



# Abuso sugli anziani

(Abuso di anziani)

Di [Daniel B. Kaplan](#), PhD, LICSW, Adelphi University School of Social Work;  
[Barbara J. Berkman](#), DSW, PhD, Columbia University School of Social Work

Ultima modifica dei contenuti feb 2021

L'abuso sugli anziani racchiude maltrattamenti fisici o psicologici, incuria o sfruttamento economico dell'anziano.

Tipi comuni di abuso sugli anziani sono abuso fisico, abuso psicologico, incuria e abuso economico. Ciascun tipo può essere intenzionale o non intenzionale. La poli-vittimizzazione (concomitanza di molteplici forme di abuso) è frequente. Gli aggressori sono spesso i figli adulti, ma possono essere altri familiari o caregiver (la persona che assiste il paziente) pagati e non.

L'**abuso fisico** consiste nell'uso della forza da cui deriva un danno o disagio fisico o psicologico. Comprende spinte, scossoni, percosse, contenzione, nutrimento forzato, e ingiustificata gestione dei farmaci. Può comprendere l'abuso sessuale (ogni forma di intimità sessuale ottenuta senza consenso o con forza o minacce).

L'**abuso psicologico** è l'uso di parole, gesti o altri mezzi volti a causare stress emotivi o ansia. Comprende fare minacce (p. es., di ricovero presso qualche istituzione), insulti e brusche imposizioni tanto quanto rimanere in silenzio e ignorare la persona. Questo tipo di abuso comprende l'infantilizzazione (una forma di comportamento paternalistico in cui chi abusa tratta l'anziano come un bambino) che incoraggia la persona anziana a diventare dipendente da chi abusa di lei.

L'**incuria** consiste nel non fornire o rifiutare cibo, medicine, assistenza personale o venire incontro ad altre necessità; comprende anche abbandono. La trascuratezza che si traduce in un danno fisico o psicologico è considerata un abuso.

L'**abuso economico** è lo sfruttamento o la disattenzione verso le proprietà o i beni di una persona. Comprende truffare, far pressione affinché assegni i suoi beni e gestire con poca responsabilità le sue proprietà.

Meno del 20% dei casi di abuso è segnalato e solo circa il 15% degli anziani maltrattati chiede aiuto alle autorità o agli operatori.

Malgrado l'incidenza reale non sia chiara, l'abuso sugli anziani è un problema crescente di salute pubblica negli Stati Uniti. Il [National Center on Elder Abuse](#) cita studi che riportano fino a 1 su 10 anziani che è risultato vittima di maltrattamento fisico, psicologico, abuso sessuale, sfruttamento finanziario e incuria. In studi condotti in Canada e in Europa occidentale, l'incidenza dell'abuso era paragonabile a quella riscontrata negli Stati Uniti. L'abuso sugli anziani è associato a cattive condizioni di salute, a danni psicologici, a ricoveri ripetuti, a perdite finanziarie e a mortalità prematura.

L'abuso, di solito, diventa più frequente e grave nel tempo. Le segnalazioni di abuso sugli anziani sono aumentate durante la [pandemia di COVID-19](#), probabilmente a causa di una maggiore vulnerabilità delle vittime e di fattori di stress o di cause scatenanti degli abusatori a causa dell'isolamento sociale, delle difficoltà finanziarie e della scarsa salute mentale. Pertanto, i medici devono rimanere vigili nell'identificare i pazienti anziani a rischio di maltrattamento e nel fornire i referenti appropriati per l'intervento e la consulenza.

## Fattori di rischio

Per la vittima, i fattori di rischio per l'abuso sugli anziani comprendono disabilità (malattie croniche, compromissione funzionale, alterazione cognitiva) e isolamento sociale. Per chi abusa, i fattori di rischio comprendono abuso di sostanze, disturbi psichiatrici, anamnesi positiva per violenza, stress e dipendenza dalla vittima (comprese le modalità di convivenza, vedi tabella [Fattori di rischio per abuso sugli anziani](#)).

## Diagnosi

L'abuso sugli anziani è difficile da rilevare, poiché molti dei segni sono sottili e spesso la vittima è poco propensa o incapace di far emergere l'abuso. Le vittime possono nascondere l'abuso per la vergogna, la paura di rappresaglie o il desiderio di proteggere l'aggressore. Talvolta, quando le vittime dell'abuso cercano aiuto, ricevono spesso risposte inadeguate dal personale sanitario, che può, per esempio, considerare le lamentele sull'abuso come confusione, paranoia o demenza.

