempo con loro, parlare con voce dolce e in modo rispettoso, ricordare gli eventi importanti nella loro vita, esprimere interesse per le loro condizioni e fare cose utili per loro (Jacobsen e Vesti, 1992; Northouse e Northouse, 1985; Fine e Glasser, 1996; Thom e Campbell, 1997; Beham, 2008).

Per rispondere al desiderio degli utenti di conoscere la competenza, le motivazioni e le opinioni del professionista, gli operatori dovrebbero rendere esplicite le loro motivazioni al lavoro con quell'utente e condividere esperienze personali (Fong e Cox, 1989; Hassan, 1997) seppur gestendo con giudizio il grado di rivelazione appropriato (Benham, 2008)

Attività di apprendimento attivo

Una serie di esercizi che possono essere utilizzati per applicare praticamente i contenuti teorici insegnati nel modulo.

ESERCIZIO 1 - AUTOVALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DI ETICA PROFESSIONALE NECESSARIE PER LAVORARE CON LE VITTIME ANZIANE DI ABUSO

Metodo dell'esercizio: Lavoro di gruppo basato su un compito di autovalutazione individuale

Obiettivi di apprendimento:

- I partecipanti comprendono come lo screening per l'abuso sugli anziani si basi su principi etici
- I partecipanti sono in grado di valutare questioni etiche complesse quando lavorano con una vittima anziana di abuso
- I partecipanti diventano consapevoli delle proprie competenze professionali

Tempo: 40 minuti

Materiale richiesto:

- Scheda cartacea per l'autoriflessione
- Penne
- Domande di discussione generale per la fine dell'esercizio su power point

Istruzioni per il formatore:

- Prima dell'esercizio, occorre aver tenuto la lezione relativa ai principi etici dello screening per l'abuso sugli anziani. Durante la sessione, discutere con i professionisti che tipo di principi etici ci sono nella loro professione. Inoltre, chiedere loro di pensare ai loro principi di etica professionale dal punto di vista dell'abuso sugli anziani.
- Spiegare lo svolgimento dell'esercizio. Far notare che ogni partecipante è libero di scegliere cosa vuole condividere con il gruppo. Questo è importante per creare un ambiente sicuro per l'esercizio.
- Distribuire le domande su carta ai partecipanti o condividerle su una diapositiva PowerPoint.
- Concedere ai partecipanti 15 minuti per l'autovalutazione.
- Dopo l'autovalutazione, dividere i partecipanti in gruppi di 4-5 persone. I gruppi possono essere formati secondo la stessa professione o professioni miste.
- Dare ai partecipanti 10 minuti per condividere la loro autovalutazione con il gruppo.

- Dopo la discussione di gruppo, i partecipanti condividono le loro riflessioni in plenaria in base alle domande generali della discussione.

Domande per l'autovalutazione

- Ogni professione ha i propri principi etici. Scrivi quali sono, a tuo parere, i 2-3 principi etici più importanti della tua professione.
- Secondo te, che competenze di etica professionale occorre avere per lavorare con le vittime anziane di abuso?
- I principi etici della tua professione considerano in modo particolare l'invecchiamento e/o l'abuso sugli anziani?
- Quali principi sono complessi e forse difficili da seguire quando si tratta di abusi sugli anziani?

Domande per la discussione generale

- Che competenze di etica professionale occorre avere quando si lavora con vittime anziane di abusi?
- Avete trovato nella discussione di gruppo difficoltà simili nel seguire i principi etici quando si lavora con vittime di abusi anziani? Che tipo di sfide?

Note per il formatore

Incoraggiare la discussione e la collaborazione tra i partecipanti. Cercare di trovare sfide uguali o simili in ogni professione nel lavoro con vittime anziane di abusi. Sottolineare come il lavoro multidisciplinare e multi-agenzia potrebbe aiutare a superare queste sfide.

ESERCIZIO 2 – SCREENING DI PERSONE ANZIANE LEGALMENTE COMPETENTI E INCOMPETENTI

Metodo: Il sociodramma è una strategia di insegnamento che combina un approccio di caso di studio con la metodologia tradizionale del gioco di ruolo per illustrare le criticità nello screening. Coerentemente con i principi dell'apprendimento degli adulti, questa tecnica consente al pubblico di identificare i problemi e le possibili soluzioni per gli utenti e il personale. Alcuni partecipanti vengono selezionati dal gruppo per mettere in scena uno scenario descritto. Se possibile, sarebbe meglio se gli attori non si mettessero d'accordo in precedenza su come si comporteranno nella simulazione, per rendere le reazioni più spontanee e simili a una situazione di vita reale. Il resto del pubblico prima osserva la scena e poi il facilitatore guida la discussione del pubblico utilizzando domande aperte. Durante questo periodo di discussione strutturata vengono identificate le questioni didattiche chiave e l'esperienza condivisa dei partecipanti del pubblico costituisce la base dell'apprendimento. Dopo un po' di tempo dedicato alla discussione, chi ha suggerito modi diversi di affrontare



la situazione è invitato a sostituire gli “attori” originari e a rifare la scena. Al termine del tempo assegnato, il facilitatore può scegliere di riassumere il contenuto o concentrarsi su questioni non identificate da quel particolare pubblico, in modo che possano verificarsi ulteriori riflessioni e discussioni.

Istruzioni per il facilitatore

Nota: questa procedura può essere applicata con uno o entrambi gli scenari, a seconda del tempo a disposizione. È anche possibile scegliere lo scenario più simile al contesto in cui viene implementata la formazione oppure è possibile adattarlo di conseguenza.

In prima istanza, occorre consentire agli studenti di eseguire la scena come desiderano - ricordando solo di provare ad applicare i principi di uno screening etico che sono stati precedentemente spiegati e di cercando di includere tutti i problemi descritti nello scenario in quanto rilevanti per la valutazione delle decisioni che prenderanno.

Allo stesso tempo, occorre istruire il resto del pubblico a prendere nota di ciò che vedono, cosa notano e se c'è qualcosa che farebbero diversamente.

Attendere 10/15 minuti per eseguire la scena. Una volta terminata la scena, aprire la discussione con il pubblico chiedendo, ad esempio:

- quali questioni importanti avete identificato in questa scena?
- Come vi sareste comportati con la persona anziana in questo caso?
- Come avrebbe potuto essere gestito meglio?
- Quali sentimenti ha suscitato in voi e perché?

Concedere 20 minuti per la discussione ed eventualmente aiutare il pubblico a identificare le principali criticità e a proporre soluzioni alternative in linea con i principi insegnati nel modulo.

Dopodiché, invitare i membri del pubblico che sono stati più attivi nel suggerire comportamenti alternativi a ricostruire la scena. Ripetere il processo.

Suggerimenti per i facilitatori

Le questioni principali che dovrebbero essere esplorate all'interno dello scenario sono:

- Se il consenso è stato raccolto correttamente (ad esempio se il permesso è stato ottenuto dalla persona giusta)
- Se la privacy è rispettata
- Se gli esiti dello screening sono riportati correttamente
- Se il professionista si comporta secondo il proprio dovere



In alternativa al sociodramma gli scenari possono essere presentati anche come casi di discussione.

SCHEDA 1 - SCENARIO 1 – PERSONA ANZIANA COMPETENTE

M. è un'assistente sociale impiegata in un centro diurno per anziani. M. si occupa delle nuove ammissioni e oggi accoglie A., una persona anziana di 78 anni che è accompagnata dal figlio. A. ha delle fragilità fisiche, ma nessun problema cognitivo che ne comprometta la capacità di intendere e di volere.

Secondo le procedure in atto nel centro, M. deve sottoporre ad A un questionario di screening. Nel farlo, si scopre che A. potrebbe essere stato abusato psicologicamente dal figlio.

