

# Cultura giuridica e diritto vivente

Rivista on line del Dipartimento di Giurisprudenza  
Università di Urbino Carlo Bo

## Saggi



### ASPETTI MEDICO-LEGALI DELL'ABUSO SULL'ANZIANO

Giordano Fabbri Varliero

#### Abstract

[*Some medical-legal aspects of elder abuse*] This study focuses on the phenomenon of abuse against older people, also called “elder abuse”. It follows on the main attempts devoted to defining this phenomenon and continues with an analysis of the types of abuse: physical, psychological, financial and neglect, as well they have been identified in legal-medical studies. Hence, it analyses the risk factors related to abuse and the signs that follow from it, to show the main characteristics of phenomenon and the signs preceding and succeeding the episodes of mistreatment. The last part of article concerns the US approach to the elder abuse treatment, consisting on creation of multidisciplinary groups and focusing on individual cases.

#### Key Words:

Elder Abuse, Mistreatment, Neglect, Risk factors, Adult Protective Services.

Vol. 5 (2018)





# Aspetti medico-legali dell'abuso sull'anziano

Giordano Fabbri Varliero

## Premessa

L'attuale aumento della popolazione anziana pone in rilievo una serie di questioni legate all'offerta di servizi e alle condizioni delle persone ultrasessantacinquenni. Una delle problematiche più rilevanti riguarda la condizione dell'anziano limitatamente autosufficiente o per niente tale. In questo contesto si presenta il rischio di un maltrattamento ai danni dell'anziano, sia esso volontario o conseguenza di negligenza o imperizia.

Il fenomeno dell'abuso sull'anziano rappresenta una problematica di rilevanza pubblica con devastanti conseguenze tanto sul piano individuale quanto su quello sociale.<sup>1</sup> Tuttavia, rimane un fenomeno in larga misura sommerso per almeno due ordini di ragioni: da un lato vi è una scarsa quantità di denunce da parte delle vittime, dall'altro lato il nostro Ordinamento è sprovvisto di forme di tutela ad hoc del maltrattamento verso l'anziano.

Nel presente elaborato verrà affrontata la tematica dell'abuso sull'anziano sotto un versante medico-legale e verranno descritte le principali forme di maltrattamento nonché i principali fattori di rischio connessi.

## 1. Tentativi definitivi

La definizione del fenomeno presenta interrogativi e dubbi e non è pacifica. Tuttavia la definizione maggiormente utilizzata risale all'anno 2008 quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità Molti Paesi hanno adottato la definizione di abuso sull'anziano elaborata nel 2008 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la quale ha ravvisato il fenomeno in “*un comportamento sporadico o continuato o la negligenza intervenuta in una relazione dove esiste qualche forma di obbligazione disattesa che causa angoscia verso una persona anziana*”<sup>2</sup>. La medesima descrizione del fenomeno è stata riportata anche dall'INPEA, *International Network for the Prevention of elder abuse*.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Giordano Varliero è Dottorando di Ricerca, XXXI ciclo, presso l'Università di Urbino; Cultore della Materia in Medicina Legale, presso l'Università di Bologna; Avvocato del Foro di Rimini;

<sup>2</sup> Pillemer K., Connolly M.T., Breckman R., Spreng N., Lachs M.S., *Special issue: 2015 WHCoA*, *The Gerontologist*, 2015, Vol. 55, No. 2, 320-327;

<sup>3</sup> Killick C., Taylor BJ, Begley E, Carter Anand J, O'Brien M., *Older People's Conceptualization of Abuse: A Systematic Review*, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2015;

<sup>4</sup> Soares J., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura G., Lindert. J., De Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G., Stankunas M., *Abuso e salute tra gli anziani in Europa*, Ed. It. A cura di M.G. Melchiorre e G. Lamura, Ancona, 2012;

La difficoltà di giungere ad una definizione comune risiede nella complessità della comparazione dei vari fattori che vanno a comporre la definizione stante la loro provenienza da fonti diverse. Allo stesso modo senza una definizione comune appare complicato comparare anche i risultati delle ricerche scientifiche sul punto.<sup>4</sup>

Il primo momento in cui la letteratura scientifica si è occupata del fenomeno risale al 1975; in quell'occasione, sul *British Medical Journal*, veniva descritto il fenomeno con l'espressione *granny battering*.<sup>5</sup> Un'espressione rapidamente mutata già negli anni Ottanta in *Elderly abuse syndrome*, descritta come una sindrome con un'incidenza stimata del 4% della popolazione anziana statunitense.<sup>6</sup>

Anche in ambito europeo non sono mancati sforzi definitori tant'è che il maltrattamento sull'anziano è stato descritto come “*qualsiasi atto, o la mancanza di misure adeguate, commessi contro le persone anziane e che si verificano all'interno della famiglia o nelle istituzioni, mettendone a repentaglio la vita, la sicurezza economica, fisica o psicologica, l'autonomia e lo sviluppo della personalità*”.<sup>7</sup>

La seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento tenutasi a Madrid nel 2002, ha rappresentato un'occasione di confronto in merito a come intendere il fenomeno a livello globale;<sup>8</sup> nel medesimo anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il primo rapporto mondiale su violenza e salute, inserendo all'interno il capitolo denominato *Abuse of older person* nel quale si riconosceva l'entità del fenomeno stimando che avesse un'incidenza compresa tra il 4% e il 6% della popolazione mondiale,<sup>9</sup> e si inseriva la prevenzione di questo particolare tipo di abuso all'interno dei diritti umani universali.<sup>10</sup>

Sul versante anglosassone invece vi sono state due tipologie definitorie, la prima, enunciata dal Dipartimento di Salute inglese, con connotati più generali che ha descritto il fenomeno come “*la violazione dei diritti umani e civili da parte di un'altra persona*”<sup>11</sup>, e la seconda, del Consiglio Nazionale di Ricerca statunitense, che ha circoscritto maggiormente il tema definendolo non solo come “*condotte intenzionali che causano un danno o sofferenze o creano un concreto rischio di danno ad un anziano vulnerabile messe in atto da colui che se ne deve prendere cura o da un'altra persona che è in un rapporto di fiducia con l'anziano*” ma anche come “*fallimento di colui che si deve prendere cura dell'anziano di far fronte alle primarie necessità dello stesso o di proteggerlo dai danni*”.<sup>12</sup>

La medesima definizione è stata indicata anche dalla U.S. National Academy of Science e l'innovazione di tale definizione risiede nella presenza di due elementi costitutivi e caratterizzanti l'abuso sull'anziano. Il primo elemento consiste nella

---

<sup>4</sup> Hall J., Karch D.L., Crosby A., *Elder Abuse Surveillance: uniform definitions and recommended core data elements*, CDC, Department of health & human services - USA, National Center for Injury prevention and control, division of violence prevention, 2016;

<sup>5</sup> Burston G. *Granny-battering*. *Br M J* 1975;3:592;

<sup>6</sup> Lagazzi M., Moroni P., *Aspetti criminologici e medicosociali del “maltrattamento dell'anziano”*, *Rassegna di Criminologia*, 1988:183-95

<sup>7</sup> Council of Europe (1992). *Violence Against the Elderly*. Strasbourg: Council of Europe;