L'isolamento sociale delle vittime anziane spesso rende difficile scoprire l'abuso sugli anziani. L'abuso tende ad aumentare l'isolamento, poiché chi abusa spesso limita l'accesso della vittima al mondo esterno (p. es., nega le visite, rifiuta le chiamate telefoniche).

La sintomatologia dell'abuso sugli anziani può essere attribuita erroneamente alla malattia cronica (p. es., la frattura dell'anca attribuita all'osteoporosi). Tuttavia, le seguenti situazioni cliniche sono particolarmente indicative di abuso:

- Ritardo tra un infortunio o malattia e la richiesta di intervento medico
- Incongruenze nei racconti del paziente e del caregiver
- Gravità degli infortuni non compatibile con la spiegazione fornita dal caregiver
- Spiegazione non plausibile o vaga dell'infortunio da parte del paziente o del caregiver
- Frequenti visite al pronto soccorso per le riacutizzazioni di una malattia cronica, nonostante un piano di cure appropriato e risorse adeguate
- Assenza del caregiver quando un paziente funzionalmente compromesso si presenta dal medico
- Gli esami di laboratorio non sono compatibili con l'anamnesi
- Riluttanza del caregiver nell'accettare assistenza sanitaria domiciliare (p. es., la visita di un infermiere) o nel lasciare il paziente anziano da solo con un operatore sanitario

I medici sono incoraggiati a prendere in considerazione le indagini di routine (raccomandate dall' [American Medical Association](#)) o lo screening di routine per abusi sugli anziani (raccomandato dalla Joint Commission, dal National Center on Elder Abuse, e dalla National Academy of Sciences). L'indagine di routine da parte dei medici si basa su un maggiore sospetto e comporta un colloquio non sistematico sul possibile abuso sugli anziani. Lo screening di routine comporta l'uso sistematico di strumenti che sono stati convalidati nell'ambito dell'assistenza primaria, come l' [Elder Abuse Suspicion Index \(EASI ©\)](#), a sei voci.

## Anamnesi

Se si sospetta l'abuso sugli anziani, il paziente deve essere interrogato dapprima da solo, per lo meno per una parte del tempo. Le altre persone coinvolte possono essere intervistate anche separatamente. Il colloquio con il paziente può iniziare con domande generali circa i sentimenti di sicurezza, ma deve anche comprendere domande dirette riguardo possibili maltrattamenti (p. es., violenza fisica, restrizioni, incuria). Se l'abuso è confermato, la natura, la frequenza e la gravità degli eventi devono essere individuati. Le circostanze scatenanti l'abuso (p. es., l'intossicazione da alcol) devono essere indagate.

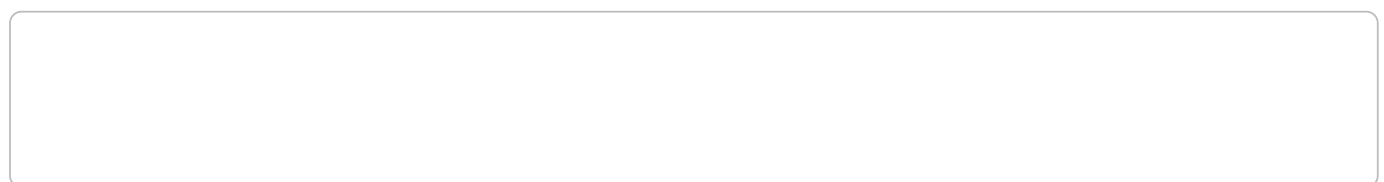
Le risorse sociali ed economiche del paziente devono essere valutate, poiché influenzano le decisioni relative al trattamento (p. es., la sistemazione, l'assunzione di un caregiver [la persona che assiste il paziente] professionista). L'esaminatore deve indagare se il paziente abbia a disposizione familiari o amici in grado e desiderosi di occuparsi di lui, di ascoltarlo e assisterlo. Se le risorse economiche sono adeguate, ma le necessità di base non vengono raggiunte, l'esaminatore deve capire il perché. Determinare queste risorse può anche aiutare a identificare i fattori di rischio per l'abuso (p. es., stress finanziari, sfruttamento economico del paziente).

