



## Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano

### Medical, legal and geriatric aspects of elder abuse

A. MOLINELLI, P. ODETTI<sup>\*</sup>, L. VIALE<sup>†</sup>, M.C. LANDOLFA, C. FLICK<sup>\*\*</sup>, F. DE STEFANO

DIMEL, Dipartimento di Medicina Legale, Università di Genova; <sup>\*</sup> DIMI, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sezione Geriatria, Università di Genova; <sup>\*\*</sup> Avvocato, Foro di Genova

**Parole chiave:** Maltrattamento anziano • Legislazione italiana • Aspetti medici e giuridici • Prevenzione

**Key words:** Elder abuse • Italian legislation • Medical and legal report • Preventive actions

### Introduzione

Nel nostro Paese la violenza sugli anziani è poco segnalata all'Autorità Giudiziaria<sup>1</sup>, eppure la tendenziale crescita demografica della popolazione di età avanzata ha posto la società di fronte al problema dell'assistenza agli anziani. La persona in età senile frequentemente si trova, alla fine, a perdere la propria indipendenza per eterogenee motivazioni: egli giunge, quindi, ad instaurare rapporti di dipendenza, che possono essere di tipo domestica, medico-igienica, motoria e socio-emotiva. Quando un anziano, per cause diverse (quali la morte del coniuge, l'insorgenza di gravi patologie o l'aggravamento di altre preesistenti, disagi economici ecc.), si trova a ricadere in una condizione che lo renda dipendente da altre persone, la soluzione più immediata, e solitamente più accettata dall'anziano stesso, è la sua sistemazione nella famiglia dei figli o dei parenti più prossimi. Questa accoglienza può comportare non pochi problemi: dal punto di vista prettamente pratico, le prime considerazioni da prendere in esame riguardano le persone che si impegnano alla cura dell'anziano dipendente. Il modello di società industrializzata, affermatosi nel nostro Paese negli ultimi decenni, ha portato lentamente ad una dequalificazione del lavoro svolto nella propria abitazione, per cui viene a mancare quella figura di riferimento che costantemente possa accudire ed andare incontro alle necessità primarie di un anziano dipendente ovvero, ove questa venga sostituita, non sempre ha una competenza idonea a tale scopo<sup>2,3</sup>.

Da un punto di vista sociale, l'inserimento di un anziano dipendente in una famiglia moderna, organizzata dal punto di vista temporale, logistico, economico può determinare una situazione di disagio nei familiari, che possono arrivare a considerare il nuovo membro della famiglia come "estraneo" e "violatore della privacy familiare", aspetto che porta inevitabilmente ad accentuare eventuali conflitti preesistenti<sup>4</sup>. Inoltre la famiglia attuale, oltre alle precarietà di tipo sociale e culturale, è nucleare (genitori che lavorano entrambi e spesso un solo figlio), vive in spazio contenuto e spesso un pasto viene assunto fuori casa. Una condizione di



**Tab. I.** Situazioni favorevoli lo scatenarsi di abuso ai danni di un anziano <sup>4</sup>.

Fattori di rischio	Situazioni connesse
Patologie psichiatriche di base dell'autore dei maltrattamenti	Associate frequentemente ad abuso etanolic cronico e/o di sostanze stupefacenti, che accentuano più facilmente comportamenti aggressivi
Trasmissione di comportamenti violenti	All'interno della famiglia maltrattante, è frequente il riscontro di preesistenti dinamiche violente le quali si ripropongono a danno dell'anziano
Stress esterno	I caregivers subiscono la sovrapposizione delle normali incombenze quotidiane con i bisogni della persona accudita, potendo arrivare ad una situazione psico-comportamentale che riversa sull'anziano le frustrazioni derivanti dalla routine quotidiana
Isolamento sociale	Le famiglie che mantengono esigui e sporadici contatti esterni spesso riversano i disagi della propria solitudine sulla persona più debole, nella figura dell'anziano dipendente
Mancanza di ausili esterni	I bisogni di un anziano fragile dipendente frequentemente non sono sostenibili da parte del nucleo familiare, per mancata assistenza economico-socio-sanitaria esterna
Fattori economici	Una situazione scatenante un abuso è spesso conseguente a bisogni economici del caregiver

disagio si riscontra di conseguenza frequentemente anche nell'anziano stesso, il quale può arrivare a considerare se stesso, soprattutto se non completamente autosufficiente, come un gravoso onere per il *caregiver* <sup>5</sup>. Talvolta infatti per accudire il “nonno o la nonna” uno dei due genitori interrompe il lavoro con una perdita economica anche gravosa. Il vecchio passa così da risorsa, come era in passato, a inciampo e motivo di difficoltà per tutta la famiglia. Un altro punto cruciale è la famiglia di un paziente demente che meriterebbe da sola un capitolo a parte.