<sup>8</sup> *Abuse of elder person: recognizing and responding to abuse of older person in a global context*. in: Madrid: document of the United Nations Economic and Social Council 2002

<sup>9</sup> Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., DIMEL Dipartimento di Medicina Legale Università di Genova, DIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sezione Geriatria Università di Genova, *Aspetti medico-legali e geriatrici del “maltrattamento” dell'anziano*, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, *G Gerontol*, 2007;55:170-180;

<sup>10</sup> Meroni F., Levorato A., *Tribuna medica ticinese*, settembre 2011;

<sup>11</sup> Department of Health, United Kingdom, 2000;

<sup>12</sup> National Research Council, USA, 2003;

sofferenza subita dall'anziano e nella sua esposizione a danni e rischi non necessari. Il secondo, all'opposto, riguarda la persona che è in rapporto di fiducia con l'anziano e, anziché tutelarla, gli causa un danno o un pregiudizio per sua azione od omissione nella cura.<sup>13</sup>

Negli anni si sono susseguiti diversi sforzi definitori. Nel 1997 l'American Medical Association ha definito l'abuso sull'anziano come un atto o un'omissione che si traduce in un danno o nella minaccia di un danno alla salute o al benessere di una persona anziana. La stessa definizione è stata ripresa nel 2003 dal Committee on National Statistics.

Gli sforzi definitori sono frutto di un intenso dibattito a livello internazionale su un fenomeno che colpisce una delle fasce più deboli della popolazione e che riguarda soggetti che spesso sono in stretto rapporto fiduciario tra loro, in ragione di vincoli familiari o rapporti assistenziali.

I fattori culturali sono rilevanti non solo nella definizione dell'abuso ma anche nella percezione dello stesso da parte dell'abusante, poiché in certi casi lo stesso operatore sanitario può presentare difficoltà nell'individuazione e gestione del malessere dell'anziano.<sup>14</sup>

## 2. Epidemiologia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'Informativa n° 357 aggiornata al mese di dicembre 2014, presenta dati significativi: circa il 4-6% delle persone anziane intervistate hanno dichiarato di esser state vittime di significativi abusi nel mese precedente; i maltrattamenti agli anziani sono previsti in aumento; e si prevede che nel 2025 la popolazione mondiale di età pari o superiore a 60 anni raddoppierà arrivando a 1,2 miliardi di persone.<sup>15</sup>

Già nel 2005 si stimava un'incidenza di maltrattamenti su persone anziane compresa tra il 3% e il 10% in Australia, Canada e Regno Unito, con una percentuale di casi di abbandono pari al 55% solo in Canada.

Una ricerca inglese sugli indicatori del maltrattamento sull'anziano all'interno del contesto europeo, con riferimento ad un campione di circa 4000 persone di differenti nazionalità e di età superiore ai 65 anni, ha indicato - a seguito di domande inerenti fattori demografici, fisici, e psichiatrici - che il 4,6% degli intervistati presentava almeno un indicatore di abuso come la presenza di depressione, delusioni, isolamento sociale, scarse informazioni sulle cure, conflitti con familiari o amici. I risultati più negativi hanno riguardato gli intervistati di nazionalità italiana o tedesca i quali, per ragioni culturali, presentavano alti livelli di dipendenza e di tempo trascorso nelle proprie abitazioni.<sup>16</sup> Il risultato ha mostrato come il 10% dei partecipanti presentasse potenziali segni di abuso, in particolare segni di maltrattamenti fisici per il 6,6% degli intervistati.

---

<sup>13</sup> Pillemer K., Burnes D., Riffin C., Lachs M.S., *Elder abuse: global situation, risk factors and prevention strategies*, Gerontologist, 2016, Vol. 56, No. S2, S194-S205;

<sup>14</sup> Cooper C., Dow B., Hay S., Livingston D., Livingston G., *Care workers' abusive behavior to resident in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good and development of an instrument for reporting of abuse anonymously*, International Psychogeriatrics, 2013, 25:5, 733-741;

<sup>15</sup> Ministero della Salute, *Informativa OMS: maltrattamenti agli anziani*, Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti - Ufficio III (Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU);

<sup>16</sup> Cooper C., Katona C., Finne-Soveri H., Topinkova E., Carpenter G.I., Livingston G., *Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC studyI*, Am J Geriatr Psychiatry, 2006 Jun; 14(6):489-97;

Ulteriori indicatori di abuso riportati sono stati: condizioni di scarsa igiene (2,6%), situazioni di angoscia e ansia (0,7%), maltrattanti o negligenze (0,3%), ed infine presenza di ferite, fratture ossee o bruciature di cui non è stata data spiegazione (0,2%).

Uno studio del 2012 ha approfondito il fenomeno con riferimento al contesto italiano unitamente alla legislazione esistente ed alle politiche in atto.<sup>17</sup> Tale ricerca, riportando i dati del *Global Aging Report* del 2009, ha indicato come la popolazione italiana sia composta per almeno il 10% da persone di età superiore ai 65 anni con un potenziale rischio di abuso pari al 18,8%. Ha altresì sottolineato come da un lato il maltrattamento sulla persona anziana rappresenti in Italia un problema di natura pubblica, e dall'altro come le normative a riguardo non siano ricomprese in un unico atto ma siano disseminate tra le varie disposizioni di legge, ciò a dimostrazione della mancanza di una strategia coerente e comprensibile a livello nazionale.

Una ricerca multilivello su 7 Paesi europei, in merito alle disuguaglianze socioeconomiche con riferimento al maltrattamento, ha analizzato il *Project on abuse of elderly people in Europe* (ABUEL), risalente all'anno 2009, il quale ha stimato un'incidenza di circa il 12,7% dell'abuso sull'anziano in Italia; suddivisa in 10,4% di abuso psicologico, 2,6% di abuso finanziario e 1,5% di abuso fisico e sessuale. Soprattutto per i maltrattamenti di carattere fisico e psicologico è stata registrata una maggiore incidenza in capo a soggetti di sesso maschile.<sup>18</sup> Tale studio ha fatto ricorso a grandezze macroeconomiche e non ad un campione di intervistati in quanto aveva l'intenzione di riferirsi all'intera popolazione.

Uno studio condotto in sette diverse città di sette differenti Paesi europei, dopo aver raccolto dati su un campione di 4467 individui, ha mostrato una maggiore incidenza di abusi su di età compresa tra i 65 e i 69 anni, senza alle spalle pregressi migratori, con un intermedio grado di istruzione, coniugate e conviventi col proprio partner, e che in età lavorativa hanno rivestito mansioni impiegate di medio livello.<sup>19</sup> La città italiana presa in considerazione dal presente studio è stata Ancona ove si è registrata un'incidenza di un generico tipo di abuso negli ultimi 12 mesi pari al 12,7%, di cui abuso psicologico pari al 10,4%, abuso finanziario pari al 2,7%, soprattutto nei confronti di intervistati di sesso maschile, mentre l'abuso sotto forma di *neglect* ha inciso solo per l'1%.