SCHEDA 2 - SCENARIO 2 – PERSONA ANZIANA INCOMPETENTE

M. è un'infermiera impiegata in una struttura di assistenza residenziale per anziani. M. si occupa dei nuovi ricoveri e oggi accoglie A., una persona anziana di 78 anni che entra nel centro su iniziativa del suo Amministratore di Sostegno. A. viveva da solo. Ha una nipote che lo visita raramente. A. non ha problemi di salute fisica significativi, ma soffre di MCI ed è stato nominato un AdS per aiutarlo a prendere decisioni legali.

Secondo le procedure in atto nel centro, M. deve sottoporre ad A un questionario di screening. Nel farlo, si scopre che A. potrebbe essere stato abusato finanziariamente dalla nipote.

Bibliografia

1. Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441
2. De Cataldo Neuburger L., *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Milano, Giuffrè, 1988
3. De Leo G., Scalzi M. e Caso L., *La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni*, Bologna, Il Mulino, 2005
4. Inbau FE, Reid JE, Buckle JP, Jayne BC, *Criminal interrogation and confessions*. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001
5. Lipton, JP On the psychology of eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology*, 62(1), 90, 1977
6. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
7. Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 12.
8. Scheiderer, EM (2012). Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87.

MODULO 4 - Sfide del lavoro con gli anziani vittime di violenza

Struttura del modulo

Titolo	Sfide del lavoro con gli anziani vittime di violenza
Scopi e obiettivi	<ul style="list-style-type: none">▪ Migliorare la conoscenza delle possibili sfide del lavoro con gli anziani vittime di violenza e strategie per superarle▪ Aumentare la consapevolezza dell'importanza dei diritti delle persone e della pianificazione della sicurezza in caso di sospetto di abuso▪ Migliorare le capacità e le competenze, rafforzare l'abilità dei professionisti nel gestire la divulgazione, intervenire adeguatamente, supportare e riferire i casi di violenza ai servizi competenti▪ Supportare lo sviluppo di misure di intervento in caso di violenza contro le persone anziane▪ Aumentare la consapevolezza dell'importanza di un intervento multidimensionale e multiprofessionale, rivolto non solo alla persona vittima di abusi, ma a tutto il contesto in cui viene assistita
Risultati di apprendimento	<p>Alla fine del modulo i partecipanti dovrebbero essere in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Elencare le possibili sfide del lavoro con le vittime anziane di violenza▪ Comprendere i diritti degli anziani nel processo di screening▪ Gestire la divulgazione▪ Organizzare un ambiente di screening sicuro ed essere consapevoli dei modi per aumentare la sicurezza della persona intervistata

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riconoscere i segni di burnout professionale nel contesto del lavoro con le vittime di violenza ▪ Conoscere le specificità del contesto residenziale rispetto alle situazioni di abuso ▪ Conoscere i punti di forza su cui intervenire in caso di abuso all'interno di un contesto residenziale
Durata:	<p>3 ore</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45min-1h sessione di input ▪ 20 min (2x10 minuti) pause ▪ 1h e ½ di attività di apprendimento attivo ▪ 10 minuti di tempo extra (riscaldamento, attesa dei partecipanti, risposta alle domande)
Risorse necessarie:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Post-it ▪ Una lavagna a fogli mobili ▪ Un misuratore di tempo (ad es. un cronometro su uno smartphone). ▪ Due carte colorate che mostrano "sì" o "no".
Messaggio chiave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ci sono diversi tipi di sfide nel lavorare con le vittime di abusi. La loro consapevolezza è il fattore chiave di successo per lavorare con gli individui che subiscono violenza ▪ L'abuso sugli anziani, pur essendo un fenomeno complesso, può e deve essere prevenuto con l'uso di strategie e programmi governativi e istituzionali
Fogli di lavoro	-

1. SFIDE ESTERNE

COVID-19

Il Coronavirus e le limitazioni delle risorse legate alla pandemia hanno causato la diminuzione dell'offerta di servizi di assistenza. Allo stesso tempo, i tassi di prevalenza della violenza sugli anziani sono aumentati fino all'84% per quanto riguarda gli ambienti comunitari (Chang & Levy 2021).

Inoltre, la priorità data al contrasto alla pandemia potrebbe aver fatto finire sullo sfondo le questioni relative ai diritti umani.

Strategie governative/politiche

Una volta che l'emergenza pandemica sarà risolta, le iniziative governative come l'aumento dei fondi per la prevenzione e l'intervento saranno essenziali per continuare a creare consapevolezza sulla violenza contro gli anziani e le strategie per prevenirla. Il quadro giuridico e le politiche sono essenziali per supportare i processi organizzativi e le azioni sul campo. È il governo di ciascun Paese ad essere responsabile e decidere su fattori quali:

- definire nel contesto giuridico nazionale, quali tipi di violenza sono codificati come crimini, creare leggi in linea con i quadri giuridici internazionali, firmare e rafforzare i trattati internazionali contro la violenza
- attuare specifiche procedure in caso di abuso sospettato, denunciato o rilevato che dovranno essere eseguite dai servizi di emergenza, dai servizi sanitari, di assistenza sociale, di polizia e di intervento in caso di crisi. Questi possono includere la definizione dei processi, le istituzioni coinvolte e le loro responsabilità, la preparazione di documenti standard, ma anche l'emissione di requisiti quali garantire uno spazio dedicato, fornire riservatezza durante le indagini, proteggere la persona abusata dall'influenza dell'aggressore da parte degli agenti di polizia, ecc.
- finanziare e promuovere studi e programmi di ricerca nell'area dell'abuso sugli anziani, pubblicare rapporti su questo argomento per sensibilizzare e guidare decisioni strategiche
- stabilire requisiti per la formazione del personale sanitario, dell'assistenza sociale e degli agenti di polizia
- attuazione di piani d'azione nazionale per affrontare la violenza contro gli anziani
- attuazione di servizi per le vittime anziane di abuso o abbandono
- promozione di programmi di prevenzione, compresi i servizi di formazione e supporto per i caregiver
- sostegno alle ONG che soddisfano i bisogni delle vittime di abusi sugli anziani e/o proteggono i loro diritti.

Cambiamenti demografici e spese di assistenza

La popolazione globale di persone di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà nei prossimi 30 anni, passando dai circa 727 milioni del 2020 a oltre 1,5 miliardi nel 2050 (UN DESA, 2020). I progressivi cambiamenti demografici della popolazione mettono sotto pressione i sistemi sanitari e di assistenza sociale. La crescente partecipazione degli anziani alle società significa spese crescenti per l'assistenza comunitaria e istituzionale da parte dei governi locali e delle istituzioni pubbliche. Inoltre, alcuni paesi si scontrano con la carenza di personale infermieristico qualificato: gli attuali operatori invecchiano e vanno in pensione e non entrano nel mercato del lavoro un numero sufficiente di nuovi professionisti per soddisfare il crescente bisogno di servizi di assistenza. Questo contribuisce al deterioramento della qualità delle cure ed è rilevante al nostro fine in quanto tra i principali fattori a far aumentare il rischio di abuso contro le persone anziane istituzionalizzate sono bassi standard di cura e personale non adeguatamente formato o sovraccaricato di lavoro.

L'attuale modello di assistenza agli anziani richiederebbe di ridurre le spese e, contemporaneamente, aumentare l'accesso e mantenere la qualità dell'assistenza (sanitaria), il che è insostenibile sul lungo periodo. Senza un focus strategico sulla prevenzione (rimanere indipendenti e vivere a casa propria il più a lungo possibile) e l'efficacia dei servizi di assistenza, i budget degli Stati non riusciranno a far fronte alla pressione demografica con l'aumento dei costi dell'assistenza a lungo termine e la diminuzione delle entrate fiscali dalla parte attiva della società.

