



# LINEE GUIDA PER IDENTIFICARE L'ABUSO VERSO GLI ANZIANI

2020-1-PL01-KA202-081643



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

[WWW.PROJECTSAVE.EU](http://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 dai partner italiani del progetto SAVE

- Anziani e non solo - Italia
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Italia



## Sommario

Linee guida per identificare gli abusi verso le persone anziane.....	4
Il contesto .....	4
La violenza contro le persone anziane come violazione dei diritti umani e del diritto nazionale.....	4
Impatto del COVID-19 sulla violenza agli anziani e sulla violenza domestica.....	4
Perché occuparsi di violenza nell’ambito dei servizi assistenziali per anziani?.....	5
Violenza agli anziani e codici deontologici .....	6
Ostacoli al disvelamento da parte di persone anziane .....	7
Ostacoli allo screening esperiti da operatori sanitari e utenti.....	8
Il tema del consenso allo screening.....	9
Che cos'è la competenza d’agire giuridicamente e come valutarla?.....	9
Chi è legittimato a prestare il consenso? .....	9
Come comportarsi nel caso in cui l’anziano appaia incapace di rispondere alle domande di screening?.....	9
Qualora l’anziano abbia una diagnosi di deterioramento cognitivo, o qualora si rilevi, a seguito di valutazione neuropsicologica, un deficit nelle sue funzioni cognitive (come da punteggio MMSE inferiore a 25), sarà escluso dalla sperimentazione del progetto SAVE. Tuttavia, parallelamente, sarà intensificata su di lui / lei un’azione di monitoraggio volta a individuare tempestivamente eventuali indicatori di possibile maltrattamento o disagio.....	10
Come comportarsi nel caso in cui l’anziano, pur supportato da figure vicarie, sia ritenuto in grado di rispondere alle domande di screening?.....	10
Prestare il consenso allo screening è un atto di ordinaria o straordinaria amministrazione?.....	11
La procedura di screening .....	14
L’Elder Abuse Suspicion Index (©) – EASI .....	14



Le domande in dettaglio.....	14
Come porre le domande .....	16
Se le risposte destano preoccupazione: .....	16
Proposta di utilizzo .....	20
Informazioni di carattere generale .....	20
Procedura .....	20
Trattamento dei dati .....	21
Allegato 1.....	22
Esempio di modulo di consenso per la partecipazione allo screening .....	22
Allegato 2 .....	24
Scheda informativa .....	24
Allegato 3 .....	26
ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI).....	26
Allegato 4 .....	28
Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'anziano.....	28
Allegato 5 .....	29
Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'operatore.....	29

# Linee guida per identificare gli abusi verso le persone anziane

## *Il contesto*

### **La violenza contro le persone anziane come violazione dei diritti umani e del diritto nazionale**


I diritti umani sono i diritti di ogni essere umano. Sono i diritti fondamentali, universali, inviolabili e indisponibili di ogni persona. Essi sono riconosciuti e protetti da convenzioni internazionali (giuridicamente vincolanti) e da vari strumenti di *soft law*, tra cui citiamo, per la loro rilevanza rispetto al tema degli abusi verso le persone anziane:

- Dichiarazione Universale dei Diritti Umani – ONU – 1948 [non vincolante]
- Convenzione europea sui diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali – CEDU -1950 [vincolante e cogente]
- Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (c.d. Carta di Nizza) – 2007 [vincolante e cogente] – Art.25 anziani / 26 disabili
- Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità – CRPD – 2009 [ratificata]
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR) – Assemblea delle Nazioni Unite – 1966 [ratificato]
- Vari strumenti di *soft law* (es. Raccomandazioni del Consiglio d'Europa sui diritti umani delle persone con malattie mentali o i Principi ONU per le persone anziane)

Oltre questi strumenti di diritto internazionale, anche la normativa italiana tutela le persone anziane e disabili da abusi e violenze, attraverso numerosi articoli del codice penale e, *in primis*, attraverso la costituzione che all'art. 2 dice che *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.”*

### **Impatto del COVID-19 sulla violenza agli anziani e sulla violenza domestica**

Le restrizioni seguite alla pandemia di COVID-19 e in particolare l'isolamento seguito al confinamento, hanno fatto aumentare abusi e violenze domestiche.



Un'indagine condotta negli Stati Uniti ha dimostrato che un anziano su cinque ha subito abusi durante i primi mesi della pandemia, con un aumento dell'84% delle stime di prevalenza rispetto al periodo pre-pandemico e picchi di incremento che vanno dal +114% delle truffe finanziarie al +237% dei maltrattamenti fisici.<sup>1</sup>

I dati ISTAT che riguardano le richieste d'aiuto ricevute ai numeri contro la violenza domestica hanno evidenziato che nel 2020 le chiamate al 1522 sono aumentate del 79,5% rispetto al 2019, sia per telefono, sia via chat (+71%). Il boom di chiamate si è avuto a partire da fine marzo, con picchi ad aprile (+176,9% rispetto allo stesso mese del 2019) e a maggio (+182,2 rispetto a maggio 2019). Rispetto agli anni precedenti, sono aumentate le richieste di aiuto delle giovanissime fino a 24 anni di età (11,8% nel 2020 contro il 9,8% nel 2019) e delle donne con più di 55 anni (23,2% nel 2020; 18,9% nel 2019). Riguardo agli autori, aumentano le violenze da parte dei familiari (18,5% nel 2020 contro il 12,6% nel 2019) mentre sono stabili le violenze dai partner attuali (57,1% nel 2020).<sup>2</sup>

### **Perché occuparsi di violenza<sup>3</sup> nell'ambito dei servizi assistenziali per anziani?**

L'invecchiamento della popolazione è una tendenza globale che si riscontra anche in Italia. Secondo l'ISTAT<sup>4</sup> già oggi si può parlare di un Paese a elevato processo di invecchiamento poiché la popolazione di 65 anni e più rappresenta il 23,2% del totale, mentre l'età media si avvicina ai 46 anni. Le stime dicono che entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 35% del totale secondo lo scenario mediano.