### 3. Tipologie di abuso e conseguenze sugli anziani

Le modalità con cui si può manifestare l'abuso sull'anziano sono varie ed eterogenee, e possono essere tanto di natura commissiva quanto di stampo omissivo.

Esso può essere innanzitutto di tipo psicologico e morale, in secondo luogo può essere di tipo finanziario e materiale, in terzo luogo può assumere i connotati del maltrattamento fisico o sessuale. Può altresì sostanzarsi in negligenza, disattenzione o

---

<sup>17</sup> Melchiorre M.G., Chiatti C., Lamura G., *Tackling the phenomenon of elder abuse in Italy: a review of existing legislation and policies as a learning resource*, Educational Gerontology, 38: 699-712, 2012;

<sup>18</sup> Fraga S., Lindert J., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Melchiorre M.G., Stankunas M., Macassa G., Soares J.F.J., *Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries*, Preventive Medicine 61, 2014, 42-47;

<sup>19</sup> Lindert J., De Luna J., Torres-Gonzales F., Barros H., Ioannidi-Kopolou E., Melchiorre M.G., Stankunas M., Macassa G., Soares J.F.J., *Abuse and neglect of older persons in seven cities in Europe: a cross-sectional community study*, Int J Public Health, 2013, 58:121-132;

abbandono, ovvero può genericamente rappresentare una violazione dei diritti della persona.<sup>20</sup>

L'abuso fisico è caratterizzato da qualsiasi forma di maltrattamento verso il corpo della vittima e può caratterizzarsi in lesioni o percosse causate dallo spingere, colpire, trattenere o anche limitare fisicamente l'anziano.

Vi sono alcuni indicatori che possono indurre il sanitario a riconoscere l'abuso fisico, ad esempio la presenza di ematomi, abrasioni, contusioni, fratture, segni di lacci o di morsi, accessi multipli al Pronto Soccorso, oppure cadute o lesioni frequenti o di cui non viene fornita una spiegazione plausibile.<sup>21</sup> Allo stesso modo deve indurre al sospetto di abuso fisico anche la presenza di contusioni sulle dita, lividi sui palmi delle mani o sulle piante dei piedi, cicatrici, abrasioni o lacerazioni, o – in aggiunta - anche un inspiegabile e profonda paura.<sup>22</sup>

Il fenomeno può caratterizzarsi anche in un tipo di abuso sessuale ossia in una qualsiasi forma di limitazione dell'autodeterminazione sessuale della persona.

Conseguenze fisiche possono essere presenti anche nel caso di abbandono e di comportamento omissivo e negligente da parte di colui che ha il compito di occuparsi dell'assistenza quotidiana di un anziano non autosufficiente, come la presenza di infezioni dovute a scarsa igiene o eventuali piaghe da decubito. La stessa negazione del cibo o volontaria privazione dei necessari medicinali all'anziano bisognoso rappresentano forme di maltrattamento attuato tramite omissione o negligenza.<sup>23</sup>

L'abbandono, definito nella letteratura internazionale col termine *neglect*, può manifestarsi con una ridotta mobilità della persona, con la presenza di piaghe da decubito o infiammazioni trascurate, depressione o perdita di peso. Tale *neglect* può assumere varie forme: l'anziano può esser lasciato senza controlli sanitari o abbandonato da solo in un'abitazione eccessivamente fredda o calda, può esser lasciato privo dei necessari ausili come occhiali da vista, sedia a rotelle o apparecchio acustico. Inoltre anche la mancanza di opportuni accertamenti clinici o il frequente cambio del medico curante o dello psicoterapeuta possono essere segno di incuria nell'assistenza dell'anziano.<sup>24</sup>

L'abbandono, l'incuria e la negligenza nell'assistenza dell'anziano non si riversano solo all'interno delle mura domestiche, ma possono manifestarsi anche all'interno delle Istituzioni quali ospedali, case di cura, assistenze domiciliari e sociali. Un tipico esempio di queste situazioni è rappresentato dall'inadeguato controllo dell'anziano, per carenza di motivazione del personale o per una insufficiente formazione professionale dello stesso.

---

<sup>20</sup> Lachs M.S., Pillemer K.A., *Elder Abuse I*, The New England Journal of Medicine, 373;20, November 12, 2015; Dong X., *Elder abuse: research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award lecture*, The Gerontologist Vol. 54, No. 2, 153-162, 2013;

<sup>21</sup> Aravanis S.C., *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*, Chicago, IL, American Medical Association, 1996; Lachs M.S., Pillemer K., *Abuse and neglect of elderly persons*, N Engl J Med, 1995, 333 (7):437-43;

<sup>22</sup> Yaffe M.J., *Understanding elder abuse in family practice*, Clinical Review, Care of Elderly Series, Can Fam Physician 2012, 58:1336-1340;

<sup>23</sup> Pineo A., Dominguez L.J., Ferlisi A., Galioto A., Vernuccio L., Zagone G., Costanza G., Putignano E., Belvedere M., Di Sciacca A., Barbagallo M., Cattedra di Geriatria Università di Palermo, *Violenza contro le persone anziane*, Articolo di aggiornamento Gerontol;

<sup>24</sup> Aravanis S.C., *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*, Chicago, IL, American Medical Association, 1996; Clarke M.E., Pierrson W., *Management of elder abuse in the emergency department*, Emerg Med Clin Noth Am 1999, 17 (3), pagg. 631-644;

L'abuso può inoltre manifestarsi in un'inadeguata supervisione dei pazienti in un atteggiamento aggressivo nei loro confronti, in una scarsa assistenza infermieristica, in un'alimentazione inappropriata, in un'eccessivo ritardo nel rispondere alle richieste di intervento, in mancanza di preparazione nella gestione dei bisogni dell'anziano, o infine in risorse e attrezzature non sufficienti per le cure che dovrebbero fornire.<sup>25</sup>

L'abuso emotivo invece può consistere in sopraffazione verbale da parte della persona che convive con l'anziano, umiliazioni o intimidazioni fino ad arrivare anche a vere e proprie minacce. Segni e sintomi di questo abuso psicologico possono ravvisarsi in un grave stato d'ansia della vittima o in un suo cercare di evitare un contatto fisico o persino visivo. Anche l'inspiegabile rassegnazione e passività dell'anziano nei confronti della vita ed una conseguente diminuzione dei suoi contatti con le persone possono rappresentare avvisaglie di questo tipo di abuso.