Infine non può essere tralasciata, anche perché probabilmente rappresenta una porzione non trascurabile degli eventi che stiamo prendendo in considerazione, la violenza in Istituto di ricovero. Purtroppo non esistono studi mirati, ma soltanto segnalazioni indirette <sup>6</sup>. E i pazienti coinvolti sono spesso soli, con turbe psichiatriche o cognitive e frequentemente privi di sostegno familiare.

Tutte queste istanze, in unione con determinati fattori scatenanti (Tab. I), sono correlabili a situazioni che possono sfociare in un “maltrattamento” dell'anziano.

## Fenomenologia del reato

Il maltrattamento dell'anziano (Tab. II) è stato preso in esame per la prima volta negli Stati Uniti al termine degli anni Settanta, in conseguenza ad un

sempre più frequente riscontro da parte del personale sanitario, in pazienti anziani, di patologie non sufficientemente spiegate dallo stesso assistito o dai suoi familiari, in rapporto alle pregresse condizioni di salute <sup>7-10</sup>.

In letteratura il primo articolo in merito apparve nella rivista “*British Medical Journal*” nel 1975 <sup>11</sup>. All'inizio degli anni Ottanta venne definita una sindrome ben precisa, denominata “*Elderly abuse syndrome*” e si stimò che questa potesse interessare il 4% della popolazione anziana statunitense <sup>12</sup>. La seconda “Assemblea mondiale sull'invecchiamento”, svoltasi a Madrid nel 2002, è la testimonianza di un'attenzione agli abusi sugli anziani coinvolgente un numero progressivamente maggiore di nazioni <sup>13</sup>. Il fenomeno è stato oggetto di approfondimento anche da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 2002 ha pubblicato il primo “Rapporto mondiale su violenza e salute”, dedicando un ampio capitolo alla violenza sulle persone in età senile e confermandone la prevalenza del 4-6% <sup>14</sup>. Il 15 giugno 2006 si è tenuta negli USA la “Giornata mondiale contro la violenza sugli anziani”, patrocinata dalla “*International Network for the Prevention of Elder Abuse*” (INPEA, <http://www.inpea.net/>), una delle numerose organizzazioni adibite alla prevenzione del fenomeno <sup>15</sup>. Si ricordano, tra le altre, il “*National Center on Elder Abuse*” (NCEA, <http://www.elderabusecenter.org/>), americano, e la rete francese “*Allô Maltraitance des personnes Agées*” (ALMA, <http://www.alma-france.org/>), che ha istituito un

**Tab. II.** Definizione di maltrattamento <sup>10</sup>.

Maltrattamento fisico	Uso della forza fisica che può risultare in lesioni corporali, dolore fisico o indebolimento (es. punizioni fisiche di qualunque tipo)
Abuso sessuale	Contatto sessuale di ogni tipo con il vecchio/a non consensuale
Violenza psicologia o di tipo emotivo	Provocare angoscia, pena o dolore di tipo psicologico
Abuso di beni o sfruttamento finanziario	Uso illegale o improprio di beni, di proprietà o finanze
Abbandono	Abbandono di persone anziane da parte di individui che hanno la custodia fisica o comunque hanno assunto la responsabilità della cura
Negligenza	Rifiuto o incapacità ad adempiere gli obblighi, i doveri, le necessità di un vecchio (es. trascuratezza nella persona, mancata alimentazione, ...)
Auto-negligenza (self-neglect)	Comportamenti di persone anziane non dementi che mettono a rischio la propria salute o sicurezza

numero nazionale apposito in ausilio alle vittime di “maltrattamenti”. A testimonianza dell’attenzione che ha destato il fenomeno all’estero, vi è l’esistenza di precisi provvedimenti legislativi per contrastarlo. Ogni stato degli USA, a partire dal 1985, presenta infatti una legislazione atta a regolare l’istituzione dei servizi APS (“*Adult Protective Services*”); dal 1993, tali leggi APS comprendono una sezione specificatamente dedicata alla tutela dell’anziano <sup>16</sup>. Gli statuti suddetti entrano nel vivo del problema non soltanto delineando l’età precisa alla quale un adulto possa essere definito “anziano” e le circostanze che devono portare a considerarlo soggetto “vulnerabile”, ma anche definendo il concetto di abuso nelle sue molteplici forme; si occupano, inoltre, di descrivere come debba essere stilata una denuncia del fenomeno, i metodi previsti per l’accertamento di una responsabilità in merito e le sanzioni conseguenti, infine i provvedimenti da attuare nei confronti delle vittime <sup>17</sup>.