Benché non esistano dati affidabili rispetto al contesto italiano, i dati dell'OMS<sup>5</sup> evidenziano come la prevalenza dell'abuso agli anziani nella regione europea si attesti in media al 3% ma con picchi fino al 25% rispetto al gruppo target degli anziani vulnerabili.

---

<sup>1</sup> Makaroun, L. K., Bachrach, R. L., & Rosland, A. M. (2020). Elder abuse in the time of COVID-19—Increased risks for older adults and their caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 876.


<sup>2</sup> Istat, Le richieste di aiuto durante la pandemia, comunicato stampa: <https://www.istat.it/it/archivio/257704>

<sup>3</sup> Sebbene sia noto a chi scrive della distinzione in dottrina tra abuso, maltrattamento e violenza, considerate le finalità del presente scritto, i sostantivi appena indicati, quando non riportati nella loro totalità, sono considerati sinonimi

<sup>4</sup> ISTAT, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, <https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>

<sup>5</sup> WHO, European report on preventing elder maltreatment, 2011 - [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)





I servizi assistenziali per anziani possono svolgere un ruolo importante nell'identificazione di situazioni di abuso per diverse ragioni:

- Il contesto assistenziale è un contesto considerato a rischio di abuso (una revisione sistematica ha evidenziato che il 64.2% degli operatori ammettono di aver commesso uno o più atti abusivi negli ultimi 12 mesi)<sup>6</sup>
- I problemi di salute che causano non autosufficienza e/o deterioramento cognitivo e che spesso inducono l'attivazione di servizi assistenziali sono considerati fattori di rischio per l'abuso<sup>7</sup>
- Nei servizi assistenziali sono di norma presenti professionalità con competenze importanti ed obblighi deontologici e legali nell'identificazione di situazioni di abuso (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali).

### **Violenza agli anziani e codici deontologici**


I codici deontologici delle principali professionalità impiegate all'interno di servizi socio-assistenziali per anziani prevedono specifici obblighi in relazione alla protezione in caso di violenze e maltrattamenti. In particolare:

- Il codice deontologico degli infermieri professionali, all'art.22 sancisce che *“Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato”*
- Il codice deontologico degli assistenti sociali, all'art.28 sancisce che *“L'assistente sociale si adopera per contrastare situazioni di violenza, trascuratezza, sfruttamento e oppressione nei confronti di persone di minore età o in condizioni di impedimento fisico, psicologico, di fragilità, anche quando esse appaiano consenzienti, fermi restando gli obblighi di segnalazione o denuncia all'autorità competente previsti dalla legge.”*

---

<sup>6</sup> Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

<sup>7</sup> Spector WD, Fleishman JA, Pezzin LE, Spillman BC. Characteristics of Long-Term Care Users. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. Paper commissioned by the Institute of Medicine, Committee on Improving Quality in Long-Term Care. Publication No. 00-0049

- 
- Il codice deontologico dei medici, all'art.29 sancisce che *“Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'autorità giudiziaria nei casi specificatamente previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata. Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.”*

## **Ostacoli al disvelamento da parte di persone anziane**


Gli anziani che sono vittime di abusi hanno spesso delle resistenze a svelare la loro situazione e a chiedere aiuto, tra cui<sup>8</sup>

- barriere interne come la vergogna, lo stigma, l'auto-colpevolezza e l'imbarazzo,
- paure legate alla ritorsione del perpetratore e all'escalation dell'abuso
- barriere culturali legate all'armonia sociale e all'onore della famiglia
- preoccupazione di perdere supporti finanziari o sociali o che la rivelazione possa avere un impatto sulle relazioni critiche con i caregiver da cui dipendono per le necessità quotidiane
- paura che la rivelazione possa implicare un loro inserimento in una struttura assistenziale
- paura che la rivelazione possa portare alla rottura della relazione con il familiare perpetratore o che possa avere su di lui ripercussioni di tipo legale

---

<sup>8</sup> Truong, C., Burnes, D., Alaggia, R., Elman, A., & Rosen, T. (2019). Disclosure among victims of elder abuse in healthcare settings: a missing piece in the overall effort toward detection. *Journal of elder abuse & neglect*, 31(2), 181-190.





Per questo risulta importante attivare dei percorsi di screening che possano facilitare il riconoscimento e il disvelamento di situazioni di abuso.