Le modalità in cui può esser commesso abuso psicologico sono varie come ad esempio minacciare l'anziano di colpirlo, non rispettare la sua intimità o i suoi effetti personali, insultarlo o rivolgergli imprecazioni, minacciarlo con armi, punizioni, privazioni, controllare qualsiasi tipo di contatto con amici e familiari, umiliarlo o trattarlo in modo infantile, o – più genericamente - mancargli di rispetto.<sup>26</sup> Tale abuso può portare ad una diminuzione delle condizioni di salute fisiche e mentali dell'anziano ed è connesso all'insorgere o al peggioramento di sindromi depressive nonché ad una bassa qualità di vita.<sup>27</sup>

L'abuso di tipo finanziario o economico può essere composto sia da aspetti di violenza fisica che di quella psicologica, e si concretizza in un uso improprio dei beni della persona anziana senza il suo consenso; si può manifestare tanto con vere e proprie estorsioni quanto con la costrizione dell'anziano a firme forzate al fine di prelevare denaro dal suo conto corrente o nominati eredi esercitando violenza ed intimidazione. Può altresì consistere in un improvviso impossessamento o concessione di risorse economiche o proprietà, anche in assenza di una vera e propria coercizione o intimidazione, oppure in firme false dell'anziano che possono essere utilizzate a garanzia di finanziamenti o per avere accesso a conti correnti e carte di credito.<sup>28</sup>

Ogni forma di abuso genera conseguenze fisiche e psicologiche sulla vittima, a maggior ragione se questa è anziana. E' stato ravvisato un maggior rischio di sviluppare sindromi depressive e un aggravamento del deterioramento cognitivo o di ulteriori patologie croniche già presenti, oltre ad un forte sentimento di colpa e vergogna acuito dal senso di impotenza contro i maltrattamenti e la consapevolezza di non poter reagire sul piano fisico.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> Hawes C., Blevins D., Shanley L., *Preventing abuse and neglect in nursing homes: the role of the nurse aide registries. Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA) from the School of Rural Public Health, College Station, TX, Texas A&M University System Health Science Center, 2001;*

<sup>26</sup> Clarke M.E., Pierrson W., *Management of elder abuse in the emergency department*, Emerg Med Clin Noth Am 1999, 17 (3), pagg. 631-644;

<sup>27</sup> Fulmer T., Rodgers R.F., Pelger A., *Verbal mistreatment of the elderly*, Journal of Elder Abuse and Neglect, 26:4, 351-364, 2014;

<sup>28</sup> National Center on Elder Abuse, *The National Elder Abuse Incidence Study: final report*, Washington DC, National Aging Information Center, 1998; National Center on Elder Abuse, *Elder abuse: questions and answers*, Washington DC, National Aging Information Center, 1996; Tueth M.J., *Exposing financial exploitation of impaired elderly persons*, Am J Geriatr Psychiatry, 2000:8(2), pagg. 104-111;

<sup>29</sup> ASSB-BSB Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Una ricerca nella città di Bolzano dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Distretto Sociale Oltrisarco Aslago*, Giornata Informativa: Maltrattamento nei confronti della popolazione anziana, 30 novembre 2011;

#### 4. Fattori di rischio

L'anziano può trovarsi frequentemente in condizioni di non autosufficienza che lo rendono dipendente da altre persone, tanto per la presenza di gravi patologie o disagi economici, quanto per motivazioni socio-emotive. Tutto ciò, in concerto con determinati fattori scatenanti ed elementi circostanziali, mette in luce non poche problematiche, soprattutto correlabili a situazioni che possono portare ad un maltrattamento dell'anziano. Come le varie tipologie di abuso, anche i fattori di rischio sono molteplici e possono riguardare sia aspetti relazionali tra il maltrattante e la vittima, che lo stile di vita e di inserimento nella comunità da parte dell'anziano.<sup>30</sup>

Nel 2011 è stata pubblicata sul giornale della società Americana di Medicina una scheda relativa al fenomeno dell'abuso sull'anziano, con lo scopo di farla circolare e distribuire tra i medici quale strumento di valutazione dell'anziano in cura, ove vengono indicate le tipologie di abuso ed i fattori di rischio, unitamente ad indicazioni pratiche su come poter reagire, tra cui un numero di telefono da chiamare in caso di maltrattamenti.<sup>31</sup>

Tra i fattori di rischio indicati è presente un elenco delle problematiche che possono investire l'anziano, quali disturbi della memoria (soprattutto demenza), patologie psichiche, depressione, solitudine, mancanza di un supporto socio-assistenziale, abuso di alcool o altre sostanze, o situazioni di scontro verbale e psicologico con la persona incaricata della sua assistenza. Con riferimento a quest'ultima sono anche indicati alcuni fattori di rischio, tra cui l'essere sopraffatto dal grande impegno della cura dell'anziano o provare risentimento nei suoi confronti, oppure l'aver avuto un trascorso di maltrattamenti e violenze o abuso di sostanze, ed infine l'essere dipendente dall'anziano in termini di risorse economiche.<sup>32</sup>

Studi empirici e clinici dimostrano che un anziano che vive con i familiari o con il caregiver si trova in una situazione che rappresenta un fattore di rischio potenziale per diventare vittima di un abuso rispetto a chi vive da solo.<sup>33</sup> L'inserimento di un anziano dipendente all'interno di una famiglia può determinare infatti un disagio nei familiari in quanto ci sono più opportunità di contatto, e quindi di conflitto e tensione.

Altri fattori di rischio includono il sesso femminile, gli anziani definiti "oldest old", ovvero ultraottantenni, e gli anziani con fragilità mentale e/o fisica che non possono prendersi cura di se stessi.

Anche l'isolamento sociale, inteso come isolamento dell'anziano dai propri amici e dalla comunità, rappresenta un fattore di rischio che rende la vittima più suscettibile di un abuso, specialmente se associato ad una condizione di demenza, perché si riduce la capacità e l'opportunità dell'individuo di riconoscere, far fronte ed eventualmente fuggire dalla situazione abusante.

---

<sup>30</sup> Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., DIMEL Dipartimento di Medicina Legale Università di Genova, DIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sezione Geriatria Università di Genova, *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, G Gerontol, 2007;55:170-180;

<sup>31</sup> Hildreth C.J., Burke A.E., Golub R.M., *Elder abuse*, The Journal of the American Medical Association, August 3, 2011 – Vol 306, No 5;

<sup>32</sup> Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., DIMEL Dipartimento di Medicina Legale Università di Genova, DIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sezione Geriatria Università di Genova, *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, G Gerontol, 2007;55:170-180;

<sup>33</sup> Lachs M.S., Pillemer K., *Elder Abuse*, Lancet, 2004, 364: 1263-72;

Esistono anche dei profili a rischio specifici degli autori dell'abuso: i parenti e i coniugi delle vittime sono quelli che più frequentemente commettono abuso domestico e circa il 90% dei responsabili hanno un rapporto con le vittime, infatti generalmente si tratta di familiari che sperano di ottenere delle risorse dalla vittima.

Spesso inoltre tra i perpetratori si annoverano individui con patologie psichiatriche, associate frequentemente all'abuso di alcool o di sostanze stupefacenti. Anche la presenza di pregressi episodi di violenza nella famiglia costituisce un valido fattore di rischio, in quanto si manifesta una trasmissione intergenerazionale di comportamenti violenti spesso preesistenti all'interno della famiglia maltrattante che si ripropongono a danno dell'anziano. Infine, lo stress esterno e le frustrazioni derivanti dalla routine quotidiana, così come la mancanza di ausili e la carente assistenza economica e socio-sanitaria rendono i bisogni dell'anziano non facilmente sostenibili da parte del nucleo familiare, creando una situazione di tensione che può sfociare nell'abuso.

Non può essere tralasciata inoltre la violenza in istituto di ricovero, in cui i pazienti coinvolti sono spesso soli, con turbe psichiatriche o cognitive e frequentemente privi di sostegno familiare. In tale contesto i maggiori fattori di rischio implicati sembrano essere il sesso femminile e i soggetti fragili e non autosufficienti.