È importante ricordare lo studio olandese di Comijs et al. <sup>18</sup> che segnala una prevalenza di violenze fisiche, verbali, finanziarie o di cure del 5,6%, valore simile a quello di Ogg nel Regno Unito <sup>19</sup> e di altri negli Stati Uniti e in Canada <sup>20 21</sup>.

Kleinsch inoltre segnala che soltanto il 10% dei casi viene segnalato alle autorità competenti <sup>22</sup>.

Purtroppo carenti sono i dati in Italia <sup>23</sup> dove la prevalenza di possibili abusi è del 9% e comunque questo problema è largamente sottovalutato.

L’abuso verso gli anziani rappresenta infatti una realtà ancora sottostimata nel nostro Paese a causa della registrazione di un basso numero di denunce a dispetto di una probabile prevalenza ben più elevata. Suddetto fenomeno è potenzialmente ascrivibile a varie motivazioni: il timore dell’anziano di essere spostato dal proprio nucleo familiare; la frequente giustificazione delle crudeli condotte ri-

tenute dalla stessa vittima come meritate o giuste; l’impossibilità materiale dei disabili a sporgere denuncia in mancanza di contatti esterni; la tendenza a considerare scarsamente attendibili le denunce sperte da soggetti anziani; infine, la difficoltà incontrata dagli operatori sanitari nella diagnosi differenziale tra lesioni accidentali e lesioni volutamente provocate dal *caregiver* <sup>24 25</sup>.

In passato, studi condotti nelle città di Trieste e di Genova, rispettivamente ultimati nel 1994 e nel 1996 <sup>26 27</sup>, hanno rilevato la prevalenza del fenomeno a danno del sesso femminile, dei soggetti fragili e non autosufficienti, soprattutto se affetti da patologie psichiatriche. Secondo tali indagini, inoltre, i più frequenti responsabili dei maltrattamenti sarebbero i figli delle stesse vittime; sono tuttavia ancora esigue le ricerche empiriche svolte nel nostro Paese e, unitamente al problema del misconoscimento del fenomeno, manca inoltre una considerazione specifica della condizione di anzianità nel nostro ordinamento giuridico, a differenza della ben definita figura del “minore”. Il concetto di anzianità, in quanto tale, è difficilmente definibile se non si considerano i differenti aspetti cronologico, demografico-statistico, biologico, assistenziale, medico-legale-assicurativo, peraltro molto eterogenei tra loro. Il criterio di definizione più immediato è quello cronologico (Fig. 1). Da questo emergono due figure particolarmente a rischio di abuso, che si identificano nel paziente “anziano” e nel paziente “geriatrico”, quest’ultimo spesso connotato da fragilità.

Esiste inoltre un limite obiettivo alla rilevazione dell’abuso: la difficoltà ad usare metodi di *screening* e la mancanza di consenso nei metodi utilizzati per la raccolta dei dati <sup>28 29</sup>.

Nonostante questo negli Stati Uniti, dove il problema è maggiormente sentito e più frequentemente discusso, è stato proposto formalmente di intro-

durre il problema e di insegnare la metodologia su come affrontare la violenza in famiglia e sugli anziani nella Facoltà di Medicina<sup>30</sup>.

La persona in età senile non è considerata dal nostro ordinamento giuridico come soggetto meritevole di una particolare tutela, ma, qualora si trovi in particolari condizioni di indigenza, viene assimilato a qualsiasi soggetto che versi in situazioni di bisogno. Anche per ciò che riguarda i diritti di libertà garantiti dalla Costituzione si afferma che l'età è irrilevante. Quella degli USA rappresenta l'esperienza legislativa più vasta a riguardo, ma sono da menzionare anche le Carte Costituzionali di alcuni stati europei; per citare le più recenti, quelle di Spagna e Portogallo, hanno dedicato un'attenzione esplicita ai problemi della terza età. L'art. 72 della Costituzione portoghese (2 Aprile 1976) dispone: "Lo Stato promuoverà una politica della terza età ... (che) dovrà ... offrire condizioni di abitazione e convivenza familiare e comunitaria che evitino e superino l'isolamento o l'emarginazione sociale ..."; similmente, la Costituzione spagnola nel suo art. 50 (27 Dicembre 1978) recita: "I poteri pubblici garantiranno, mediante pensioni adeguate ed inte-

grate periodicamente, l'autosufficienza economica ai cittadini della terza età. Allo stesso modo, ed indipendentemente dagli obblighi della famiglia, promuoveranno il loro benessere, mediante un sistema di servizi sociali che si occuperanno dei loro problemi specifici di salute, vita quotidiana, cultura e tempo libero"<sup>26</sup>.