### **Ostacoli allo screening esperiti da operatori sanitari e utenti**

Secondo quanto emerge da alcune ricerche internazionali, possono esservi barriere allo screening sia da parte degli operatori sanitari che pongono le domande, sia da parte degli utenti che sono chiamati a rispondere:

- Mancanza di interventi efficaci per contrastare l'abuso, che dissuadono gli operatori dal favorirne l'emersione
- Paura di offendere i pazienti
- Senso di disagio e/o mancanza di competenza nel trattare il tema
- Tempo limitato per condurre lo screening e timore che ne consegua un aumento significativo delle responsabilità lavorative
- Preoccupazione per l'adeguatezza e il valore dello screening (in quanto specifiche popolazioni di pazienti potrebbero non essere in grado di rispondere in modo appropriato allo screening o avere problemi più acuti da affrontare durante la visita medica)
- Preoccupazioni circa la privacy, la riservatezza e le procedure di segnalazione
- Preoccupazioni sull'efficacia e sui risultati dello screening

A questi elementi potrebbe essere aggiunto il cosiddetto “stress-etico” o “stress-morale”, che viene definito come “Il sentimento doloroso e/o lo squilibrio psicologico che si verifica quando l'operatore è consapevole dell'azione moralmente appropriata che una situazione richiede, ma non si può svolgere quell'azione a causa di ostacoli istituzionali”<sup>9</sup> Nell'occuparsi di situazioni di sospetto abuso, gli operatori possono trovarsi ad affrontare dilemmi etici relativi a temi quali l'autonomia, la riservatezza, i principi di beneficenza / maleficenza che possono rendere particolarmente complessa e stressante la gestione.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Jameton, A. (1984). Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

<sup>10</sup> 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, 7.

## ***Il tema del consenso allo screening***

### **Che cos'è la competenza d'agire giuridicamente e come valutarla?**

La capacità d'agire giuridicamente è la capacità formale di esercitare diritti e doveri. Se qualcuno ha una capacità d'agire giuridicamente 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 particolari condizioni o malattie specifiche.

In questi casi, la legge prevede che un altro soggetto possa sostituire o sostenere l'incapace per consentirgli di compiere un atto giuridicamente valido, questo soggetto è di norma il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno (di seguito, ADS; collettivamente intese Figure Vicarie). Ciò che è autorizzato o no 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, il curatore e l'ADS e assicurarsi che sia nella posizione fornire il consenso al posto della persona anziana o se debba ricevere specifica autorizzazione dal giudice.


### **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 capace d'agire può farlo.

D'altra parte, potremmo anche avere il caso di una persona priva di capacità d'agire 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. Sempre salvi gli obblighi di denuncia dei pubblici ufficiali, degli incaricati di pubblico servizio o delle professioni sanitarie.

### **Come comportarsi nel caso in cui l'anziano appaia incapace di rispondere alle domande di screening?**



Qualora l'anziano abbia una diagnosi di deterioramento cognitivo, o qualora si rilevi, a seguito di valutazione neuropsicologica, un deficit nelle sue funzioni cognitive (come da punteggio MMSE inferiore a 25), sarà escluso dalla sperimentazione del progetto SAVE. Tuttavia, parallelamente, sarà intensificata su di lui / lei un'azione di monitoraggio volta a individuare tempestivamente eventuali indicatori di possibile maltrattamento o disagio.

**Come comportarsi nel caso in cui l'anziano, pur supportato da figure vicarie, sia ritenuto in grado di rispondere alle domande di screening?**

In questo caso si pone il problema di raccogliere in modo corretto il consenso a partecipare allo screening. Potremmo trovarci davanti a tre principali scenari:

**A) Anziano con amministratore di sostegno:** Cominciando dal beneficiario dell'amministrazione di sostegno (di seguito ADS), si possono verificare tre ipotesi:

*A1) Che il consenso possa essere prestato dal beneficiario* se il decreto limita l'ADS ad atti che non prevedano la prestazione del consenso dell'ADS per atti del tipo di quelli che qui interessano. Siccome la ratio di questa figura vicaria è "tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" ( art.1 l.6/2004, legge istitutiva dell'ADS), **tutto ciò che non è previsto dal decreto che debba essere fatto con l'assistenza del, o esclusivamente dal, ADS rimane nella disponibilità d'esercizio del beneficiario.**

Salvo il caso, in cui il beneficiario non sia, al proposito, divenuto nel frattempo naturalmente incapace; nel qual caso si dovrà chiedere di estendere il perimetro del decreto per includervi gli atti che il beneficiario non è più capace di compiere

*A2) Che il consenso possa essere prestato dal solo ADS,* qualora il decreto di apertura dell'ADS l'abbia caratterizzata come sostitutiva, cioè con il potere dell'ADS di **sostituirsi completamente al beneficiario per atti del tipo che qui interessano;**

*A3) Che il consenso sia prestato dall'ADS e dal beneficiario insieme,* qualora il decreto di apertura dell'ADS l'abbia caratterizzata come assistenziale, cioè con il potere dell'ADS di **affiancarsi al beneficiario per atti del tipo che qui interessano e quindi di co-decidere con lui**



- B) Anziano soggetto a tutela:** con riferimento alla tutela, la legge dispone che il tutore si sostituisca all'interdetto/tutelato per il compimento dei suoi atti giuridici, per cui **tendenzialmente il consenso sarà formato ed espresso dal tutore** salvo che la sentenza che pronuncia l'interdizione, o in successivi provvedimenti dell'autorità giudiziaria, sia stabilito che atti di ordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'interdetto senza l'intervento ovvero con l'assistenza del tutore (art. 427 c.c.)
- C) Anziano soggetto a curatela:** con riferimento alla curatela, la legge dispone che il **curatore assista il curato/inabilitato nel compimento degli atti di straordinaria amministrazione**, salvo la sentenza che pronuncia l'inabilitazione, o in successivi provvedimenti dell'autorità giudiziaria, sia stabilito che taluni atti eccedenti l'ordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'inabilitato senza l'assistenza del curatore. (art. 427 c.c.)