Durante il colloquio con il caregiver familiare, il confronto deve essere evitato. L'intervistatore deve determinare se le responsabilità di chi si occupa del paziente sono troppo pesanti per il familiare e riconoscere, se necessario, il difficile ruolo del caregiver. Vengono poste domande al caregiver circa eventi recenti stressanti (p. es., lutto, stress finanziari), la malattia del paziente (p. es., necessità di assistenza, prognosi) e le cause riferite di qualsiasi trauma recente.

Nelle piccole comunità, comprese le città rurali e le comunità tribali, devono essere sviluppati ulteriori processi per preservare la riservatezza e la privacy quando si portano avanti lo screening e la risposta al sospetto abuso sugli anziani, perché i pazienti, gli autori di abusi, i fornitori, il personale dell'ufficio medico e gli interventisti spesso si conoscono tra di loro. La assicurazione di tali processi durante le interviste deve facilitare la segnalazione da parte delle vittime.

## Esame obiettivo

Il paziente deve essere esaminato con cura, preferibilmente alla prima visita, alla ricerca di segni di abuso sugli anziani (vedi tabella [Segni dell'abuso sugli anziani](#)). Il medico può avere bisogno dell'aiuto di un familiare o di un amico fidato del paziente, dei servizi di assistenza sociale o, occasionalmente, di agenzie legali al fine di incoraggiare chi si occupa del paziente o il paziente stesso ad acconsentire alla valutazione. Se si rileva o si sospetta un abuso, una consulenza da parte dei servizi sociali è obbligatoria nella maggior parte degli stati.



Deve essere valutato lo stato cognitivo, p. es., usando il Mini-Mental State Examination ( [Esame dello status cognitivo](#)). L'alterazione cognitiva è un fattore di rischio per l'abuso sull'anziano e può inficiare l'affidabilità dell'anamnesi e la capacità del paziente di prendere decisioni relative al trattamento.

Devono essere valutati l'umore e lo stato emotivo. Se il paziente si sente depresso, pieno di vergogna, colpevole, ansioso, impaurito o arrabbiato, allora si devono esplorare i fattori sottostanti a tali emozioni. Se il paziente minimizza o razionalizza le tensioni o i conflitti familiari o è riluttante a discutere dell'abuso, l'esaminatore deve determinare se queste attitudini stanno interferendo con il riscontro o l'ammissione dell'abuso.

Deve essere valutato lo stato funzionale, compresa l'abilità a eseguire le [attività quotidiane](#), e si deve annotare qualsiasi limitazione dell'attività che altera l'autoprotezione. Se il paziente richiede aiuto per le attività della vita quotidiana, l'esaminatore deve determinare se l'attuale caregiver ha capacità emozionali, economiche e intellettuali sufficienti per il compito. Altrimenti si deve individuare un altro caregiver.

Si devono individuare malattie concomitanti che potrebbero essere causate o esacerbate dall'abuso.

## Esami di laboratorio

La diagnostica per immagini e altri test di laboratorio (p. es., elettroliti per stabilire l'idratazione, albumina per stabilire lo stato nutrizionale, livelli plasmatici dei farmaci per documentare la compliance ai regimi terapeutici prescritti) vengono eseguiti quando richiesto, sia per identificare che per documentare l'abuso.

## Documentazione

La relazione medica deve contenere un rapporto completo circa l'abuso effettivo o sospetto, preferibilmente riportando le parole del paziente. Deve essere inclusa una descrizione dettagliata di ogni trauma, supportata da fotografie, disegni, immagini RX e altra documentazione oggettiva (p. es., risultati di laboratorio), quando possibile. Devono essere effettuati esempi specifici di come non siano state soddisfatte le necessità del paziente, nonostante il piano di assistenza stabilito e l'adeguatezza delle risorse.

## Prognosi

Le persone anziane che subiscono abusi sono ad alto rischio di morte. In un ampio studio longitudinale di 13 anni su adulti residenti in comunità di età superiore ai 65 anni indicati per i servizi di protezione per abuso, sfruttamento o incuria, il tasso di sopravvivenza è stato del 9% rispetto al 40% per un gruppo di controllo con soggetti che non sono stati indicati per questi motivi o per il trascurarsi. L'analisi multivariata ha confermato l'effetto indipendente dell'abuso (1).