Il cambiamento demografico si riflette anche nel necessario maggiore coinvolgimento degli assistenti informali e dei familiari e nella loro crescente dedizione alla cura degli anziani. La lunghezza del periodo di assistenza necessario per le persone anziane oggi rende questa attività faticosa per le famiglie e richiede diverse forme di sostegno per i caregiver coinvolti. Il benessere fisico e psicologico di quest'ultimi dipende sempre più da un più ampio accesso a servizi di sollievo, dall'implementazione di forme innovative di supporto, dalla costruzione di reti di sostegno e dalla fornitura di teleassistenza come servizio pubblico. Senza tale supporto, i caregiver e gli operatori stanchi e stressati possono più facilmente dar sfogo alle loro emozioni tramite la violenza.

Mancanza di consapevolezza

Si prevede che il numero di anziani vittime di violenze e abusi aumenterà con l'invecchiamento della popolazione. Tuttavia, non tutti includono in essi i rapporti disfunzionali che possono verificarsi nelle famiglie o tra amministratori ed amministrati. Per gli anziani, la violenza può avere ad esempio i seguenti volti: isolamento, sottrazione di denaro (ad es. pensione o pensione di invalidità), insulti, minaccia di ricovero in una casa di cura, persuasione del fatto di avere malattie mentali, modifica forzata di un testamento, negligenza, abbandono. È importante sensibilizzare la società al maltrattamento degli



anziani, con particolare attenzione al lavoro con i bambini, i giovani, i dipendenti delle istituzioni pubbliche, ma anche con gli anziani stessi. Gli anziani, quando subiscono violenza, spesso non sono consapevoli del fenomeno in atto. Fintanto che alcuni casi di violenza o/e negligenza sono considerati da alcune persone come un comportamento normale e semplicemente irrispettoso, sarà importante promuovere campagne di sensibilizzazione a livello nazionale.

Discriminazione: età, sessismo

La discriminazione basata su sesso, razza ed età è considerata da alcuni come la più grande minaccia alla democrazia moderna e alla coesione sociale (Szukalski 2009, p. 59). Tra questi, l'ageismo è uno dei fattori di rischio più significativi per la violenza contro le persone di età superiore ai 60 anni. L'ageismo è "lo stereotipo sistemico e la discriminazione nei confronti delle persone in quanto anziane". (Butler, 1975). Nell'attuale contesto socio-culturale, gli anziani sono spesso percepiti come deboli, indifesi, dipendenti e bisognosi di cure.

Un tale approccio alla vecchiaia è spesso rafforzato dal sessismo definito come "credenze sulla natura fondamentale delle donne e degli uomini e sui ruoli che dovrebbero svolgere nella società". (EIGE 2021) Considerare un genere come superiore all'altro porta a molti stereotipi di genere ingiusti che possono colpire entrambi i sessi in situazioni diverse, ma in particolare le donne. Inoltre, in media e in tutto il mondo le donne vivono più a lungo degli uomini. Nel 2020, le donne rappresentavano il 55% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 65 anni e il 62% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 80 anni (UN DESA, 2020). Considerando quanto sopra, le donne e le donne anziane sono un gruppo particolarmente vulnerabile colpito sia dall'età che dalla disuguaglianza di genere e quindi subiscono più spesso violenza (UN DESA 2020).

Vale comunque la pena ricordare che l'ultima meta-analisi pubblicata non mostra differenze di genere nell'abuso sugli anziani (Yon et al., 2017). Alcuni studi mostrano che le donne sono più vulnerabili ad alcune forme di abuso mentre gli uomini sono più vulnerabili ad altre forme. Nonostante le donne siano di solito la maggioranza tra le persone anziane, non bisogna sottovalutare l'abuso verso gli uomini anziani.

2. SFIDE ORGANIZZATIVE

C'è ancora molto che può essere fatto all'interno dei settori sanitari e dei sistemi di assistenza sociale in tutti i paesi, partendo dalla ricerca di base sul tema dell'abuso degli anziani e puntando allo sviluppo di strategie settoriali orientate agli obiettivi a lungo termine per combattere l'abuso sugli anziani. Le strutture delle organizzazioni e le priorità delle istituzioni sono i fattori trainanti alla base di programmi di prevenzione adeguatamente attuati.



Lo screening per il maltrattamento degli anziani spesso compete con altre priorità organizzative. Sebbene lo screening per le vittime di abusi sia stato accettato nel contesto e nei reparti di pediatria, non è così diffuso ed evidente durante il trattamento degli adulti e degli anziani. Richiede impegno e tempo per diffondersi in contesti quali i Pronto Soccorso, i servizi di assistenza domiciliare e residenziale. I professionisti dovrebbero avere tempo e risorse per abituarsi alle metodologie di screening (Couture et al. 2016, p. 13-14). Altri fattori che hanno inibito lo screening per le vittime anziane di abuso sono stati i limiti di tempo segnalati sia dagli assistenti sociali che dagli operatori sanitari (Schmeidel et al. 2012) e il fatto di non avere altri colleghi con cui discutere i casi (Killick & Taylor, 2009; Stolee et al. 2012).

La ricerca in questo settore ha rilevato che gli assistenti sociali potrebbero preferire l'aver più tempo per distribuire il loro carico di lavoro e l'accesso a sessioni di supervisione clinica pre-programmate, al fatto di disporre di uno strumento di screening specifico. Inoltre, il maltrattamento degli anziani dovrebbe essere una priorità fissata dalla direzione delle istituzioni sanitarie o di assistenza sociale in modo che agli operatori sia permesso dedicare tempo sufficiente per lo screening e gli sforzi intrapresi siano valutati e riconosciuti.

Una delle tante sfide settoriali e organizzative è anche lo spostamento delle responsabilità: invece di imporre a tutti i settori di controllare le vittime di abusi, sia i rappresentanti dell'assistenza sociale che dell'assistenza sanitaria sostengono che sarebbe compito dell'altra parte monitorare/selezionare e avviare procedure di intervento (Couture et al. 2016, p. 4). Gli assistenti sociali si affidano agli infermieri, gli infermieri affermano di avere altre priorità e si affidano all'approccio sistemico e relazionale dell'assistenza sociale per rilevare tali casi.

3. BARRIERE ALLA RIVELAZIONE DA PARTE DEGLI ANZIANI

La violenza contro gli anziani avviene in una varietà di contesti. È difficile, come nel caso di altri tipi di violenza, definirne il tipo e l'entità, perché molte vittime anziane non lo rivelano. Le ragioni di ciò sono tipiche della violenza, come la mancanza di fiducia nell'efficacia dell'azione delle forze dell'ordine. La situazione di un anziano maltrattato è molto difficile, a più livelli. È una miscela di sentimenti ambivalenti e stati fisici estremamente diversi.

Prendersi cura della vergogna

Un problema enorme è la riluttanza degli anziani abusati a rivelare la violenza che subiscono dai loro figli, nipoti e coniugi, una violenza che si verifica in un presunto rapporto di fiducia. Questi non sono solo i grovigli materiali ma anche quelli emotivi in cui si trovano (Rogers, 2016). La sensazione di doverli proteggere e sostenere li induce a sopportare la sofferenza in silenzio. I genitori anziani spesso si sentono responsabili del comportamento dei loro figli adulti, in linea con la convinzione di averli cresciuti in quel modo. Questo causa vergogna e,



allo stesso tempo, volontà di prendersi cura dei colpevoli – figli o parenti stretti. È importante incoraggiare gli anziani a cambiare il loro modo di pensare.