### **Prestare il consenso allo screening è un atto di ordinaria o straordinaria amministrazione?**


In tutti i casi che precedono, gli atti di straordinaria amministrazione da compiersi tramite una figura vicaria debbono essere autorizzati, a seconda dell'atto e della figura vicaria, dal Tribunale o dal Giudice Tutelare<sup>11</sup>.

In via di massima cautela, si potrebbe dire che nell'ipotesi in cui il potere di prestare il consenso per l'atto qui in questione non sia espressamente previsto dal provvedimento di nomina sarebbe bene ricorrere all'autorità giudiziaria competente per far espressamente autorizzare la Figure Vicarie a farlo.

Tuttavia a parte la difficoltà pratica dell'opzione appena indicata, saranno molto più numerose le situazioni in cui il provvedimento di nomina la figura vicaria sia un ADS e il conferimento sia generico, attribuendo al vicario nominato il potere di compiere per conto, o in assistenza, del soggetto fragile tutta una serie gli atti di ordinaria amministrazione senza

---

<sup>11</sup> (374-375 cc, per il tutore; comb. disp 394, 374 -375, per il curatore; e comb. disp. 411, 374-375 cc, per l'ADS).



autorizzazione dell'autorità giudiziaria e di compiere, o assistere a, gli atti di straordinaria amministrazione previa autorizzazione.

Residua quindi da capire, se la prestazione del consenso per lo screening sia o no un atto di straordinaria o ordinaria amministrazione e quindi debba essere autorizzata espressamente dal Giudice tutelare o dal Tribunale.

La giurisprudenza<sup>12</sup> ha dato un criterio di distinzione, che pur partendo dagli atti giuridici di natura patrimoniale, è capace di trascenderli e, quindi, di essere idonei a riguardare anche gli atti di natura non patrimoniale, come è quello di prestazione del consenso ad uno screening.

Essa stabilisce che “Un valido criterio discretivo tra atti di ordinaria e straordinaria amministrazione generalmente accolto è quello della normalità dell'atto di gestione, che viene travalicata ove questo comporti un rischio di pregiudizio sulla consistenza del patrimonio o la possibilità d'alterazione della sua struttura, per il che a determinare il discrimine non è tanto il contenuto, modesto o rilevante, dell'atto, quanto piuttosto la sua finalità ed il suo effetto”


Applicando questo criterio alla prestazione del consenso ad allo screening che qui ci interessa, è necessario verificare se questo possa pregiudicare la consistenza del patrimonio giuridico (non patrimoniale) del titolare del diritto di prestare il consenso (una persona fragile) o ne alteri la struttura.

La risposta sembra possa essere negativa ad entrambe le questioni:

- a) il consenso prestato potrà sempre essere revocato, prima, durante e dopo l'esecuzione, quindi dicendo di sì, anche ammesso in ipotesi che questo alteri la consistenza del patrimonio giuridico, essendo il sì sempre revocabile sarà sempre possibile tornare alla condizione precedente alla sua prestazione e quindi la consistenza sarà sempre reintegrabile;
- b) essendo un consenso a prestato a titolo gratuito, non altera la struttura del patrimonio giuridico dell'interessato; prestare il consenso allo screening era e rimane un atto giuridico di natura non patrimoniale, il dir di sì non lo immuta in un atto patrimoniale

---

<sup>12</sup> Cass. civ., Sez. Unite, Sent., (data ud. 11/01/2007) 24/08/2007, n. 17952



Essendo la risposta negativa ad entrambe le questioni non ci si trova al cospetto di un atto di straordinaria amministrazione e, quindi, per esclusione **l'atto potrà essere qualificabile come di ordinaria amministrazione.**



## ***La procedura di screening***

### **L'Elder Abuse Suspicion Index (©) – EASI**

Lo strumento EASI è stato sviluppato e testato in Canada a seguito di un ampio lavoro di valutazione e pubblicato nel 2008. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha testato lo strumento e nel 2018 ha pubblicato esiti positivi della sperimentazione. In seguito, EASI è stato modificato in una versione autosomministrabile per i pazienti (2012) e per l'assistenza in servizi di cura a lungo termine (2018). Lo strumento è considerato di semplice utilizzo e intercetta importanti forme di violenza contro gli anziani.


L'EASI è stato sviluppato per persone anziane competenti in grado di comprenderne le domande. Tuttavia, molti anziani che subiscono violenza e abusi hanno disturbi cognitivi. Se un operatore ha dei dubbi sulla situazione di un anziano o sospetta violenza, l'indagine della situazione dovrebbe iniziare con una valutazione della capacità dell'anziano. [Per questo si veda il paragrafo dedicato.](#)

Lo strumento è costituito da sei domande. Le prime cinque domande sono poste al paziente e l'ultima è per l'operatore che conduce l'intervista:

- Domanda 1: una risposta affermativa a questa domanda non indica violenza ma mostra una situazione di dipendenza della persona in qualche aspetto delle attività quotidiane.
- Domande da 2 a 5: Ciascuna di queste domande riguarda diverse forme di violenza nella stessa categoria. Una risposta positiva ad una di queste domande dovrebbe indurre l'operatore a ulteriori verifiche per comprendere se vi sia effettivamente una situazione di abuso. Anche una risposta incerta (“non so”) può destare preoccupazione e richiedere approfondimenti.
- La domanda 6 è per l'operatore, cui è richiesto di valutare la situazione del paziente sulla base delle sue osservazioni, sia durante il colloquio che più in generale, rispetto ai suoi rapporti con l'utente. Anche in questo caso una risposta incerta (“non so”) può destare preoccupazione e richiedere approfondimenti.