## Riferimento

1. [Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al](#): The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280(5):428-32, 1998. doi:10.1001/jama.280.5.428

## Trattamento

È essenziale un approccio interdisciplinare (che coinvolga medici, infermieri, assistenti sociali, legali, ufficiali legislativi, psichiatri e altri specialisti). Ogni precedente intervento (p. es., l'ordine del Tribunale di tutela) e la ragione del suo fallimento devono essere indagati per evitare di ripetere gli errori.

## Intervento terapeutico

Se il paziente è in pericolo immediato, il medico, consultandosi con lui, deve considerare il ricovero ospedaliero, l'intervento legislativo o il trasferimento in un ambiente sicuro. Il paziente deve essere informato sui rischi e sulle conseguenze di ogni opzione. Se il paziente non è in pericolo immediato, devono essere presi in considerazione interventi atti a ridurre il rischio, ma con meno urgenza. La scelta dell'intervento dipende dall'intento lesivo di chi vuole provocare un danno. Per esempio, se un familiare somministra un'eccessiva quantità di farmaco per la mancata comprensione delle indicazioni mediche, il solo intervento necessario può essere quello di fornire istruzioni più chiare. Un sovradosaggio intenzionale richiede un intervento più intensivo.

In generale, gli interventi devono essere adattati a ciascuna situazione. Gli interventi possono comprendere

- Assistenza medica
- Educazione alla sensibilità culturale (p. es., spiegare alle vittime l'abuso e le opzioni disponibili, aiutarli a progettare piani sicuri)
- Supporto psicologico informato sul trauma (p. es., psicoterapia a breve o a lungo termine per la vittima e possibilmente la famiglia che riconosce e affronta specifici traumi e il ruolo del trauma nella vita della persona)
- Interventi legali (p. es., arresto di chi abusa, disposizioni di protezione, azioni legali compresa la protezione dei beni)
- Sistemazioni alternative (p. es., ricovero in residenza per anziani, ricovero assistito al domicilio)
- Fare riferimento a servizi per fornire supporto di base (come il trasporto e l'assistenza alimentare) e ridurre l'isolamento sociale

Se le vittime hanno capacità decisionali, devono essere aiutate a determinare gli interventi specifici. Se no, il gruppo interdisciplinare, idealmente con un tutore o un osservatore oggettivo, deve prendere la maggior parte delle decisioni. Le decisioni si basano sulla gravità della violenza subita, le scelte di vita precedentemente fatte dal paziente e le implicazioni legali. Spesso, non vi è una sola decisione corretta; ogni caso deve essere accuratamente monitorato.

## Assistenza e problematiche sociali

Come membri del team interdisciplinare, infermieri e assistenti sociali possono aiutare a prevenire l'abuso sugli anziani e monitorare i loro risultati. Un infermiere, un assistente sociale o entrambi possono essere scelti come coordinatori per assicurare che i dati rilevanti vengano registrati appropriatamente, che le parti in causa siano contattate e informate adeguatamente e che l'assistenza necessaria sia disponibile 24 h/24.

Servizi di educazione sull'abuso sull'anziano devono essere offerti a tutti gli infermieri e agli assistenti sociali ogni anno. In alcuni stati, l'educazione sul maltrattamento dei minori è obbligatoria per medici, infermieri e assistenti sociali. Tuttavia, la formazione professionale obbligatoria sul maltrattamento degli anziani è stabilita in pochi Stati.

## Segnalazione

Tutti gli stati richiedono che un abuso sospettato o confermato debba essere segnalato alle istituzioni e la maggior parte degli stati richiede che anche l'abuso domestico sia da segnalare alle istituzioni. Tutti gli Stati Uniti hanno leggi a tutela e fornitura di servizi per gli adulti a rischio, inabili o disabili.