Depressione

Le persone anziane che non accettano la loro situazione, perse nel senso del loro ruolo sociale, a volte sole dopo il pensionamento, soffrono più spesso di sintomi di depressione. In Europa, la quota di persone che riferiscono tali condizioni generalmente aumenta con l'età. In media quasi l'8% delle persone di età compresa tra 65 e 74 anni (dal 2,4% in Romania al 20,7% in Portogallo) e oltre il 10% nel gruppo di età superiore ai 75 anni (dal 3,1% al 17,1% rispettivamente) ha riferito di aver sofferto di depressione cronica (Eurostat 2017). Questi tassi sono molto più alti per gli anziani che vivono in strutture residenziali. Uno studio condotto in Germania ha rivelato che quasi il 30% dei residenti nelle case di cura soffriva di depressione lieve o acuta e un ulteriore 18% era depresso. A quasi il 30% dei residenti sono stati prescritti antidepressivi, sebbene alcuni di essi non siano mai stati diagnosticati formalmente (Kramer 2009,).

Si tratta di una condizione che dovrebbe essere trattata e non data per scontata a questa età. Inoltre, vale la pena notare che esiste un forte legame tra l'abuso sugli anziani e il sorgere di problemi di salute emotiva e fisica negativi come la depressione come risultato del maltrattamento stesso (Acierno et al., 2017). Depressione, ansia e disturbo post-traumatico sono stati infatti segnalati come le conseguenze psicologiche più frequenti dell'abuso sugli anziani. (Dong et al., 2013).

Lo stato di depressione rende difficile per le persone introdurre cambiamenti nella loro vita, limita la loro attività e spesso le fa rimanere passive in una situazione difficile. A volte è collegato all'impotenza appresa.

Speranza

Nei casi di violenza domestica, molto spesso si verifica un cosiddetto corso ciclico: il perpetratore, a parte i periodi in cui agisce violenza, ha anche giorni migliori, quando tratta bene la vittima, è devoto, caloroso e comprensivo. Ciò lega molto la persona abusata alla dipendenza dall'autore e dà una falsa speranza per un miglioramento duraturo della relazione: la speranza che l'abuso contro di lui/lei sia occasionale e finisca presto. Questa dinamica non è necessariamente presente nelle strutture di assistenza residenziale.

Colpa

Il comportamento tipico dell'autore consiste nel dare la colpa alla vittima. L'ha picchiata, spinta, sfidata, perché "vuole ancora qualcosa", "non mi dà pace", "si sporca", ecc. La costante ripetizione di queste affermazioni induce la vittima a pensare che se fosse più



efficiente, indipendente, disponibile, la situazione migliorerebbe, quindi a sviluppare senso di colpa.

Paura

Le persone abusate, dipendenti dall'autore, temono le conseguenze della rivelazione della violenza. Hanno paura di:

- rifiuto totale,
- aggressione crescente,
- ritorsione da parte dell'aggressore,
- essere inseriti in case di cura, il che è associato alla perdita dell'accesso al proprio luogo di residenza, ai nipoti, ecc.
- mancanza di fondi, non essere indipendenti, non essendo in grado di far fronte finanziariamente ai loro bisogni quotidiani.

(Perttu & Laurola, 2020)

Necessità di cure

La vulnerabilità biologica e la maggiore mortalità delle persone anziane è una delle ragioni per cui la maggior parte dei casi di abuso contro questo gruppo non viene identificato o segnalato. Si stima che un anziano su 6 sia vittima di violenza e allo stesso tempo solo il 4% dei casi di violenza verso questo gruppo venga segnalato (OMS). Inoltre, l'abuso è più diffuso in caso di deficit cognitivi: il 47% delle vittime di abusi identificate proviene dal gruppo degli anziani con demenza (Couture et al. 2016, p. 2). Per un anziano vittima di abusi, essere bisognoso di cure, avere la demenza, essere dipendente, sono i fattori che condizionano spesso l'unica via d'uscita dall'ambiente violento: l'istituzionalizzazione.

Obbligo di denuncia

I professionisti hanno in determinati casi l'obbligo di denunciare un reato qualora ne vengano a conoscenza. Come descritto in precedenza, questo li pone davanti a conflitti etici quando si relazionano con una potenziale vittima e ciò può limitare il disvelamento di situazioni abusive.

4. RISPETTARE IL DIRITTO DELLE PERSONE ANZIANE A NON PARLARE

Comprensione

Se sospetta che una persona anziana sia vittima di violenza, un operatore sanitario o di assistenza sociale dovrebbe parlare con loro, fornire supporto, offrire aiuto personale. La



maggior parte delle vittime rimane in silenzio per vergogna, paura, impotenza o ignoranza dei propri diritti. Sono anche spesso messe sotto pressione da parte degli autori o dei membri della famiglia. Il momento in cui la persona abusata inizia a parlare delle proprie esperienze può essere molto difficile per lei, quindi è importante trattarla con attenzione e comprensione (Perttu & Laurola, 2020, pag. 68).

La persona abusata dovrebbe prima di tutto essere rassicurata sul fatto che non è responsabile di ciò che sta accadendo, che l'autore è il solo responsabile della violenza. La compassione dell'operatore, il suo sostegno possono essere decisivi per le successive decisioni della vittima. Le informazioni sulla violenza, una volta rivelate, non possono essere lasciate, eliminate o dimenticate. Un carnefice che si sente impunito agisce sempre più crudelmente, e questo può mettere in pericolo la salute e persino la vita della vittima.

Un professionista dovrebbe incoraggiare la persona che sperimenta violenza a chiamare la polizia in caso di emergenza e non dovrebbe avere dubbi sul fatto di essere tenuto ad "interferire" nella vita di un'altra persona, offrendo il cosiddetto "supporto di prima linea" (OMS, 2013) – esprimendo empatia, conducendo una conversazione gentile, fornendo le informazioni necessarie, poiché per un persona anziana le loro azioni e cure possono essere l'unica possibilità per cambiare la situazione. Un professionista coinvolto nel processo di screening dovrebbe informare l'anziano che sia la violenza fisica che mentale sono reati e che la segnalazione del caso alla polizia dovrebbe essere presa in considerazione come per assicurare l'autore alla giustizia, a condizione che la vittima anziana voglia seguire questa strada. Il lavoratore deve quindi indicare le istituzioni o le organizzazioni che forniscono consulenza psicologica e legale gratuita e offrono assistenza sanitaria. Sarebbe anche utile se il lavoratore trovasse qualcun altro (familiare, vicino di casa, amico della vittima) per incoraggiare la persona abusata a non cambiare idea e a denunciare un reato. Questo supporto non istituzionale non dovrebbe essere trascurato poiché potrebbe essere più efficace degli sforzi messi in campo dai professionisti.

I diritti fondamentali delle persone che utilizzano l'assistenza sanitaria sono descritti, ad esempio, nella Carta europea dei diritti dei pazienti (Rete di cittadinanza attiva 2002). Essa indica, tra gli altri, che il paziente ha:

- il diritto all'informazione,
- il diritto al consenso,
- il diritto alla privacy e alla riservatezza,
- il diritto alla sicurezza.

5. GESTIRE LA DIVULGAZIONE

Le persone che forniscono assistenza agli anziani dovrebbero avere informazioni di base sulle istituzioni statali e locali responsabili dell'assistenza a questo gruppo sociale. In Italia



L'assistenza agli anziani è fornita principalmente attraverso due sistemi complementari: l'assistenza sanitaria e il sistema di assistenza sociale, supportati dal 3° settore – associazioni di volontariato e promozione sociale, cooperative sociali e imprese sociali.

Se la sicurezza della persona è minacciata, gli operatori sanitari e di assistenza sociale dovrebbero agire il prima possibile per prevenire altro contatto con l'autore del reato. Secondo i diversi sistemi e regolamenti nazionali, ciò potrebbe includere, ad esempio, il trasferimento della vittima in un rifugio, l'emissione di un ordine restrittivo per l'autore, l'attuazione di un piano di sicurezza.