### **Le domande in dettaglio**

- Domanda 1: Hai richiesto aiuto a qualcuno per qualcuna delle seguenti cose: fare il bagno, vestirti, fare la spesa, andare in banca o per i pasti? (Dipendenza)



Questo non è una domanda di screening e non indica violenza, ma mostra la dipendenza di una persona dall'aiuto di altre persone e la potenziale situazione di rischio. La ridotta capacità funzionale e la dipendenza dall'assistenza da altri sono tra i principali fattori di rischio per la violenza.

- Domanda 2: Qualcuno ti ha impedito o ha cercato di impedirti di assumere cibo, di vestirti, assumere farmaci, metterti gli occhiali o la protesi acustica, ricevere cure mediche oppure di stare con le persone che desideri? (Negligenza)

La domanda si riferisce a situazioni in cui la persona responsabile dell'assistenza trascura il proprio dovere di soddisfare i bisogni di base della persona assistita. La risposta positiva ad uno o più degli elementi della domanda potrebbe essere motivo di preoccupazione.

- Domanda 3: Ti sei mai sentito frustrato perché qualcuno ti ha parlato in un modo che ti ha fatto vergognare o ti ha fatto sentire minacciato? (Violenza psicologica/emotiva)

La violenza psicologica/emotiva può tradursi in minacce verbali o non verbali volte a causare all'anziano sofferenza, ansia o una sensazione di angoscia. La violenza psicologica è la forma più invisibile e comune di violenza.


- Domanda 4: Qualcuno ha cercato di convincerti a firmare delle carte oppure ad usare il tuo denaro contro la tua volontà? (Abuso finanziario)

L'abuso e lo sfruttamento finanziario possono consistere nell'appropriazione indebita o nell'estorsione di denaro, nello sfruttamento e nel trasferimento di denaro o di proprietà, nel reclamare un testamento o donazioni con la minaccia.

- Domanda 5: Qualcuno ti ha mai spaventato, toccato contro il tuo volere o ti ha fatto male fisicamente? (Violenza fisica/sessuale)

La violenza fisica di solito provoca lividi, tagli e contusioni. La violenza sessuale è la meno identificata e indagata in una popolazione anziana; la maggior parte delle vittime sono donne ma può riguardare anche gli uomini.

- Domanda 6 (valutazione del professionista): L'abuso dell'anziano può essere associato a circostanze quali: scarso contatto visivo, tendenza all'isolamento, malnutrizione, problemi igienici, tagli, lividi, abbigliamento inappropriato, scarsa



compliance con i farmaci. Ha notato uno o più di questi elementi oggi o negli ultimi 12 mesi? (Osservazioni)

### **Come porre le domande**

- Le domande dovrebbero essere poste nell'ordine in cui sono riportate sul modulo - teoricamente, procedono da quella che viene percepita come meno minacciante, ad aumentare
- Le domande devono essere poste in un contesto privato, senza la presenza di un altro accompagnatore o un parente, in uno spazio tranquillo.
- Non è consigliabile intervistare chi si ritiene possa essere un potenziale autore di abuso. Questo può essere fatto in un momento successivo da altri operatori.
- Come introduzione alle domande, si può dire all'utente, per esempio, che "siamo attenti al benessere dei pazienti anziani. Ecco perché vorrei chiederle delle cose che alcune persone anziane sperimentano..." o "vorrei chiederle delle cose che possono accadere nella vita di una persona anziana".
- E' utile specificare che le stesse domande vengono poste di routine a tutti gli utenti, perché chi ha subito un abuso non sempre lo segnala di propria iniziativa. Chiedendo, lo scopo è rendere più facile il disvelamento.
- Porre le domande e, in generale, parlare in modo calmo e amichevole aiuta il paziente a rilassarsi e a raccontare la sua situazione.
- Dare al paziente il tempo di pensare e rispondere; gli anziani non elaborano le domande e le risposte tanto rapidamente quanto i giovani.
- Dare un feedback positivo all'utente quando risponde: "Grazie per aver risposto alle domande, anche se a volte può essere difficile discutere di questi argomenti".

### **Se le risposte destano preoccupazione:**

- comunicare al paziente la valutazione con le relative motivazioni.
- discutere con lui/lei le opzioni per ricevere supporto. È possibile suggerire di contattare i servizi sociali per richiedere una valutazione e/o per considerare forme alternative di assistenza; oppure è possibile rivolgersi ai centri antiviolenza qualora l'utente sia una donna vittima di violenza domestica. E' consigliabile prevedere un successivo incontro di follow-up per verificare che azioni sono state intraprese.

- L'autodeterminazione di un utente, purché sia in grado di prendere decisioni (competente) deve essere rispettata. Se si oppone all'intervento e comprende gli effetti della sua decisione sulla sua situazione (per esempio il rischio di recrudescenza della violenza), ha il diritto di restare o rientrare in un contesto familiare violento. Tuttavia, anche in questi casi, l'operatore dovrebbe valutare la sicurezza del paziente e discuterne con lui.
- Consigliare l'utente su cosa fare quando prevede che si verificherà un abuso o una violenza o su come proteggersi in caso di minaccia e violenza.
- Se la situazione minaccia nell'immediato l'incolumità fisica dell'utente o se la persona è in immediato pericolo di morte, occorre allertare immediatamente le forze dell'ordine e che la situazione venga condivisa con altri professionisti.