Ritornando all'ordinamento giuridico vigente in Italia, nel Codice Civile non vi sono riferimenti diretti agli anziani. Alcune citazioni si riscontrano, per contro, nella legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, la Legge 833/78, all'interno della quale si annovera, tra gli obbiettivi del nostro Sistema Sanitario Nazionale, la "... tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che potrebbero concorrere alla loro emarginazione ..."<sup>26</sup>. Analogamente, nel Codice Penale vi sono rare citazioni specifiche di tale figura; in merito a tale codice gli articoli che richiamano in modo più specifico al fenomeno della violenza contro le persone anziane sono quelli di "Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina", di "Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli", di "Abbandono di minore o incapace", di "Violazione degli obblighi di assistenza familiare" e di "Circonvenzione di incapace"; in misura meno specifica sono coinvolti, inoltre, i delitti di "Lesioni personali" e di "Violenza sessuale".

**Fig. 1.** Classificazione cronologica del paziente in età senile.

Si riconoscono tre categorie principali:

*Young old*: età compresa tra 65 e 75 anni; caratteristiche cliniche simili al paziente in età adulta

*Old old*: paziente "anziano", tra 75 e 85 anni; presenza degli effetti biologici dell'invecchiamento, che comportano comorbidità e conseguenti polifarmacoterapia e approccio psico-dinamico diverso dalle età precedenti

*Oldest old*: paziente "geriatrico", oltre 85 anni; accentuazione degli effetti biologici dell'invecchiamento, con complesse comorbidità e polifarmacoterapie, frequenti dipendenza e stato socio-ambientale critico, alto rischio di ospedalizzazione, di istituzionalizzazione e di morte



#### L'ABUSO DEI MEZZI DI CORREZIONE O DI DISCIPLINA

È trattato nell'articolo 571 del Codice Penale, il quale dispone:

*"Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza, custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.*

*Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte ad un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni".*

Il reato presuppone l'esistenza di uno "*ius corrigendi*" nei confronti del soggetto passivo, affinché non sia configurato come delitto di percosse, o di lesioni personali, o violenza privata, o quant'altro si verifichi nel caso specifico<sup>1 31</sup>. Si ha un rapporto disciplinare ogni qual volta una persona si trovi a dipendere da un'altra attraverso un vincolo di

<sup>1</sup> Cass., 2 Febbraio 1970: "Deve escludersi che l'uso di mezzi fisici coercitivi e repressivi possa essere assunto arbitrariamente da persone estranee, anche se con lo scopo di correggere o punire".

soggezione, che può esistere per motivazioni eterogenee: dipendenza familiare, istruzione, educazione, ricovero, carcerazione; tutte queste situazioni possono conferire al soggetto attivo la potestà di punire il dipendente a scopo correttivo o coercitivo. L'età dell'offeso è irrilevante quando sussista il necessario rapporto disciplinare: il reato prevede infatti una formulazione ampia e quindi non si applica solamente in ambito familiare, ma in tutti i casi in cui la persona sia sottoposta alla custodia di un'altra; al di fuori dell'ambito familiare il reato può sussistere anche nei confronti di un soggetto di maggiore età. Da ciò si deduce che la convivenza non è necessaria per l'identificazione del reato<sup>32</sup>.

L'abuso è inteso come eccesso dell'uso legittimo, pertanto, per la configurazione del delitto in esame, il mezzo impiegato deve essere giuridicamente lecito<sup>II</sup>. Il reato di abuso di mezzi di correzione può commettersi attraverso violenze fisiche, che eccedono la *vis modica*<sup>III</sup>, o attraverso violenze morali (minacce, intimidazioni, impedimento del sonno, coazione a sforzi eccessivi, a visioni terrificanti, tenendo conto dell'età e della sensibilità del soggetto passivo). Sono inoltre compresi fatti omissivi (privazione di cibo, vestiti ...).