In sintesi i principali fattori di rischio individuali associati alla condizione della vittima dell'abuso sono: la presenza di disabilità e la condizione di non autosufficienza, una salute psicologica o fisica precaria, l'indebolimento delle funzioni cognitive, la dipendenza economica, l'età particolarmente avanzata, e il fattore di genere laddove studi hanno dimostrato una maggiore incidenza di maltrattamenti nei confronti di persone di sesso femminile. Al contrario, i principali fattori di rischio connessi all'autore dell'abuso sono: l'instabilità mentale, l'abuso di sostanze, e la dipendenza dall'anziano. Vi sono inoltre fattori di rischio connessi alla relazione tra vittima e abusante e fattori legati alle condizioni sociali e geografiche ossia l'isolamento sociale e la concezione negativa dell'anziano nella società visto non più come risorsa ma come problema.<sup>34</sup>

A parere dell'Organizzazione Mondiale della Sanità i fattori di rischio possono essere distinti in quattro livelli. Un primo livello definito individuale che riguarda casi di demenza della vittima o l'abuso di alcool o sostanze da parte dell'aggressore, ma anche la coabitazione ed il sesso della vittima. Un secondo livello definito relazionale che include tutti gli elementi di rischio dovuti al tipo di relazione che intercorre tra la vittima e l'aggressore, come la dipendenza economica del maltrattante o una lunga storia di relazioni familiari difficili. Un terzo livello definito di comunità riguardante il rapporto tra la vittima e la società e comprendendo l'isolamento sociale tanto del caregiver quanto della persona anziana come fattore di rischio unito alla mancanza di sostegno sociale. Infine, un livello socio-culturale legato alla concezione dell'anziano che continua ad essere inteso e descritto come fragile, debole e dipendente, incidendo in tal senso sul rischio che il maltrattante possa agire con più decisione sentendosi in una posizione di forza. Altri fattori di rischio di carattere culturale sono l'erosione dei legami tra le generazioni di una famiglia, la migrazione delle coppie giovani che lasciano gli anziani da soli, e la mancanza di risorse per pagare le cure.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Pillemer K., Burnes D., Riffin C., Lachs M.S., *Elder abuse: global situation, risk factors and prevention strategies*, Gerontologist, 2016, Vol. 56, No. S2, S194-S205;

<sup>35</sup> Ministero della Salute, *Informativa OMS: maltrattamenti agli anziani*, Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti - Ufficio III (Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU);

## 5. I segni di abuso

Recentemente si sono moltiplicati gli sforzi per cercare di identificare i segni fisici o i cambiamenti di personalità che inducono a sospettare un abuso fisico o psicologico. L'interpretazione corretta di tali segni dovrebbe rappresentare l'inizio di quella che è l'evoluzione della situazione in cui sia accertato un abuso, ossia la compilazione da parte del medico del referto o della denuncia nei casi dei delitti perseguibili d'ufficio.<sup>36</sup>

Il medico è spesso una delle poche persone al di fuori del nucleo familiare che l'anziano vede regolarmente, e si trova quindi in una posizione strategica per prevenire, individuare e denunciare un abuso.<sup>37</sup> A tal fine è indispensabile condurre un'adeguata anamnesi e valutazione clinica, soffermandosi anche sui rapporti con i familiari e sulla situazione sociale e domestica, con lo scopo non solo di individuare eventuali forme di abuso ma anche di prevenirle valutando l'esistenza di fattori di rischio.<sup>38</sup>

Alcune tecniche aiutano a condurre un'adeguata diagnosi differenziale ed ottenere una più accurata informazione: l'anziano deve essere intervistato da solo, senza familiari o altre persone, e l'intervista può iniziarsi con domande generali riguardanti la sicurezza della casa, continuare con domande sulla persona che la responsabilità di prendersi cura del paziente, per poi proseguire con domande più specifiche riguardanti l'abuso sospetto. Se esiste il sospetto di abuso, può essere utile ottenere informazioni da più fonti possibili, includendo parenti, vicini e altre persone di assistenza a casa. In seconda istanza è indispensabile un accurato esame fisico, perché ogni tipo di abuso può presentare delle peculiari caratteristiche cliniche.<sup>39</sup>

Purtroppo non può essere utilizzato alcun test come gold standard per individuare un abuso, motivo per cui ciascun operatore sanitario che viene a contatto con una potenziale vittima deve sapere riconoscere alcuni importanti marcatori forensi. La difficoltà di questo approccio risiede nel fatto che spesso esiste una sovrapposizione tra i marcatori di malattia e quelli di abuso.<sup>40</sup>

Per le lesioni fisiche più rilevanti si prendono in considerazione molteplici aspetti: abrasioni e lacerazioni possono comparire a seguito di traumi minori ma possono anche essere conseguenza di abuso. Sarà importante valutare la sede e il numero delle lesioni.

Ecchimosi e contusioni sono spesso frequenti negli anziani e vanno in contro a risoluzione molto più lentamente rispetto ai giovani adulti. Tuttavia la posizione anatomica nonché la forma della lesione possono suggerire la causa: ad esempio le sedi per le lesioni non accidentali includono il volto, il collo, la parete toracica, l'addome e le natiche. Anche la presenza di ecchimosi sul palmo delle mani e sulla pianta dei piedi possono servire come markers forensi in quanto il tessuto in tali sedi anatomiche è fibroso, spesso e solitamente non viene lesionato accidentalmente.

Ferite connesse con le cadute, quali fratture ed ematomi, possono essere associate ad episodi di abuso fisico, ma è anche vero che l'apparato scheletrico di un individuo anziano è più fragile, e di conseguenza più sensibile a rottura. Inoltre altre malattie quali

---

<sup>36</sup> Lachs M.S., Pillemer K., *Elder Abuse*, Lancet, 2004, 364: 1263-72;

<sup>37</sup> Schmeidel A.N. et al., *Health Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings*, J Elder Abuse Negl., 2012, 24(1): 17-36;

<sup>39</sup> Pineo A. et al. *Violenza contro le persone anziane*, G Gerontol, 2005, 53:112-119;

<sup>40</sup> Pineo A. et al. *Violenza contro le persone anziane*, G Gerontol, 2005, 53:112-119;

osteoporosi, osteomalacia, la malattia di Paget, tumori metastatici con invasione ossea oppure l'uso cronico di steroidi rendono le ossa del paziente più inclini a fratture. È quindi necessario un esame approfondito, una raccolta anamnestica dettagliata e anche un'accurata storia da parte del caregiver.

La malnutrizione e la marcata perdita di peso possono essere associate ad un'intenzionale privazione di cibo e configurare quindi una forma di abuso. Tuttavia possono anche essere associate ad uno stato cachettico da neoplasia in stato avanzato o ad altre malattie croniche. Inoltre nelle persone anziane si verifica un fisiologico declino dei sensi del gusto e dell'olfatto, con conseguente diminuzione dell'appetito. In aggiunta, scadenti condizioni di salute, incluse una cattiva dentatura, depressione, demenza e sindromi da malassorbimento possono contribuire alla perdita di peso. Malnutrizione si osserva anche in numerosi altri disturbi tra cui ictus, morbo di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica e patologie dell'esofago. È dunque richiesta una documentazione appropriata ed estremamente dettagliata.