### *Obblighi di denuncia e di referto*

Qualora dal colloquio di screening emergano elementi riconducibili a reati perseguibili d'ufficio, alcune categorie di professionisti hanno l'obbligo legale di fare una segnalazione alle autorità competenti. In particolare:

I pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio hanno l'obbligo di denunciare i reati (quindi sia delitti -reati maggiori- che contravvenzioni -reati minori- procedibili d'ufficio) di cui hanno avuto notizia nell'esercizio o a causa delle loro funzioni.


I pubblici ufficiali sono i soggetti che esercitano la funzione legislativa, giudiziaria o pubblica amministrativa mentre gli incaricati di pubblico servizio sono i soggetti che a qualunque titolo prestano un servizio pubblico (esclusi quelli che compiono mansioni puramente esecutive o materiali; tali che il cui apporto possa essere fornito con altri rimedi strumentali sostitutivi della prestazione personale).<sup>13</sup>

Non è necessario identificare la fattispecie in ogni suo elemento costitutivo, basta ravvisare il *fumus* di reato: la «puzza di bruciato». Altresì non è indispensabile che la notizia di reato si riveli fondata nel successivo processo.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> C., Sez. VI, 10.10.2001; C., Sez. VI, 13.10.1999

<sup>14</sup> Cass 8937/2015



La segnalazione deve essere fatta senza ritardo, ovvero in modo che non sia fatta con una dilazione tale da incidere negativamente sulla pronta persecuzione del reato<sup>15</sup>, al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. Non basta riferire al proprio superiore gerarchico o a chi ha potere gestionale o rappresentativo per aver assolto all'obbligo, tuttavia se procedure interne lo prevedono, è necessario segnalare la natura e l'urgenza della denuncia, vigilare che chi di dovere operi in conformità alla legge e in mancanza sostituirvisi

Chi esercita la professione sanitaria ha l'obbligo di fare referto al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria, entro quarantotto ore o immediatamente se c'è pericolo nel ritardo, se ha prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio<sup>16</sup>. Ciò a meno che il referto esponga la persona assistita a processo penale (art. 365 c.p.) o il professionista sanitario o i suoi prossimi congiunti ad un pericolo grave e inevitabile all'onore o alla libertà (art. 384 c.p.)

Il referto deve indicare:

- la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità,
- il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla
- dell'intervento: il luogo, il tempo e le altre circostanze;
- le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto,
- i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare


*Nel caso emergano dall'intervista situazioni configurabili come reati procedibili a querela di parte*

Qualora emergesse invece una fattispecie corrispondente ad un reato procedibile a querela di parte, coerentemente ai propri obblighi deontologici e compatibilmente con gli obblighi di riservatezza, segreto e rispetto dell'autonomia dell'intervistato, chi intervista potrebbe indicare all'intervistato della possibilità di svolgere querela.

---

<sup>15</sup> Cass. Pen., Sez. VI, 21.11.1973

<sup>16</sup> Si noti quindi che, diversamente dagli incaricati di pubblico servizio, i professionisti sanitari non sono tenuti a fare referto se la circostanza in cui operano risponde alla fattispecie di contravvenzione (e quindi di reato minore)



Quando l'intervistato non abbia capacità di agire, con riferimento al diritto di querela, per quanto riguarda il tutore e al curatore è la legge (art. 120 c.p.) a stabilire che

- per gli interdetti a cagione d'infermità di mente, il diritto di querela è esercitato dal tutore (id. 2° comma)
- per gli inabilitati, essi possono esercitare il diritto di querela ma possono altresì, in loro vece, esercitarlo il curatore, nonostante ogni contraria dichiarazione di volontà, espressa o tacita, dell'inabilitato (id. 3° comma)

Con riferimento all'ADS, l'esercizio del diritto di querela è quanto rubricabile tra gli atti di straordinaria amministrazione, il cui compimento deve essere o puntualmente previsto dal decreto di nomina o da una puntuale autorizzazione specifica del Giudice Tutelare. Ci sono anche provvedimenti giurisprudenziali che hanno stabilito che non sia nemmeno sufficiente un'autorizzazione specifica ma sia necessaria la nomina di un curatore speciale *ad hoc*. Nomina di curatore speciale che sarà sempre necessaria quando ci sia conflitto di interessi, ipotizzando che sia la figura vicaria a commettere abusi sulla persona fragile che assista o rappresenti



## ***Proposta di utilizzo***

### **Informazioni di carattere generale**

- La sperimentazione della procedura di screening può avvenire nell'ambito di servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari e di comunità
- Il questionario di screening può essere somministrato da un operatore sociale o sanitario debitamente formato
- Si suggerisce di coinvolgere nello screening utenti che non abbiano una diagnosi di deterioramento cognitivo, e per cui, a seguito di valutazione neuropsicologica, non si rilevi un deficit nelle funzioni cognitive (MMSE <24).