Esistono diverse organizzazioni che possono essere contattate in caso di sospetto di violenza e che offrono supporto alle vittime di violenza. In termini generali esse sono:

Le forze dell'ordine

In situazioni che minacciano direttamente la vita o la sicurezza occorre chiamare le forze dell'ordine. Per le vittime che non possono effettuare una telefonata, di recente sono state sviluppate app accessibili di facile utilizzo come “112” che attiva in tutta Europa il servizio di emergenza localizzando la vittima.

Sistema sanitario

All'interno del sistema sanitario, sono essenzialmente tre le tipologie di servizi che possono essere coinvolti:

- **Servizi di emergenza:** in situazioni che minacciano direttamente la vita o la salute
- **Servizi di comunità:** come il medico di famiglia
- **Servizi specializzati:** come le strutture di assistenza residenziale, il centro diurno, i servizi specializzati di salute fisica e mentale

Servizio sociale

Il servizio sociale può offrire supporto alle vittime di abusi sugli anziani attraverso una varietà di mezzi, quali:

- 1- Messa in sicurezza
- 2- Attivazione di supporti economici
- 3- Attivazione di forme di tutela legale

Centri antiviolenza

I centri antiviolenza sono luoghi rivolti alle vittime di violenza, generalmente donne, che offrono consulenza legale, ascolto, supporto psicologico e accoglienza.

Se i dipendenti di un'istituzione o di un'organizzazione dedita a fornire aiuto, attraverso osservazioni, intuizioni, segnalazioni di terzi, risultati di screening ritengono che qualcuno



sia stato danneggiato e abbia bisogno di aiuto, non dovrebbero restare indifferenti. Quando si tratta della vita o della salute di un'altra persona, i professionisti dovrebbero agire in modo ragionevole, razionale e deciso per proteggere la vittima. Come accennato, l'intervento professionale dovrebbe essere guidato dalle norme in vigore e/o dalle pratiche di segnalazione della propria istituzione.

7. PIANIFICAZIONE DELLA SICUREZZA

Lo sviluppo di un piano di sicurezza è un metodo per affrontare la violenza. Grazie alla predisposizione e allo sviluppo di un progetto personalizzato, un anziano vittima di abuso saprà come comportarsi in una situazione di violenza nei confronti di sé e dei suoi cari. In altre parole, un piano di sicurezza può aiutare a ridurre il rischio di una vittima di essere colpita da un aggressore.

Alcuni dei preparativi per un piano di sicurezza potrebbero sembrare ovvi, ma durante i momenti di crisi e situazioni di forte stress un tale elenco di passi da compiere aiuta ad agire in modo chiaro e logico. In un riquadro sottostante viene presentato un esempio di passaggi per creare un piano di sicurezza.

Va sottolineato che quando viene preparato il piano di sicurezza nessun elemento deve diventare uno stimolo per ulteriori violenze; ad esempio, la borsa descritta al punto 3 (riquadro sotto) è utile solo se non c'è assolutamente alcuna possibilità che l'autore di violenza la trovi, poiché il ritrovamento della borsa potrebbe essere un fattore scatenante per un ulteriore evento abusivo.

Passaggi per creare un Piano di sicurezza in caso di violenza domestica (Centre for Family Support, 2021)

1. Prepara un elenco di numeri di emergenza da tenere sempre con te (polizia, amici, ambulanza, ecc.).
2. Identifica i posti dove rifugiarti nel caso in cui fossi costretto ad andartene da casa, anche se pensi che non accadrà mai.
3. Prepara una borsa con le cose necessarie e riporla in un luogo a te accessibile, sconosciuto all'autore, dove potrai recuperarla rapidamente. Assicurati che non ci siano possibilità che l'aggressore la trovi, poiché trovare la borsa può essere un fattore scatenante un ulteriore abuso.

Cosa mettere nella borsa (ad esempio):

- ◆ carta d'identità, passaporto, patente di guida ◆ soldi e carte di credito ◆ telefono cellulare
- ◆ chiavi di casa e dell'auto ◆ ricette per farmaci ◆ documenti importanti come i certificati delle assicurazioni
- ◆ rubrica con indirizzi e numeri di telefono ◆ vestiti, biancheria intima.

4. Informa i tuoi parenti stretti, familiari, vicini, ecc. della tua situazione. Il loro aiuto è molto importante. Chiedi loro di chiamare la polizia quando la tua sicurezza è in pericolo.
5. Concorda con i tuoi vicini e amici un segnale specifico, un suono che li informi che tu e i tuoi nipoti siete in pericolo e devono venirti in soccorso o chiamare la polizia
6. Parla con i nipoti se possono essere coinvolti - dovrebbero essere preparati a possibili eventi violenti. Insegna loro a chiamare la polizia e a dare segni ai vicini. Elabora un segno per chiedere aiuto insieme a loro.
7. Considera come si comporta e reagisce il perpetratore quando la sua rabbia sta per manifestarsi: identifica i segnali della violenza imminente (cosa dice, come si comporta sotto l'influenza dell'alcol, quale è l'espressione del suo viso, quali gesti fa, se compaiono pensieri ossessivi, ecc.), cosa può disinnescare la situazione minacciosa.
8. Fai una copia dei documenti per te importanti, conservali in un luogo inaccessibile all'autore, ad esempio presso amici fidati; l'autore, avendo i tuoi documenti, potrebbe tentare di distruggerli o usarli contro di te.
9. Apri il tuo conto in banca, sarai in grado di gestire i tuoi soldi in autonomia
10. Crea diversi motivi plausibili per uscire di casa in momenti diversi del giorno o della notte. Ex. andare a fare la spesa, passare il tempo con gli amici, stare più a lungo al lavoro, commissioni da sbrigare.
11. Se possibile, esercitati su come uscire in sicurezza, portando con te i nipoti se vivono con te. Userai porte, finestre o scale? Controlla questa via di fuga in modo da sapere se sarà utilizzabile per te nel momento di un attacco e ti assicurerà di uscire di casa il più rapidamente possibile.
12. Pianifica cosa fare se il perpetratore scopre il tuo piano.
13. Se possibile, tieni le armi come pistole e coltelli sotto chiave e conservate nel modo più inaccessibile possibile.

- 
15. Sii consapevole di come vestiti o gioielli potrebbero essere usati per farti del male fisicamente. Evita di indossare sciarpe o gioielli che possono essere usati per farti del male.
 16. Rimetti la macchina nel vialetto quando parcheggi a casa e tienila piena di carburante. Se possibile, tieni la portiera del conducente sbloccata con il resto delle portiere bloccate per consentire un rapido accesso al veicolo.
 17. Se la violenza è inevitabile, renditi il più piccolo possibile fisicamente. Spostati in un angolo e piegati a palla con il viso protetto e le braccia attorno a ciascun lato della testa, le dita intrecciate.

8. L'ABUSO NEL CONTESTO DELLE RESIDENZE PER ANZIANI

A differenza del contesto domiciliare, la ricerca sull'abuso nei contesti istituzionali ed in particolare nelle residenze per anziani è ancora, secondo alcuni autori, nella sua fase iniziale (Myhre, 2020).

Allo stato attuale, diverse rassegne sistematiche indicano che i contesti residenziali sono ad elevato rischio di abuso, maggiormente che nel contesto domiciliare (Yon, 2019). Accolgono generalmente un alto numero di persone con elevata dipendenza fisica, problematiche cognitive o di salute mentale (es. demenza o depressione), o con scarso supporto sociale, condizioni che sono riconosciute come importanti fattori di rischio individuali per le situazioni di abuso (Pillemer, 2016).