Per l'abuso psicologico è importante valutare lo stato di agitazione o stress emozionale, il mutismo, i sintomi depressivi e la paura del contatto, anche con l'esaminatore. La diagnosi differenziale al riguardo risulta assai complessa in quanto i disturbi cognitivi e mentali sono alcuni dei problemi più diffusi e clinicamente difficili della vecchiaia. Può essere presente depressione, psicosi, abuso di alcol o di farmaci, demenza, e tutto ciò può portare ad una compromissione del pensiero, della memoria e della capacità decisionale. Questo impedisce alla persona anziana di cercare aiuto e diventa così più facilmente vittima di sfruttamento da parte di altri.

Per i casi di comportamenti di negligenza è opportuno soffermarsi sullo stato di malnutrizione, sulla presenza di piaghe da decubito non trattate, scarsa igiene personale, abiti sporchi o inappropriati alla stagione, problemi sanitari non trattati, condizioni abitative pericolose o non sicure, condizioni di vita insane o mancata somministrazione della terapia abituale.

Infine, per le situazioni di abuso materiale, non vi è mai una situazione in cui lo sfruttamento finanziario viene considerato normale, indipendentemente dall'età o dallo stato funzionale dell'individuo. È opportuno concentrarsi su cambiamenti improvvisi nel conto bancario (inclusione di nomi addizionali nelle carte di credito o nelle carte bancarie, prelievo non autorizzato di fondi), modifiche improvvise del testamento non altrimenti spiegabili, scomparsa di fondi di valore, disattenzioni di cura di conti o pagamenti mancanti nonostante la disponibilità economica, ritrovamento di una firma forzata in una transazione finanziaria o il riferimento stesso da parte di un anziano di abuso finanziario.<sup>41</sup>

## 6. L'esperienza statunitense

Già dal 1985 ogni Stato americano aveva previsto programmi a tutela dell'anziano ed entro il 1993 si era dotato di riferimenti normativi riguardo per il contrasto dell'abuso contro una persona anziana all'interno delle mura domestiche.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Bitonto Dyer C., Connolly M.T., McFeeley P., *The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect; Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, 2003, 339-586;

<sup>42</sup> Jorgerst G.J., Daly M.J., Brinig M.F., Dawson D.J., Schmuck G.A., Ingram G.J., *Domestic Elder Abuse and the law*, in *American Journal of Public Health*, December 2003, Vol. 93, No. 12;

Sono stati creati gli *Adult Protective Services* definiti nel 2001 dal Centro Nazionale sull'Abuso Senile con sede a Washington come “*those services provided to older people and people with disabilities who are in danger of being mistreated or neglected, are unable to protect themselves, and have no one to assist them*” ossia quel servizio a tutela della persona anziana o con disabilità che è in pericolo di subire maltrattamenti o negligenze, che non è in grado di proteggersi e non ha nessuno che la assista.

In USA il fenomeno è molto diffuso, si stima che subiscano maltrattamenti dai due ai cinque milioni di americani di età superiore ai sessantacinque anni.<sup>43</sup> Oltretutto negli Stati Uniti è un tema largamente dibattuto, tanto che nel 2015 è stata organizzata la *White House Conference on Aging* allo scopo di approfondire il tema dell'abuso finanziario dell'anziano, l'abuso e l'abbandono.<sup>44</sup> Inoltre si sono registrati negli anni numerosi interventi anche di carattere legislativo a tutela dell'anziano quali ad esempio l'*Elder Justice Act* del 2010 che ha introdotto nel sistema americano l'*Elder Justice Coordinating Council*, l'*Elder Abuse, Neglect, and Exploitation Forensic Centers* e nuovi programmi di implementazione degli *Adult Protective Services*.

In ragione delle sue caratteristiche il maltrattamento nei confronti di una persona anziana è stato interpretato come un fenomeno multifattoriale al cui contrasto avrebbe dovuto partecipare professionisti di diverse discipline e studi al fine di giungere ad una comprensione più approfondita del fenomeno ad una tutela proveniente da vari ambiti sia medici che legali.

Ruolo rilevante è stato attribuito alla figura del medico legale per individuare gli indicatori fisici che, con riferimento specifico all'abuso sull'anziano, sono particolari e caratteristici proprio in ragione dell'età avanzata e sono meritevoli di uno specifico approfondimento al fine di valutare se la spiegazione dei postumi fornita dalla vittima coincida con la situazione clinica. Al fine di valutare il grado di conoscenza del fenomeno, nello Stato della Georgia è stato rivolto proprio ai medici legali un questionario dai cui risultati è emersa necessità di una maggiore formazione in quanto la maggioranza ha indicato di non saper riconoscere adeguatamente i segni di abuso sull'anziano; tuttavia il limite di tale ricerca era rappresentato dall'esiguo numero di partecipanti e dall'aver pertanto raccolto le opinioni di un campione ridotto ed omogeneo.<sup>45</sup>

Ulteriore ricerca, effettuata nello Stato della Virginia, si è focalizzata su un campione di 71 casi di maltrattamento affidati agli *Adult Protective Services* nel periodo tra il 2005 ed il 2008 ed ha mostrato come l'abuso più ricorrente fosse innanzitutto di tipo finanziario, in secondo luogo psicologico, in alcuni casi si trattava di *neglect* ed infine era ricorrente un maltrattamento attuato con modalità proprie di tutte e tre le forme precedenti. Inoltre tale studio ha sottolineato come molte vittime, essendo in un rapporto di co-dipendenza o legame affettivo col soggetto maltrattante, non volessero un coinvolgimento delle Forze dell'Ordine; pertanto gli stessi; la limitazione di tale studio era rappresentata dal fatto che il campione studiato riguardava solamente vittime

---

<sup>43</sup> Strasser S., King P., Payne B., O'Quin K., *Elder abuse: what coroners know and need to know*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25:242-253, 2013;

<sup>44</sup> Pillemer K., Connolly M.T., Breckman R., Spreng N., Lachs M.S., *Special issue: 2015 WHCoA*, *The Gerontologist*, 2015, Vol. 55, No. 2, 320-327;

<sup>45</sup> Strasser S., King P., Payne B., O'Quin K., *Elder abuse: what coroners know and need to know*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25:242-253, 2013;

di abuso che hanno acconsentito ad essere intervistate, tuttavia si indicava che i risultati emersi rappresentavano ugualmente una un atteggiamento pressoché comune.<sup>46</sup>