Il fatto è punibile nel caso in cui ne scaturisca pericolo, ossia probabilità e non possibilità, di malattia nel corpo o nella mente<sup>IV</sup>; quindi, il reato esiste in una forma semplice (pericolo), e nella forma aggravata (danno di carattere commissivo od omissivo). È sufficiente un solo evento perché si ricada nel reato in esame, diversamente dal delitto di "Maltrattamenti in famiglia". Il delitto ex art. 571 c.p. è imputabile solo a titolo di dolo, un dolo di tipo specifico<sup>V</sup>, che non comprende, però, la volontà di procurare un evento dannoso ma soltanto la volontà di correggere, elemento che impone nuovamente la diagnosi differenziale con il delitto ex art. 572 c.p.<sup>VI 31</sup>. Le circostanze aggravanti si

verificano qualora dal fatto derivi una lesione personale o la morte del soggetto passivo. È prevista la procedibilità d'ufficio e dunque vi è l'obbligo di referto ovvero di denuncia di reato.

#### I MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA O VERSO FANCIULLI

È trattato nell'articolo 572 del Codice penale, il quale dispone:

*"Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza, custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.*

*Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni. Se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni"*.

Il Codice penale non specifica in cosa consistono i maltrattamenti, ma questi sono intesi come atti lesivi della incolumità o della libertà o del decoro della persona. Il maltrattamento può estrinsecarsi tanto in un'aggressione fisica (percosse, digiuno o cattiva alimentazione, clausura, impedimento del sonno, sudiceria, richiesta di fatiche eccessive) quanto in una psichica (ingiurie, minacce, atti di vilipendio o di scherno, atti o tentativi sessuali contro natura), producendo sofferenze fisiche, o morali, ovvero fisiche e morali insieme<sup>VII 31</sup>. Gli atti compiuti dal soggetto attivo devono comportare uno stato di vessazione, con la caratteristica di essere reiterati nel tempo ed i cui singoli episodi siano collegati fra loro da un unico intento criminoso finalizzato a ledere il soggetto passivo; fondamentale è, quindi, il nesso di abitualità tra gli eventi<sup>VIII 32</sup>. La durata della condotta maltrattante non è considerata rilevan-

<sup>II</sup> Cass., 9 Luglio 1945: "Abusare significa adoperare in eccesso un determinato mezzo che da un punto di vista generale si avrebbe la possibilità di impiegare lecitamente, sicché non può parlarsi del reato preveduto nell'art. 571 se venga impiegato un mezzo vietato dalla legge"; Cass. Pen. 4 Ottobre 1986, n. 10841: "L'abuso di mezzi di correzione previsto e punito dall'art. 571 presuppone un uso consentito e legittimo di tali mezzi, tramutato, per eccesso, in illecito (abuso). Ne consegue che non è configurabile tale reato qualora vengano usati mezzi di per se stessi illeciti, sia per la loro natura, sia per la loro potenzialità di danno".

<sup>III</sup> Cass., 12 Aprile 1954; Cass., 15 Giugno 1942: "L'art. 571 non vieta la *vis modica* a scopo correttivo, ma vieta il comportamento che costituisce un vero e proprio pericolo per la salute".

<sup>IV</sup> Cass. Pen., sez. VI, 1 Aprile 1998, n. 6001: "In materia di abuso di mezzi di correzione e di disciplina, il pericolo di una malattia fisica o psichica richiesto dall'art. 571 ... può ritenersi, senza bisogno di alcuna indagine eseguita sulla base di particolari cognizioni tecniche, allorché la condotta dell'agente presenti connotati tali da risultare suscettibile in astratto di produrre siffatta conseguenza. Né occorre, trattandosi di tipico reato di pericolo, che questa si sia realmente verificata ...".

<sup>V</sup> Cass., 29 Novembre 1954: "Il delitto di cui all'art. 571 c.p. è qualificato da un dolo specifico che si concreta nell'aver agito nell'esercizio dello ius corrigendi, cioè del particolare fine correttivo".

<sup>VI</sup> Cass., 1 Febbraio 1946: "Bene viene ritenuto il delitto di maltrattamenti, invece di quello di abuso di mezzi di correzione, quando si risulti che scopo dell'imputato sia stato non quello di correggere, bensì quello di danneggiare nella salute e di mortificare lo spirito ..."; Cass., 21 Gennaio 1935: "Il delitto dell'art. 571 si distingue da quello dell'art. 572 non in rapporto alla natura ed alla entità del danno, ma in rapporto all'intenzione che nel primo caso è correggere, nell'altro di maltrattare".

<sup>VII</sup> Cass., 29 Maggio 1990; Id., 16 Ottobre 1990; Id., 12 Gennaio 1989; Id., 9 Giugno 1983.