Inoltre, vi sono caratteristiche organizzative come il rapporto tra personale e gli ospiti accolti, il rapporto tra il personale formato e non, la qualità della formazione del personale e l'orientamento assistenziale, che possono contribuire a far diventare le case di cura e le strutture residenziali ambienti lavorativi stressanti: in diversi studi il personale attribuisce la propria esperienza di stress alla carenza di personale e alla pressione del tempo, ed il personale che si è autodenunciato di aver commesso abusi si è descritto come emotivamente esausto (Yon, 2019).

Numerosi possono inoltre essere gli elementi di complessità specifici di questo contesto: l'abuso di un anziano ospitato in un contesto istituzionale può verificarsi infatti non solo all'interno della relazione di cura con i caregiver professionali, ma anche nella relazione con i suoi famigliari, o con altri residenti o ospiti della struttura in cui è accolto. Quest'ultima tipologia (RRA – Resident to Resident aggression) potrebbe secondo alcuni autori essere la più frequente (Mileski, 2019).

Anche la tipologia di abuso più frequentemente rilevata appare differente dal contesto domiciliare: l'abuso psicologico e l'abbandono (o inadeguatezza delle cure, in inglese “neglect”) sarebbero infatti prevalenti nel contesto delle residenze per anziani (Myhre, 2020).



Queste ultime tipologie di abuso, ed in particolare l'abuso psicologico, appaiono particolarmente difficili da rilevare, e possono risultare in diversi tipi di conseguenze, non solo dal punto di vista fisico: depressione e declino cognitivo sono tra gli esiti sulla salute psichica maggiormente citati in letteratura (Lachs, 1998), ed entrambe le condizioni appaiono particolarmente gravose per l'anziano, di per sé potendo risultare in importanti peggioramenti funzionali e ricadute anche sulla salute fisica.

Appare pertanto importante garantire non solo un supporto adeguato all'anziano vittima di abuso accolto in un contesto residenziale, ma anche intervenire tempestivamente sul suo ambiente di cura per ridurre le conseguenze dell'evento, e la possibilità che si ripresenti.

Il supporto psicosociale alla persona

Le differenti modalità con cui le persone reagiscono, emotivamente e psicologicamente, ad una situazione di abuso, e le diverse problematiche che possono sviluppare di conseguenza, richiedono per ciascun caso una approfondita valutazione diagnostica specialistica, psicologica o psichiatrica, per valutare adeguatamente quali interventi di supporto possono essere più efficaci.

Data la complessità del fenomeno, e la multidimensionalità dei bisogni e delle problematiche di un anziano vittima di abuso, diversi autori segnalano infatti come la presa in carico da parte di una equipe multidisciplinare costituisca un “golden standard” nella definizione e nella conduzione degli interventi: la risposta deve infatti comprendere non solo un supporto sanitario e psicologico o psichiatrico, ma anche finanziario, legale e di supporto da parte dei servizi sociali (Van Royen, 2020). La necessità di un approccio multidisciplinare alla cura dell'anziano è ben nota in letteratura da tempo, ma nella presa in carico di situazioni di abuso le ricerche sull'efficacia di una sua implementazione sono ancora scarse (Pillemer, 2016).

Ad esempio, una recente ed approfondita rassegna sistematica (Baker, 2016) ha identificato solo due studi su interventi (supporto nella forma di visite domiciliari e follow-up da parte dei servizi sociali e forze dell'ordine in un caso, e partecipazione ad un gruppo di supporto psicosociale in un altro) rivolti ad anziani vittime di abuso, concludendo che sono tuttora insufficienti le evidenze sperimentali su quali siano i componenti maggiormente efficaci, ed in quali circostanze.

Maggiormente promettenti appaiono invece alcuni recenti studi che documentano programmi specifici di supporto psicoterapico e rivolti alla popolazione in esame: ad esempio è risultato efficace nel migliorare la depressione di anziani vittime di abusi il progetto PROTECT, che consiste un tipo di psicoterapia cognitivo-comportamentale, condotta nell'arco di otto incontri, e che include elementi di psico-educazione su stress e depressione, e l'identificazione di obiettivi di trattamento da raggiungere, quali l'aumento della cura di sé per aumentare l'auto-efficacia percepita, la definizione di step per il



miglioramento della percezione della propria sicurezza personale, e delle interazioni con le persone potenzialmente abusanti, l'identificazione di attività piacevoli e la valutazione della loro efficacia insieme al paziente (Sirey, 2021).

L'intervento psicosociale nell'ambiente di cura

Benché, come ricordato, i contesti residenziali possano essere ambienti in cui vi è un elevato rischio di incontrare situazioni di abuso, vi sono al momento pochi e deboli studi su quali siano i principali fattori di rischio a livello organizzativo. Tuttavia, diversi autori sono concordi nell'identificare come aspetti particolarmente critici l'inadeguata formazione e la scarsa supervisione a disposizione dello staff, la scarsa possibilità da parte dello staff di coinvolgere l'ospite nelle attività quotidiane, e le diverse attitudini e pregiudizi nei confronti della vecchiaia (Baker, 2016).

Rispetto a ciò, la formazione dello staff su attitudini e teorie sull'invecchiamento appare particolarmente importante: infatti, attitudini e stereotipi negativi possono portare ad una accettazione sociale dell'abuso verso l'anziano, che può essere percepito come fragile, come eccessivamente dipendente, o come un impegno troppo gravoso, rendendo poi permessibile il maltrattamento (Pillemer, 2016).

Ancora, la formazione è uno strumento efficace per migliorare la comprensione delle situazioni di abuso ed aumentare la capacità di rilevarle e quindi di prevenirle: creando una cultura del lavoro in cui il personale segnali tutti i sospetti eventi avversi e i quasi incidenti, compresi i sospetti di abuso da parte dei residenti, le organizzazioni possono aumentare le proprie possibilità di identificare e correggere rapidamente i comportamenti abusivi (Mileski, 2019).

Tuttavia, la sola formazione dello staff potrebbe però non essere sufficiente: il coinvolgimento e la partecipazione della leadership ed in generale delle figure di coordinamento appare in letteratura come cruciale per l'implementazione efficace di programmi che promuovano una maggiore consapevolezza da parte dello staff ed una modalità di cura maggiormente centrata sui bisogni delle persone accolte (Mileski, 2019).

A questo proposito, appare chiaro come l'utilizzo di un approccio di cura "centrato sulla persona" (Kitwood, 1998), e che quindi non si ponga come unico obiettivo la custodia e la salvaguardia della persona, ma punti invece a migliorarne il benessere, possa permettere, non solo nel caso di anziani fragili e con deterioramento cognitivo, di migliorare il riconoscimento e la soddisfazione delle diverse esigenze individuali, aumentando la collaborazione nelle cure e riducendo il comportamento aggressivo o reattivo, e potendo quindi prevenire le situazioni di abuso che possono verificarsi durante le attività di assistenza (Braaten, 2017).



L'importanza di lavorare in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale si ritrova anche nella letteratura che si è occupata di interventi rivolti non solo alla singola persona ma all'ambiente ed al contesto in cui questa è accolta.

Secondo alcuni autori (Shen, 2021), gli interventi più promettenti appaiono quelli che coinvolgono diversi attori (non solo l'anziano ma anche la sua famiglia ed i caregiver formali che lo assistono), e che si sviluppano su diversi ambiti (includendo non solo l'attivazione di servizi di supporto ma anche elementi di psico-educazione), ponendosi l'obiettivo di migliorare la capacità di riconoscere le situazioni di abuso, di migliorare le conoscenze teoriche e pratiche e l'efficacia dei comportamenti attuati per prevenirle.

In particolare, vi sarebbero evidenze sperimentali dell'efficacia di interventi che si pongono l'obiettivo di migliorare variabili intermedie, come lo stress psicosociale, le conoscenze e le abilità dei caregiver formali (psico-educazione su tecniche di comunicazione, di gestione di rabbia e stress, di problem-solving), e che possono poi a loro volta portare ad una riduzione della frequenza dei comportamenti di abuso, avendone ridotto i fattori di rischio (Shen, 2021).