### **Procedura**

1. *Richiesta di consenso per la partecipazione allo screening*
  - a) Prima di chiedere il consenso (per sapere chi può prestare il consenso si veda [questa sezione](#)), informare la persona dello scopo delle domande: specificare che le stesse domande vengono poste a tutti gli utenti che siano in grado di rispondere e che l'obiettivo è comprendere se si sono mai sentiti insicuri o se sono mai stati trattati male da qualcuno e, in caso affermativo, dare loro supporto ed assistenza per affrontare la situazione
  - b) Sottolineare che la partecipazione all'intervista è *volontaria*, che non vi saranno conseguenze se rifiuterà di partecipare e che può sempre ritirare il suo consenso anche durante l'intervista stessa e anche successivamente all'intervista, salvi gli obblighi di denuncia dei pubblici ufficiali o degli incaricati di pubblico servizio o di referto dei professionisti sanitari
  - c) Spiegare inoltre che le informazioni che la persona deciderà di condividere e l'esito dello screening resteranno riservati ma che *se emergeranno situazioni di grave rischio per lui/lei (corrispondenti a fattispecie di reato procedibili d'ufficio, in caso di incaricati di pubblico servizio o pubblici ufficiali, o di delitti procedibili d'ufficio, in caso di professionista sanitario), avremo l'obbligo di segnalare la situazione alle forze dell'ordine e non potremo quindi più mantenere il segreto o la riservatezza*
  - d) A questo punto:
    - I. Se la persona *accetta* di partecipare, compilare e firmare il modulo di consenso di cui **all'Allegato 1** e il modulo di informazioni di cui **all'Allegato 2**

II. Se la persona *rifiuta* di partecipare, compilare solo il modulo di informazioni di cui all'**Allegato 2**

### *2. Domande di screening*

Sottoporre le domande di cui all'Elder Abuse Suspicion Index © (EASI) – **Allegato 3**.

Le domande dovrebbero essere poste con le modalità di una normale conversazione, eventualmente spiegando con ulteriori esempi come potrebbero attuarsi le varie forme di violenza.

### *3. Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'anziano*

Non esistono molte informazioni su come le persone anziane vivono l'esperienza di sottoporsi a uno screening sulla violenza perché è stato di rado chiesto il loro punto di vista. Per si suggerisce di chiedere all'utente di rispondere alle domande **dell'Allegato 4**. È importante spiegare che le risposte possono dare un'indicazione per riformulare le domande in modo che siano più accettabili affinché lo strumento sia approvato dal gruppo target.

### *4. Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'operatore*

In conclusione si suggerisce che l'operatore che ha eseguito l'intervista compili un modulo (**Allegato 5**) al fine di raccogliere informazioni utili a migliorare il percorso di formazione e le linee guida per l'utilizzo dello strumento.

## **Trattamento dei dati**

Il modulo di screening compilato dev'essere riconducibile all'anziano che ha risposto alle domande, in modo che esso possa essere utilizzato nel caso in cui dall'intervista o dai successivi approfondimenti emergano situazioni che richiedono una segnalazione o una denuncia o per potergli permettere di esercitare i suoi diritti in materia di trattamento dei dati personali.

Dopo l'indagine/screening, i dati raccolti devono essere gestiti con attenzione e, in ogni caso, almeno nel rispetto del GDPR e le relative norme di attuazione e dettaglio. In generale, questo significa gestire e archiviare i dati in modo che possano essere accessibili solo a coloro che sono autorizzati a farlo. Ad esempio, una buona pratica potrebbe essere di conservarli in un armadio chiuso a chiave.




## ***Allegato 1***

### ***Esempio di modulo di consenso per la partecipazione allo screening***

Gentile,

Ti invitiamo a prendere parte a un'attività di screening, di cui sono responsabili *[nome e cognome dei referenti]*. Prima di decidere se partecipare è importante che tu abbia tutte le informazioni necessarie per aderire in modo informato, consapevole e responsabile. Ti chiediamo di leggere questo documento e di fare a chi ti ha proposto questo studio tutte le domande che ritieni opportune. Obiettivo dell'attività di screening è individuare precocemente persone anziane vittime di maltrattamenti, abusi o violenze. Per fare questo, utilizzeremo un questionario denominato "EASI©". Se aderirai allo screening ti sarà richiesto di partecipare ad un'intervista in cui ti saranno poste alcune domande rispetto alle tue esperienze di vita in famiglia e nei servizi di assistenza di cui benefici. Al termine dell'intervista ti sarà chiesto anche di rispondere ad alcune domande rispetto all'esperienza dell'intervista, per comprendere se vi sono state per te delle difficoltà nel rispondere. L'intervista sarà condotta da *[inserire il profilo professionale di chi somministra il questionario]*. La partecipazione è volontaria (quindi sei libero/a di scegliere se farlo o no) e gratuita (quindi non riceverai nessun compenso per la tua partecipazione). Le informazioni ricavate saranno archiviate al sicuro e mantenute riservate, a meno che durante l'intervista non emergano delle situazioni che espongono te od altri ad un pericolo grave: in quel caso l'intervistatore potrebbe essere obbligato ad allertare le forze dell'ordine. Hai il diritto di ritirare in qualsiasi momento il tuo consenso alla partecipazione a questo screening, anche senza preavviso o motivazione specifica. Hai diritto a richiedere informazioni sui risultati e sull'esito dello screening.

Per qualsiasi informazione e chiarimento su questo studio o per qualsiasi necessità puoi rivolgerti *[inserire i recapiti dei responsabili dello studio]* che sono a tua disposizione per ulteriori informazioni o chiarimenti.



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_

DICHIARO

di aver letto il foglio informativo ricevuto, di aver capito sia le informazioni lì contenute, sia le informazioni che mi sono state date a voce dal personale coinvolto nel progetto di screening e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di fare domande e di avere avuto risposte soddisfacenti;

di aver capito che la partecipazione allo screening è del tutto volontaria e libera, che mi potrò ritirare dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò comporti per me uno svantaggio;

di aver capito cosa comporta per me partecipare allo screening

di aver capito che non riceverò nessun compenso per la partecipazione allo screening

Conseguentemente, io sottoscritto/a

- ACCONSENTO
- NON ACCONSENTO

A partecipare allo studio, sapendo che questo consenso è dato liberamente e in ogni momento potrò cambiare idea senza che questo comporti per me uno svantaggio.