<sup>VIII</sup> Cass., 12 Febbraio 1996; Cass. Pen., 1997, n. 2449; Cass., 4 Marzo 1996; Cass. Pen., 1997, n. 1005; Cass., 1 Febbraio 1999.

te, tuttavia deve essere sufficiente a determinare nella vittima uno stato abituale di sofferenza fisica o morale<sup>IX</sup>. Non essendo un reato di pericolo, gli atti lesivi non devono necessariamente comportare un pericolo per l'incolumità della persona offesa, ma è sufficiente che si espliciti la condotta criminosa affinché sia configurato il reato dell'articolo in esame. Caratteristica del maltrattante è la sua volontà cosciente di commettere i singoli fatti<sup>X</sup>. Indispensabile è considerare il rapporto tra il soggetto attivo ed il soggetto passivo: essi devono essere uniti dall'instaurarsi di una relazione abituale. Tra i soggetti passivi considerati in questo articolo, infatti, è compresa la "persona della famiglia" ed, in questo caso, la famiglia è intesa in senso giuridico, come l'insieme dei coniugi, dei parenti, degli affini, dell'adottante e dell'adottato, ma anche l'unione di fatto tra due persone unite da consuetudine di vita comune<sup>XI</sup> 33. La convivenza non è però considerata una condizione necessaria per l'esplicitarsi del reato di maltrattamenti, ma possono essere coinvolti tutti coloro che, pur senza vincoli di parentela naturale o civile, siano uniti tra loro da intime relazioni e consuetudini di vita, che hanno fatto sorgere legami di reciproca assistenza e protezione<sup>XII</sup> 34. L'articolo in esame contempla anche, come soggetti passivi, "persone affidate per ragione di educazione, cura, istruzione, vigilanza o custodia" ed inoltre "persone affidate per l'esercizio di una professione o di un'arte", comprendendo quindi degenti di ospedali, di case di cura, incapaci affidati alla pubblica assistenza<sup>31</sup>.

Il reato in questione è considerato aggravato se dal fatto deriva una lesione personale o la morte della persona offesa ed è procedibile d'ufficio.

#### LA VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI ASSISTENZA FAMILIARE

È oggetto dell'articolo 570 del Codice Penale. *"Chiunque, abbandonando il domicilio, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla patria potestà, alla tutela legale o alla qualità di coniuge, è punito con la reclusione fino a un anno o*

*con la multa. Le dette pene si applicano congiuntamente a chi:*

- *malversa o dilapida i beni del figlio minore o del pupillo o del coniuge;*
- *fa mancare i mezzi di sussistenza agli ascendenti d'età minore ovvero inabili al lavoro, agli ascendenti o al coniuge, il quale non sia legalmente separato per sua colpa".*

Occorre osservare che per la sussistenza della fattispecie è ritenuta necessaria la presenza di un vero stato di bisogno nella vittima e che comunque nel concetto di "mezzi di sussistenza" rientra solamente ciò che è strettamente indispensabile a soddisfare i bisogni primari della persona (vitto, vestiario, abitazione)<sup>XIII</sup> 31.

Il reato è procedibile d'ufficio.

#### LA CIRCONVENZIONE DI PERSONE INCAPACI

L'articolo 643 del Codice Penale dispone:

*"Chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni, o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato di infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che comporti qualsiasi effetto giuridico per lei dannoso, è punito con la reclusione ... e con la multa ..."*

Questo tipo di reato contempla tre possibili vittime:

- minorenni;
- infermo psichico;
- deficiente psichico.

La prima fattispecie è legata strettamente all'età cronologica della vittima e, per quanto molto spesso le caratteristiche dell'anziano lo rendono vulnerabile a questo tipo di reato, non si fa menzione dell'età senile e la collocazione che spetterebbe al generico "vecchio", verosimilmente integro cognitivamente e con capacità critica e di giudizio conservate, dovrebbe essere quella del "deficiente psichico". Tale condizione, secondo la giurisprudenza, si verifica in assenza di cause patologiche ed è ribadita dalla Suprema Corte in molteplici

<sup>IX</sup> Cass. Pen., sez. VI, 8 Ottobre 2002, n. 43673: "Ad integrare l'abitualità della condotta, nel delitto di maltrattamenti in famiglia o contro fanciulli, è sufficiente la ripetizione degli atti vessatori, unificati dalla medesima intenzione criminosa, anche se succedutisi per un limitato o per limitati periodi di tempo e anche se gli atti lesivi siano alternati con periodi di normalità".