Intorno all'anno 2000 il *National Center on Elder Abuse* ha inviato un questionario a tutti gli APS dei vari Stati per conoscere da un lato il numero di casi di maltrattamento esaminati e le risposte fornite, e dall'altro i dati statistici riferiti ai casi indicati come ad esempio la percentuale di uomini e donne maltrattati e maltrattanti e la loro età. Solo lo Stato del Texas ha fornito informazioni esaustive ed ha completato l'intero questionario, gli altri Stati americani non hanno superato la soglia dell'85%, ed è emerso che i maltrattamenti sono più frequenti all'interno di un ambito domestico ed i soggetti denunciati sono da una parte altri familiari e dall'altra sanitari del servizio sociale. È altresì emerso che il numero di denunce di maltrattamenti fosse quadruplicato dagli anni '80 e nella maggior parte dei casi la vittima fosse di sesso femminile, razza caucasica e di circa 80 anni di età mentre il maltrattante fosse generalmente di età compresa tra i 36 e i 50 anni, solitamente un membro della famiglia. Risultava, infine, che molti Stati non avessero ancora un registro centrale di tutti i casi di abuso su persona vulnerabile ma che la spesa per i programmi di tutela fosse aumentata del 20% dal 1993.<sup>47</sup>

E' emerso infine che gli Stati Uniti hanno dovuto fronteggiare in questa tematica una diversità di risposte legislative in quanto i vari Stati, legiferando in modo autonomo e con riferimento alle loro specifiche territoriali, non riuscivano a garantire una risposta omogenea al fenomeno, unitamente al fatto che non tutte le Procure delle varie città avevano unità specializzate nel maltrattamento verso soggetti anziani, mentre questo rappresenterebbe un'utile risorsa soprattutto in vista della partecipazione dei loro membri a gruppi multidisciplinari.<sup>48</sup>

Gli Stati Uniti in ottica futura puntano ad accrescere la ricerca sul fenomeno, sui fattori di rischio e rendere capillare la raccolta dati, mirano alla creazione di osservatori sovranazionali e ad uniformare le legislazioni dei singoli Stati al fine di poter dare una risposta più incisiva e omogenea. Si focalizzano inoltre su un maggior coordinamento fra le varie strutture ed una migliore formazione degli operatori attribuendo ruolo primario al medico legale.

## Conclusioni

Alla luce di passi avanti a livello sovranazionale si nota come il fenomeno del maltrattamento sugli anziani sia un tema molto sentito e dibattuto, soprattutto all'estero.

In Italia sta crescendo il livello di sensibilità sul tema. Tuttavia risulta necessaria una maggiore sensibilizzazione e formazione del personale medico e degli operatori assistenziali, soprattutto di coloro che quotidianamente sono a contatto con pazienti ultrasessantacinquenni, oltre che coloro che hanno modo di controllare lo stato di cura dell'anziano all'interno delle abitazioni ed alla luce del contesto familiare in cui vivono.

---

<sup>46</sup> Jackson L.S., Hafemeister T.L., *How do abused elderly persons and their adult protective services caseworkers view law enforcement involvement and criminal prosecution, and what impact do these views have on case processing?*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25:254-280, 2013;

<sup>47</sup> Teaster P.B., *The National Center on Elder Abuse, National Committee for the Prevention of Elder Abuse, The National Association of Adult Protective Services Administrators, A response to the abuse of vulnerable adults, the 2000 survey of State Adult Protective Services*;

<sup>48</sup> Connolly M.T., *Where elder abuse and the Justice system collide: police power, parens patriae, and 12 recommendations*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31 Mar 2010;

Tutto ciò in un'ottica di costante controllo ed individuazione di fattori di rischio segni di abuso.

Per far fronte ai casi di abuso finanziario sarebbe auspicabile una collaborazione attiva sia con gli operatori degli istituti di credito in modo che vengano segnalati i casi di operazioni anomale ed improvvisate sui conti correnti dell'anziano, a maggior ragione se compiute da un terzo a fronte di delega, sia con notai e funzionari con cui l'anziano potrebbe entrare in contatto per la devoluzione di parte dei suoi beni.

A tal fine l'esempio americano degli APS, Adult Protective Services, sarebbe la più grande aspirazione in modo da giungere anche in Italia ad un gruppo interdisciplinare formato da giuristi, medici e magistrati, capace di ricevere le segnalazioni dei casi sospetti e decidere come meglio intervenire, congiuntamente o alternativamente, tanto a livello medico quanto giuridico.

## Bibliografia

- ASSB-BSB Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Una ricerca nella città di Bolzano dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Distretto Sociale Oltrisarco Aslago, *Giornata Informativa: Maltrattamento nei confronti della popolazione anziana*, 30 novembre 2011
- *Abuse of elder person: recognizing and responding to abuse of older person in a global context. in: Madrid*: document of the United nations economic and Social Council 2002
- Aravanis S.C., *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*, Chicago, IL, American Medical Association, 1996; Clarke M.E., Pierrson W., Management of elder abuse in the emergency department, *Emerg Med Clin Noth Am* 1999, 17 (3), pagg. 631-644;
- Aravanis S.C., *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*, Chicago, IL, American Medical Association, 1996; Lachs M.S., Pillemer K., Abuse and neglect of elderly persons, *N Engl J Med*, 1995, 333 (7):437-43;
- Bitonto Dyer C., Connolly M.T., McFeeley P., *The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect; Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, 2003, 339-586
- Burston Gr. *Granny-battering*. *Br M J* 1975;3:592;
- Clarke M.E., Pierrson W., *Management of elder abuse in the emergency department*, *Emerg Med Clin Noth Am* 1999, 17 (3), pagg. 631-644;
- Council of Europe (1992). *Violence Against the Elderly*. Strasbourg: Council of Europe;
- Connolly M.T., *Where elder abuse and the Justice system collide: police power, parens patriae, and 12 recommendations*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31 Mar 2010;
- Cooper C., Dow B., Hay S., Livingston D., Livingston G., *Care workers' abusive behavior to resident in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good and development of an instrument for reporting of abuse anonymously*, *International Psychogeriatrics*, 2013, 25:5, 733-741;
- Cooper C., Katona C., Finne-Soveri H., Topinkova E., Carpenter G.I., Livingston G., *Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity*