Infine, appare importante anche implementare, non solo in un'ottica di prevenzione delle situazioni di abuso, sistemi di supervisione periodica per lo staff, sia individuale che in incontri di gruppo periodici: nella letteratura sull'argomento, le situazioni di burnout professionale o di "emotional exhaustion", che possono predisporre a reagire con comportamenti di prevaricazione ed abuso, risentono fortemente non solo di fattori organizzativi come il carico complessivo di lavoro, ma anche del livello di supporto lavorativo percepito, e del livello di controllo sul proprio lavoro (Aronsson, 2017).

Come suggeriscono alcuni approcci recenti (Menne, 2007, "Shared Decision Making"), che hanno l'obiettivo di aumentare la qualità dell'assistenza nei contesti residenziali, includendo nei processi decisionali che tale assistenza definiscono famigliari, ospiti ed operatori insieme, è proprio implementando sistematicamente spazi di confronto e di riflessione su quale sia l'assistenza migliore per ciascuna persona accolta, che è possibile spostare, nel caso di una situazione di abuso, l'attenzione dalle singole responsabilità individuali, che vanno assolutamente definite ma che non è forse utile considerare come la causa ultima ed esclusiva, alla creazione di una cultura del servizio in cui sperimentare un ambiente di lavoro aperto e positivo, in cui vi sia spazio per discutere e riflettere sulle pratiche individuali, non solo in situazioni difficili.

Come sottolineano le conclusioni di un interessante studio qualitativo (Braaten, 2017), appare importante per una organizzazione orientata a ridurre le conseguenze ed a prevenire le situazioni di abuso, facilitare il più possibile il personale nel:

- Saper riconoscere ed identificare gli abusi
- Saper comunicare efficacemente
- Saper lavorare in squadra

- 
- Saper riflettere insieme su quali siano i bisogni dell'ospite
 - Saper costruire una relazione basata sulla fiducia
 - Saper coinvolgere l'ospite
 - Saper gestire i momenti difficili
 - Avere il supporto della leadership
 - Costruire una cultura del servizio
 - Poter adattare tempi ed organizzazione alle esigenze dell'ospite

Infine, appare fondamentale anche mantenere un'ottica di confronto e di collaborazione con gli enti regolatori e le autorità sanitarie, per assicurarsi che le procedure e le politiche che regolamentano le diverse attività siano sempre adeguate ed aggiornate (Mileski, 2019).

Oltre quindi ad un modello di assistenza centrato sulla persona, lo scambio di buone pratiche tra i settori per la prevenzione degli abusi sugli anziani e la formazione e lo sviluppo delle capacità delle équipes di professionisti multidisciplinari sono gli strumenti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza e prevenire le situazioni di abuso (Yon, 2019).

Attività di apprendimento attivo

Una serie di esercizi che possono essere utilizzati per applicare praticamente i contenuti teorici insegnati nel modulo.

ESERCIZIO 1 – LA PARATA DEI POST-IT

Scopo dell'esercizio: aiutare i partecipanti a entrare in empatia con se stessi.

Materiale necessario: post-it

Istruzioni: fornire ai partecipanti diversi post-it. Chiedere loro di scrivere sui post-it tutti i sentimenti o le situazioni che pensano potrebbero essere vissuti da un professionista che lavora con potenziali vittime di violenza nella loro organizzazione. Chiedere loro di usare un post-it per ogni sensazione o situazione a cui riescono a pensare.

Il facilitatore quindi raccoglie i post-it man mano che vengono prodotti da tutti i partecipanti alla formazione e li posiziona su una bacheca/lavagna a fogli mobili, raggruppandoli per categorie.

Le risposte suggerite dal gruppo vengono quindi discusse in plenaria e il formatore integra le conoscenze, se necessario.

ESERCIZIO 2 - "REPLAY"

Scopo dell'esercizio: rivedere i contenuti del modulo

Materiale necessario:

- Un elenco di 8-12 domande aperte da ripetere con il gruppo.
- Una lavagna a fogli mobili o una lavagna¹⁰ in cui riportare le diciture mostrate a destra.
- Un misuratore di tempo (ad es. un cronometro su uno smartphone).
- Due cartoncini colorati che consentono di mostrare chiaramente "sì" o "no" all'altro gruppo.

Sfide nel lavoro con
vittime di abuso

1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

SQUADRA A | SQUADRA B

PUNTI | PUNTI

¹⁰ I numeri nel tabellone rappresentano il numero della domanda. Durante il gioco, le domande che sono già state poste dovrebbero essere cancellate. Questo non solo aiuta i partecipanti a rispondere a nuove domande, ma aumenta anche la tensione. Il numero ottimale di

- Un piccolo premio per la squadra vincitrice (consigliato, ma non necessario).

Istruzioni: Il formatore informa i partecipanti sulle regole:

- Le squadre, a turno, scelgono un numero che corrisponde ad una domanda.
- La risposta a ciascuna delle domande vale 1 punto. Ci sono 3 domande bonus nascoste che valgono 2 punti.
- Dopo che la domanda è stata letta dal formatore, la squadra ha 20-30 secondi per preparare una risposta.
- La seconda squadra ascolta la risposta ed esprime il suo accordo/disaccordo con la risposta. Il cartoncino “Sì” significa che sono d'accordo con la risposta. Il cartoncino “No” significa che la risposta non è completamente corretta.
- Se gli avversari hanno aggiunto informazioni importanti, le squadre si dividono il punto per la domanda.
- Se gli avversari hanno corretto un errore significativo nella risposta della squadra, prendono tutti i punti.
- Indipendentemente dal risultato, la domanda successiva viene scelta dalla seconda squadra.
- La squadra vincitrice riceve un applauso e un piccolo premio (opzionale).

Ricorda che l'obiettivo più importante del gioco non è vincere o divertirsi, ma ripetere il programma in modo efficace. Pertanto, il formatore deve vigilare sul merito della risposta e non esitare a compilare le informazioni mancanti in modo breve e rapido, in modo da non disturbare la dinamica del gioco.

Nota per il formatore: le domande per la ripetizione del materiale dovrebbero assumere la forma di una domanda aperta o di una richiesta per fornire un certo numero di funzioni o nominare tutti gli elementi di una lista. Dalle domande, scegline 3 come domande bonus.

Esempi di domande:

1. Cosa possono fare (di più) i governi per prevenire gli abusi sugli anziani? Dai almeno 3 idee. Per elencare più strategie, ci sono punti extra: domanda **bonus**.
2. Quali possono essere le conseguenze sulla salute psichica di una persona vittima di abuso?
3. Fornisci 3 esempi di aspetti a cui fare attenzione a livello organizzativo per ridurre o prevenire gli abusi nel contesto residenziale

domande è compreso tra 8 e 12 (dovrebbero essere sempre in numero pari). Prendere nota del nome della squadra e sotto tenere traccia del punteggio

4. Elenca 5 diversi sentimenti che possono impedire a un anziano vittima di abuso di rivelarsi.
5. Indica almeno 7 passaggi nella creazione di un piano di sicurezza (domanda **bonus**).
6. Durante lo screening hai scoperto che il tuo paziente anziano è vittima di abusi. Quali potrebbero essere i primi 3 passi da compiere per gestire questa informazione?
7. Elenca alcuni sentimenti che può vivere un operatore che affronta l'abuso agli anziani? Nominane 3 per vincere un punto, nominane almeno 6 per ottenere un **bonus** punto.
8. Quali sono i diritti sanitari fondamentali sanciti dalla Carta dei diritti dei pazienti dell'UE?
9. Quale tipo di abuso sembra essere più frequente nei contesti residenziali?
10. Su quali aspetti verte una formazione efficace nel prevenire episodi di abuso, all'interno del contesto residenziale?