<sup>X</sup> Cass. Pen., sez. III, 19 Maggio 1975 n. 5329; Cass. Pen., sez. VI, 8 Marzo 1991, n. 3020; Cass. Pen., sez. VI, 17 Aprile 1996, n. 4015; Cass., 2 Marzo 1960, in Giust. Pen. 1960, II, 840: "Per la sussistenza del dolo è sufficiente la volontà cosciente di commettere atti di maltrattamento".

<sup>XI</sup> Cass., 18 Dicembre 1970; Cass., 16 Giugno 1959; Cass., 26 Giugno 1961.

<sup>XII</sup> Cass. Pen., 18 Marzo 1999, n. 3570; Cass. Pen. 30 Gennaio 1991: "Agli effetti del delitto di cui all'art. 572 c.p. deve considerarsi ogni consorzio di persone tra le quali, per strette relazioni e consuetudini di vita, siano sorti rapporti di assistenza e solidarietà"; Cass., 18 Dicembre 1970; Cass., 6 Aprile 1964; Cass., 26 Giugno 1971; Cass., 26 Novembre 1958: "È sufficiente a rendere ipotizzabile il delitto di maltrattamenti la continuità e frequenza dei rapporti, anche se i familiari non convivono sotto lo stesso tetto".

<sup>XIII</sup> Cass., 31 Marzo 1959.

occasioni, tanto da risultare come una fattispecie autonoma e distinta rispetto all'infermità e applicabile in contesti estremamente differenziati. Facendo riferimento ad alcune massime della stessa Suprema Corte, questa nozione può ad esempio trovare applicazione nei seguenti casi:

- per tutti i soggetti che: "... a cagione della loro età o del loro stato ... (siano) ... particolarmente assoggettabili alle pressioni, agli impulsi esercitati su di loro ..." <sup>XIV</sup>;
- per "... vecchi ... donne di temperamento debole e duttile ... analfabeti ... rustici ..." <sup>XV</sup>;
- in "... tutte le forme non morbose di abbassamento intellettuale, di menomazione di potere di critica, di indebolimento della funzione volitiva e affettiva ..." <sup>XVI</sup>.

In ambito psichiatrico forense è stata dedicata particolare attenzione alla differenziazione tra il significato patologico e quello "fisiologico" dei disturbi involutivi senili. È stata, in tal senso, riconosciuta l'inevitabilità della sussistenza, nei pazienti geriatrici, di disturbi mnesici e logici, con la conseguente precisazione della necessità di comprendere, caso per caso, se tale condizione possa essere identificata in un "normale" modo di essere dell'individuo, legato alla sua età, o assuma uno specifico valore patologico, tale da influire sulle sue capacità di comprensione e di scelta e quindi tale da renderlo circonvenibile <sup>35</sup>. Il reato è procedibile d'ufficio.

#### L'ABBANDONO DI PERSONE MINORI O INCAPACI

Trattato nell'articolo 591 del Codice Penale, che prevede:

*"Chiunque abbandona una persona minore di anni quattordici ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, o per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione dai sei mesi ai cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto, a lui affidato nel territorio dello stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la*

*morte. Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato".*

Il soggetto attivo può essere solo chi violi un dovere di custodia o di cura, ovvero di assistenza, che quindi deve necessariamente preesistere all'omissione delittuosa. Le espressioni "custodia", "cura" ed "assistenza" fanno riferimento a tutte le prestazioni e le cautele protettive a cui una persona può essere obbligata verso un incapace di provvedere a se stesso, ossia il mantenimento, la vigilanza, l'educazione e l'istruzione. Il dovere di aver cura di una persona non presuppone necessariamente la convivenza <sup>XVII</sup> <sup>31</sup>. Il reato è di pericolo ed ha carattere prevalentemente omissivo. Tra i soggetti passivi di reato sono annoverati gli "incapaci per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessi". Questi individui sono identificati dalla giurisprudenza come coloro i quali si trovano nella impossibilità assoluta o relativa di procurarsi gli alimenti, di invocare aiuto, di muoversi e di orientarsi. Nella dicitura dell'articolo si annovera anche la figura dell'"incapace per vecchiaia". L'età senile, di per sé, non è sufficiente a rendere l'abbandono un reato, ma è condizione necessaria che l'anziano sia "incapace di provvedere a se stesso". La legge tuttavia non fissa alcun limite cronologico in riferimento alla condizione di "vecchiaia" <sup>XVIII</sup>, in quanto l'età del soggetto, in questo caso, è superflua rispetto alla condizione di "incapacità", dimostrata la quale è automatica la configurazione del reato ex art. 591 c.p. <sup>31</sup>.