- and other determinants in the Ad-HOC study*I, Am J Geriatr Psychiatry, 2006 Jun; 14(6):489-97;
- Fraga S., Lindert J., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Melchiorre M.G., Stankunas M., Macassa G., Soares J.F.J., *Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries*, Preventive Medicine 61, 2014, 42-47;
  - Fulmer T., Rodgers R.F., Pelger A., *Verbal mistreatment of the elderly*, Journal of Elder Abuse and Neglect, 26:4, 351-364, 2014;
  - Killick C, Taylor BJ, Begley E, Carter Anand J, O'Brien M., *Older People's Conceptualization of Abuse: A Systematic Review*, Journal of Elder Abuse and Neglect, 2015;
  - Hall J., Karch D.L., Crosby A., *Elder Abuse Surveillance: uniform definitions and recommended core data elements*, CDC, Department of health & human services - USA, National Center for Injury prevention and control, division of violence prevention, 2016;
  - Hawes C., Blevins D., Shanley L., *Preventing abuse and neglect in nursing homes: the role of the nurse aide registries. Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA) from the School of Rural Public Health, College Station, TX, Texas A&M University System Health Science Center*, 2001;
  - Hildreth C.J., Burke A.E., Golub R.M., *Elder abuse*, The Journal of the American Medical Association, August 3, 2011 – Vol 306, No 5;
  - Jackson L.S., Hafemeister T.L., *How do abused elderly persons and their adult protective services caseworkers view law enforcement involvement and criminal prosecution, and what impact do these views have on case processing?*, in Journal of Elder Abuse and Neglect, 25:254-280, 2013;
  - Jorgerst G.J., Daly M.J., Brinig M.F., Dawson D.J., Schmuck G.A., Ingram G.J., *Domestic Elder Abuse and the law*, in American Journal of Public Health, December 2003, VOL. 93, No. 12;
  - Lachs M.S., Pillemer K.A., *Elder Abuse*I, The New England Journal of Medicine, 373:20, November 12, 2015; Dong X., *Elder abuse: research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award lecture*, The Gerontologist Vol. 54, No. 2, 153-162, 2013;
  - Lachs M.S., Pillemer K., *Elder Abuse*, Lancet, 2004, 364: 1263-72;
  - Lagazzi M., Moroni P., *Aspetti criminologici e medicosociali del "maltrattamento dell'anziano"*, Rassegna di Criminologia, 1988:183-95;
  - Lindert J., De Luna J., Torres-Gonzales F., Barros H., Ioannidi-Kopolou E., Melchiorre M.G., Stankunas M., Macassa G., Soares J.F.J., *Abuse and neglect of older persons in seven cities in Europe: a cross-sectional community study*, Int J Public Health, 2013, 58:121-132;
  - Melchiorre M.G. Chiatti C., Lamura G., *Tacking the phenomenon of elder abuse in Italy: a review of existing legislation and policies as a learning resource*, Educational Gerontology, 38: 699-712, 2012;
  - Ministero della Salute, *Informativa OMS: maltrattamenti agli anziani*, Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti - Ufficio III (Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU);

- Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., DIMEL Dipartimento di Medicina Legale Università di Genova, DIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sezione Geriatria Università di Genova, *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, G Gerontol, 2007; 55:170-180;
- National Center on Elder Abuse, *The National Elder Abuse Incidence Study: final report*, Washington DC, National Aging Information Center, 1998; National Center on Elder Abuse, *Elder abuse: questions and answers*, Washington DC, National Aging Information Center, 1996; Tueth M.J., Exposing financial exploitation of impaired elderly persons, Am J Geriatr Psychiatry, 2000;8(2), pagg. 104-111;
- Ogioni L., Liperoti R., Landi F., Soldato M., Bernabei R., Onder G., *Cross-sectional association between behavioral symptoms and potential elder abuse among subjects in home care in Italy: results from the Silvernet study*, Am J Geriatr Psychiatry, 2007; 15, 1;
- Meroni F., Levorato A., Tribuna medica ticinese, settembre 2011;
- Pillemer K., Burnes D., Riffin C., Lachs M.S., *Elder abuse: global situation, risk factors and prevention strategies*, Gerontologist, 2016, Vol. 56, No. S2, S194-S205;
- Pillemer K., Connolly M.T., Breckman R., Spreng N., Lachs M.S., *Special issue: 2015 WHCoA*, The Gerontologist, 2015, Vol. 55, No. 2, 320-327;
- Pillemer K., Burnes D., Riffin C., Lachs M.S., *Elder abuse: global situation, risk factors and prevention strategies*, Gerontologist, 2016, Vol. 56, No. S2, S194-S205;
- Pineo A., Dominguez L.J., Ferlisi A., Galioto A., Vernuccio L., Zagone G., Costanza G., Putignano E., Belvedere M., Di Sciacca A., Barbagallo M., Cattedra di Geriatria Università di Palermo, *Violenza contro le persone anziane*, Articolo di aggiornamento Gerontol;
- Pineo A. et al. *Violenza contro le persone anziane*, G Gerontol, 2005, 53:112-119;
- Schmeidel A.N. et al., *Health Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings*, J Elder Abuse Negl., 2012, 24(1): 17-36;
- Soares J., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura G., Lindert J., De Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G., Stankunas M., *Abuso e salute tra gli anziani in Europa*, Ed. It. A cura di M.G. Melchiorre e G. Lamura, Ancona, 2012;
- Strasser S., King P., Payne B., O'Quin K., *Elder abuse: what coroners know and need to know*, in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25:242-253, 2013;
- Teaster P.B., The National Center on Elder Abuse, National Committee for the Prevention of Elder Abuse, The National Association of Adult Protective Services Administrators, *A response to the abuse of vulnerable adults, the 2000 survey of State Adult Protective Services*.
- Yaffe M.J., *Understanding elder abuse in family practice*, *Clinical Review, Care of Elderly Series*, Can Fam Physician 2012, 58:1336-1340;

# Cultura giuridica e diritto vivente

---

## Direttivo

Direzione scientifica

Direttore: Lanfranco Ferroni

Co-direttori: Giuseppe Giliberti, Luigi Mari, Lucio Monaco.

Direttore responsabile

Valerio Varesi

## Consiglio scientifico

Luigi Alfieri, Jean Andreau, Franco Angeloni, Andrea Azzaro, Antonio Blanc Altemir, Alessandro Bondi, Licia Califano, Alberto Clini, Maria Aránzazu Calzada Gonzáles, Piera Campanella, Antonio Cantaro, Maria Grazia Coppetta, Francesco Paolo Casavola, Lucio De Giovanni, Laura Di Bona, Carla Faralli, Fatima Farina, Vincenzo Ferrari, Andrea Giussani, Matteo Gnes, Guido Guidi, Giovanni Luchetti, Realino Marra, Guido Maggioni, Paolo Morozzo Della Rocca, Paolo Pascucci, Susi Pelotti, Aldo Petrucci, Paolo Polidori, Orlando Roselli, Eduardo Roza Acuña, Elisabetta Righini, Thomas Tassani, Patrick Vlacic, Umberto Vincenti.

## Coordinamento editoriale

Marina Frunzio, M. Paola Mittica.

[redazioneculturagiuridica@uniurb.it](mailto:redazioneculturagiuridica@uniurb.it)

## Redazione

Luciano Angelini, Chiara Lazzari, Massimo Rubechi.

## Collaborano con *Cultura giuridica e diritto vivente*

Giovanni Adezati, Athanasia Andriopoulou, Cecilia Ascani, Chiara Battaglini, Alice Biagiotti, Chiara Bigotti, Roberta Bonini, Darjn Costa, Marica De Angelis, Giacomo De Cristofaro, Elisa De Mattia, Luca Di Majo, Alberto Fabbri, Francesca Ferroni, Valentina Fiorillo, Chiara Gabrielli, Federico Losurdo, Matteo Marchini, Marilisa Mazza, Maria Morello, Massimiliano Orazi, Natalia Paci, Valeria Pierfelici, Ilaria Pretelli, Edoardo A. Rossi, Francesca Stradini, Desirée Teobaldelli, Matteo Timiani, Giulio Vanacore, Giordano Fabbri Varliero.

---

*Cultura giuridica e diritto vivente* è espressione del Dipartimento di Giurisprudenza (DiGiur) dell'Università di Urbino. Lo sviluppo e la manutenzione di questa installazione di OJS sono forniti da UniURB Open Journals, gestito dal Servizio Sistema Bibliotecario di Ateneo. **ISSN 2384-8901**



Eccetto dove diversamente specificato, i contenuti di questo sito sono rilasciati con Licenza [Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

---