In > 75% degli Stati Uniti, l'organismo incaricato di ricevere le segnalazioni di abuso è il servizio di assistenza sociale dello Stato (Adult Protective Services). Negli stati rimanenti, l'organismo designato è l'unità dello Stato dedicata agli anziani. Per l'abuso all'interno di un'istituzione, deve essere contattato l'ufficio del difensore civico dedicato alle cure a lungo termine. I numeri di telefono per queste agenzie e uffici in qualsiasi parte degli Stati Uniti possono essere trovati chiamando il Locator Eldercare (800-677-1116 o [www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov)) o il Centro Nazionale Elder Abuse (855-500-3537 o [www.ncea.acl.gov](http://www.ncea.acl.gov)) e fornendo la contea del paziente e la città di

[www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov)) o il Centro Nazionale Elder Abuse (800-500-5057) o [www.n4a.org](http://www.n4a.org) e fornendo la contea del paziente e la città di residenza oppure il codice di avviamento postale. Gli operatori sanitari devono conoscere le leggi in vigore e le procedure per i propri stati.

## Problematiche legate al caregiver

I caregiver di una persona anziana con problemi fisici o cognitivi potrebbero non essere in grado di fornire cure adeguate o potrebbero non rendersi conto che il proprio comportamento a volte rasenta l'abuso. Queste persone possono essere così coinvolte nel proprio ruolo da diventare socialmente isolate e perdere l'obiettività riguardo ciò che costituisce la normalità nel fornire assistenza. Gli [effetti deleteri di questo](#), compresi la depressione, l'aumento di disturbi correlati allo stress e un ritiro sociale, sono ben documentati. I medici devono far notare questi effetti ai caregiver. I servizi per aiutare chi fornisce le cure al paziente comprendono servizi di assistenza quotidiana, programmi di assistenza di sollievo, e assistenza sanitaria domiciliare. Le famiglie devono essere inviate a tali servizi utilizzando l'Eldercare Locator (800-677-1116 o [www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov)) o la National Association of Area Agencies on Aging (202-872-0888 o [www.n4a.org](http://www.n4a.org)).

## Prevenzione

Un medico o un altro membro del personale sanitario possono essere le uniche persone con cui una vittima di abuso è entrata in contatto oltre a chi abusa e perciò devono vigilare sui fattori di rischio e i [segni di abuso](#). Riconoscere situazioni ad alto rischio può prevenire l'abuso sull'anziano, p. es., quando una persona delicata o con alterazioni cognitive viene curata da qualcuno con un'anamnesi positiva per abuso di sostanze, violenza, disturbi psichiatrici o troppo carico per il caregiver. I medici devono fare particolare attenzione quando una persona anziana fragile (p. es., una persona con una recente anamnesi positiva per ictus o con una recente diagnosi di malattia) è dimessa in un ambiente domestico precario. I medici, inoltre, devono ricordare che gli aggressori e le vittime possono non rispettare gli stereotipi.

Le persone anziane spesso sono d'accordo a condividere le proprie abitazioni con familiari che hanno problemi con farmaci o alcol o con malattie psichiatriche gravi. Un familiare può essere stato dimesso da un'istituzione per malati mentali o da un'altra istituzione per ritornare a casa senza che sia stato valutato per il rischio di causare abuso. I medici, perciò, devono consigliare ai pazienti anziani di considerare sistemazioni di vita alternative, specialmente se in passato le relazioni familiari sono state tese.

Devono essere fatte ulteriori considerazioni per lo screening e l'assunzione di assistenti a domicilio, sia da agenzie di servizi formali sia tramite accordi privati informali. Una piccola, ma significativa, proporzione di pazienti che utilizza report di assistenti a domicilio riguarda furto, negligenza o maltrattamento. Screening e formazione per tali lavoratori possono aiutare a prevenire maltrattamenti. I pazienti possono anche attivamente diminuire il loro rischio di abuso (p. es., attraverso il mantenimento di relazioni sociali o l'aumento di contatti sociali e comunitari). Devono consultare un legale prima di firmare qualsiasi documento in relazione al luogo in cui vivono o prima di prendere decisioni finanziarie per se stessi.

## Per ulteriori informazioni

A seguire vi sono risorse in lingua inglese che possono essere utili. Si noti che il Manuale non è responsabile per il contenuto di questa risorsa.

[National Center on Elder Abuse \(CEA\): Publications](#): informazioni riguardanti il lavoro di prevenzione dell'abuso sugli anziani, comprese le pubblicazioni sui servizi di protezione, custodia e tutela degli adulti, leggi e legislazione, questioni culturali, e formazione e sviluppo professionale