Bibliografia

1. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D & Muzzy W 2017, 'The National Elder Mistreatment Study: an 8-year longitudinal study of outcomes.' *Journal of elder abuse & neglect*, 29(4), 254-269
2. Active Citizenship Network 2002, *European Charter of Patients' Rights*, viewed 30 May 2021, https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
3. Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T. et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 17, 264 (2017).
4. Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010321.
5. Braaten KL, Malmedal W. Preventing physical abuse of nursing home residents- as seen from the nursing staff's perspective. *Nurs Open*. 2017;4(4):274-281. doi:10.1002/nop2.98
6. Butler, RN (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row

7. Centre for Family Support, viewed May 30th, 2021, http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan_bezpiecze%C5%84stwa.pdf
8. Chang, ES & Levy BR 2021, 'High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007
9. Couture, M, Soulièreset, M, Israël, S & Sasseville, M 2016, 'Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible?', *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21, doi: 10.1177/0886260516662851.
10. Dong, X., Chen, R., Chang, ES, & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
11. European Institute for Gender Equality 2019, viewed 12 September 2021, <https://eige.europa.eu/publications/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexism>
12. Eurostat 2020, *Mental health and related issues statistics 2020*, viewed 12 September 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
13. Killick, C & Taylor, BJ, 2009, 'Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 211-238. doi: 10.1080/08946560902997421
14. Kramer, D et al. 2009, 'Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment', *International Journal of Psychiatry Medicine*, 2009;39(4):345-58, doi: 10.2190/PM.39.4.a
15. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428-32
16. Menne HL, Whitlatch CJ. Decision-making involvement of individuals with dementia. *Gerontologist* 2007;47:810–9. 10.1093/geront/47.6.810
17. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, et al. Preventing the abuse of residents with dementia or Alzheimer's disease in the long-term care setting: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2019;14:1797–1815.
18. Myhre, J.; Saga, S.; Malmedal, W.; Ostaszkiwicz, J.; Nakrem, S. Elder abuse and neglect: An overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Serv. Res.* 2020, 20, 199.
19. National Domestic Violence Hotline, viewed 31 May 2021, <https://www.thehotline.org/create-a-safety-plan/>
20. Perttu, S & Laurola, H, 2020, 'How to Identify and Support Older Victims of Abuse. A training handbook for professionals, volunteers and older people', Tartu, Estonia, viewed 20 May 2021, https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf

21. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2): S194–S205.
22. Polish Government Portal, Help for people affected by domestic violence, viewed 31 May 2021, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzynie>
23. Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Kirchner, JE, 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.' *Implementation Science*, 10, Article 21, viewed 20 May 2021, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
24. Rogers M 2016, 'Barriers to help-seeking: older women's experiences of domestic violence and abuse. Briefing note,' viewed 20 May 2021: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/41328/>
25. Royal College of Psychiatrists, Public Education Committee, 2015, viewed 30 May 2021, <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder?searchTerms=post%20traumatic>
26. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA & Jogerst, GJ, 2012, 'Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36, doi: 10.1080/08946566.2011.608044
27. Shen Y, Sun F, Zhang A and Wang K (2021) The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Elder Abuse in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychol.* 12:679541. doi: 10.3389/fpsyg.2021.679541
28. Sirey JA, Solomonov N, Guillod A, Zanotti P, Lee J, Soliman M, et al. PROTECT: a novel psychotherapy for late-life depression in elder abuse victims. *Int Psychog.* (2021) 33:521–5. doi: 10.1017/S1041610221000430
29. Stolee, P, Hiller, LM, Etkin, M. & McLeod, J, 2012 "'Flying by the seat of our pants": Current processes to share best practices to deal with elder abuse.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 179-194.
30. Stowarzyszenie INTRO and Wrocław Commune, Kampania Przemoc (Campaign: Abuse) 2021, viewed 20 May 2021, https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php
31. Szukalski, P, 2009, 'Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne' ('Ageism - individual and institutional manifestations') in Halicka M, Halicki J & Czykier K. (ed), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. (Adult and senior man in a situation of violence)*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, pp. 59-68.

- 
32. Tamutiene I, De Donder L, Penhale B, Lang G, Ferreira-Alves J & Luoma ML 2013, 'Help seeking behaviour of abused older women (Cases of Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal).' *Filosofija Sociologija*, 24(4), 217–225.
 33. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2020 Highlights, 2020, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
 34. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: A scoping review. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1793–807.
 35. Violence Against Women and Girls (VAWG) Resource Guide | Brief on Violence Against Older Women, 2016, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf
 36. WHO, <https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>
 37. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 38. WHO, 2013, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, viewed 1 September 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1
 39. WHO. (2015). World report on ageing and health. Geneva: Author. See also: Butler, RN (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246
 40. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019 Feb 1;29(1):58-67. doi: 10.1093/eurpub/cky093. PMID: 29878101; PMCID: PMC6359898.

Valutazione dell'apprendimento

È possibile utilizzare le seguenti domande per valutare l'apprendimento dei propri studenti. Le risposte corrette sono sottolineate.

1. Gli elementi chiave nella maggior parte delle definizioni di abuso sugli anziani sono: azioni e omissioni da parte dell'autore che causano danni o creano un grave rischio di danno a un anziano fragile e vulnerabile. L'autore può essere un caregiver o un'altra persona di fiducia dell'anziano. Vero o falso?
2. Cadute e lesioni inspiegabili, fratture di cause indeterminate, ustioni e contusioni in luoghi insoliti o di tipo insolito, tagli, impronte di dita o altri segni di costrizione fisica, segni sulla pelle che suggeriscono che l'individuo possa essere stato legato o contenuto sono considerati segni di abuso fisico. Vero o falso?
3. Quali dei seguenti sono fattori di rischio per l'abuso sugli anziani?
 - a. Dipendenza, disabilità dell'anziano
 - b. Scarsa salute mentale dell'anziano
 - c. Essere donna
 - d. Mancanza di servizi di supporto/formazione per gli operatori
 - e. Tutto quanto sopra
4. Il termine "indagine di routine" si riferisce all'indagine sulla violenza del partner intimo senza utilizzare i criteri di salute pubblica di un programma di screening completo Vero o falso?
5. Uno screening positivo per l'abuso sugli anziani significa:
 - a) che l'abuso sugli anziani si sta sicuramente verificando
 - b) che dovrebbero essere raccolte ulteriori informazioni
 - c) che la persona non è vittima di abuso
6. Rilevare l'abuso nelle persone anziane con demenza rispetto alle persone anziane senza la demenza è:
 - a) più impegnativo
 - b) meno impegnativo
 - c) non c'è differenza

7. In che modo può essere fornito il consenso in un'indagine di routine/screening?

- a. solo esplicitamente
- b. solo implicitamente
- c. sia esplicitamente che implicitamente

8. Durante una procedura di indagine di routine/screening, l'intervistatore (il professionista) ha in tutti i casi un "obbligo di segnalazione". Vero o falso?

9. Nel documentare le risposte alle domande aperte, l'intervistatore dovrebbe riportarle alla *lettera*. Vero o falso?

10. Le strutture per anziani sono ambienti a rischio di abuso perché...?

- a. ospitano persone che richiedono molta assistenza
- b. possono diventare ambienti lavorativi stressanti
- c. entrambe le precedenti

11. Gli interventi di psico-educazione rivolti agli operatori assistenziali dovrebbero includere:

- a. gestione dello stress e problem solving
- b. gestione del tempo e tecniche assistenziali
- c. psicoterapia

12. Quale dei seguenti diversi sentimenti può impedire a un anziano vittima di abuso di rivelarsi?

- a. Affetto / cura per il perpetratore
- b. Vergogna
- c. Entrambe le precedenti