\_\_\_\_\_ (luogo e data)

\_\_\_\_\_ (firma)

Il referente

\_\_\_\_\_

## Allegato 2

### Scheda informativa

Informazioni demografiche da registrare per tutti i partecipanti (anche coloro che rifiutano di partecipare all'intervista di screening)

Servizio di riferimento	
Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro
Anno di nascita	
Indicatori di abuso	<input type="checkbox"/> Ferite fisiche, quali? _____ —  <input type="checkbox"/> Indicatori di sofferenza emotiva, quali? _____ —  <input type="checkbox"/> Indicatori comportamentali (es. Agitazione), quali? _____
Follow up stabilito	
L'utente si rifiuta di partecipare	<input type="checkbox"/> Sì. Motivazione:  <input type="checkbox"/> No


allo screening	
L'utente rifiuta l'attivazione di Servizi di follow up nonostante si sospetti un abuso	<input type="checkbox"/> Sì. Motivazione: <input type="checkbox"/> No
L'utente interrompe l'intervista	<input type="checkbox"/> Sì. Motivazione: <input type="checkbox"/> No
Non è stato possibile proseguire l'intervista a causa di:	<input type="checkbox"/> La persona è troppo stanca <input type="checkbox"/> Non è stato possibile garantire la riservatezza durante l'intervista – motivazione: _____ <input type="checkbox"/> La persona non era in grado di rispondere alle domande in modo affidabile. Motivazione: _____ <input type="checkbox"/> Altre ragioni: _____



**ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI)**

Traduzione non validata a cura del Prof. Gianfranco Salvioli – Università di Modena e Licia Boccaletti – Anziani e non solo soc. coop. soc.

Le domande da 1 a 5 sono da rivolgere all'utente, la domanda 6 è rivolta all'operatore.			
<b>Negli ultimi 12 mesi...</b>			
1) Hai richiesto aiuto a qualcuno per qualcuna delle seguenti cose: fare il bagno, vestirti, fare la spesa, andare in banca o per i pasti?	Sì	No	Non risponde
2) Qualcuno ti ha impedito o ha cercato di impedirti di assumere cibo, di vestirti, assumere farmaci, metterti gli occhiali o la protesi acustica, ricevere cure mediche oppure di stare con le persone che desideri?	Sì	No	Non risponde
3) Ti sei mai sentito frustrato perché qualcuno ti ha parlato in un modo che ti ha fatto vergognare o ti ha fatto sentire minacciato?	Sì	No	Non risponde
4) Qualcuno ha cercato di convincerti a firmare delle carte oppure ad usare il tuo denaro contro la tua volontà?	Sì	No	Non risponde
5) Qualcuno ti ha mai spaventato, toccato contro il tuo volere o ti ha fatto male fisicamente?	Sì	No	Non risponde
6) <b>All'operatore:</b> L'abuso dell'anziano può essere associato a evidenze quali: scarso contatto visivo, tendenza all'isolamento, malnutrizione, problemi igienici, tagli, lividi, abbigliamento inappropriato, scarsa compliance con i farmaci. Ha notato uno o più di questi elementi oggi o negli ultimi 12 mesi?	Sì	No	Non ne sono certo



L'EASI è stato sviluppato\* per sollevare il sospetto di un medico sull'abuso sugli anziani a un livello in cui potrebbe essere ragionevole fare una segnalazione per un'ulteriore valutazione da parte dei servizi sociali, dei servizi di protezione degli adulti o equivalenti. Anche se tutte e sei le domande dovrebbero essere poste, una risposta "sì" a una o più delle domande 2-6 può destare preoccupazione. L'EASI è stato validato\* per essere utilizzato da medici di base di anziani cognitivamente integri visitati in ambienti ambulatoriali.

\*Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. Journal of Elder Abuse and Neglect 2008; 20(3) 000-000. In Press. Haworth Press Inc: <http://www.HaworthPress.com>

EASI© indirizzo web: [www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder](http://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder)

© The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) è protetto da copyright da parte del Canadian Intellectual Property Office (Industry Canada) 21 Febbraio 2006. (Registrazione # 1036459).

***Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'anziano***

1. Com'è stato partecipare all'intervista? Riportare le parole usate dall'anziano:

---

---

2. Quanto pensi sia importante chiedere alle persone anziane se subiscono abusi?

Importante  Non importante  Non so

Riportare le parole usate dall'anziano:

---

---

3. Pensi che queste domande andrebbero fatte a tutti gli anziani?

Sì  No  Non so

Riportare le parole usate dall'anziano:

---

---

4. Come ti sei sentito/a durante la pandemia? (Insicuro/a, Solo/a, Intimorito/a, Nessun cambiamento?)

Riportare le parole usate dall'anziano:

---

---

Eventuali altri feedback dell'anziano:

---

---

***Informazioni sull'esperienza di screening dal punto di vista dell'operatore***

Ruolo professionale:

---

1. Quali domande sono state più facili da porre? Perché?

---

---

2. Quali domande sono state più difficili da porre? Perché?

---

---

3. Com'è stato dover indagare il tema dell'abuso, del maltrattamento e della violenza?  
Cosa è stato più facile e cosa più difficile?

---

---

4. C'è qualcosa che cambieresti nella procedura? Cosa?

---

---

5. Quanto tempo hai impiegato a somministrare l'EASI (in minuti)?

---

---

6. Hai altri suggerimenti / commenti da fare in relazione all'EASI?

---

---