L'abbandono si compie lasciando la persona in balia di se stesso o di chi non sia in grado di provvedere ad essa, determinando pericolo per la vita o per l'incolumità. Tale abbandono è meramente materiale e può essere anche momentaneo <sup>XIX</sup>. Non è necessaria la separazione fisica tra l'avente custodia o cura e l'incapace, ma vi può sussistere anche solamente l'omissione di cura o di custodia. La durata dell'abbandono è superflua alla configurazione del reato, ma deve essere sufficiente a determinare pericolo di vita o incolumità dell'abbandonato <sup>XX</sup> <sup>31</sup>.

<sup>XIV</sup> Cass. Pen., Sez. II, 17 Giugno 1988.

<sup>XV</sup> Cass. Pen., Sez. II, 12 Luglio 1942.

<sup>XVI</sup> Cass. Pen., Sez. V, 17 Ottobre 1979.

<sup>XVII</sup> Cass., 21 ottobre 1953 (Riv. Pen., 1954, II, 450).

<sup>XVIII</sup> Relazione Ministeriale sul Progetto del Codice Penale, II, pag. 394: "Tra le cause di incapacità ho aggiunto la vecchiaia, senza determinazione di limiti di età affinché il giudice possa discrezionalmente valutare l'influenza della senilità sulla capacità di provvedere a se stessi, e conseguentemente sulla sussistenza di uno stato di pericolo derivante dall'abbandono".

<sup>XIX</sup> Cass., 12 Marzo 1953: "Basta anche una derelizione momentanea relativa, purché ne possa derivare il pericolo che caratterizza il reato".

<sup>XX</sup> Cass., 12 Ottobre 1982: "Poiché basta anche un pericolo potenziale per la vita o l'incolumità del soggetto protetto, è sufficiente anche un abbandono temporaneo".

Il delitto ha come aggravanti le lesioni personali ovvero la morte della vittima, è altresì considerato aggravato se commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, dall'adottante o dall'adottato. Per questo reato vi è procedibilità d'ufficio.

## Casistica ligure

Analizzando i casi di abuso sugli anziani, riferendosi agli articoli del Codice Penale citati, è stato constatato che, in un intero quinquennio, sono giunte all'osservazione della magistratura solamente tre denunce. La ricerca ha analizzato le Sentenze di Merito emanate in Liguria nel periodo compreso tra il 2000 ed il 2005; sono state individuate soltanto violazioni degli articoli 572 ("Maltrattamenti in famiglia") e 643 ("Circonvenzione di persone incapaci") del Codice Penale, nei casi seguenti.

*Caso 1: art. 572 c.p., Maltrattamenti in famiglia. L'imputato maltrattava i genitori anziani sottoponendoli ad un regime di violenze fisiche e morali, costituite da molteplici percosse, lesioni, ingiurie, minacce, danneggiamenti a suppellettili domestici fino al mese di luglio dell'anno 2003. Essendo lo stesso affetto da un disturbo borderline della personalità documentato con precedenti e numerosi ricoveri ospedalieri dall'età adolescenziale, nel marzo 2005 è stata ottenuta dal Tribunale di Genova l'assoluzione dell'imputato, per incapacità di intendere e volere al momento dei fatti.*

*Caso 2: art. 643 c.p., Circonvenzione di persone incapaci. Due soggetti, conoscenti di due anziane sorelle tra loro conviventi, vennero imputati poiché inducevano le due sorelle "... a compiere atti che comportavano effetti giuridici ed economici pregiudizievoli ..." abusando della loro infermità psichica. All'epoca dei fatti entrambe le sorelle erano affette da personalità fragile e dipendente, difficoltà logiche e mnestiche; tutti questi elementi fecero dichiarare al CTP che le due anziane erano da considerare soggetti circonvenibili; tuttavia, vivendo da sole, furono successivamente considerate soggetti non certamente incapaci di intendere e volere. Pertanto, nell'agosto 2004, dopo il decesso delle due sorelle, gli imputati ottennero dal Tribunale di Genova l'assoluzione per la mancata sussistenza del fatto.*

*Caso 3: art. 643 c.p., Circonvenzione di persone incapaci. Una donna venne imputata perché, per procurarsi profitto e abusando della deficienza psichica di un anziano cui era affidata l'assistenza, lo induceva a prelevare una somma*

*di denaro complessiva superiore alle centinaia di milioni di lire, versando la predetta somma sul proprio conto corrente e su quello del coniuge. La vittima all'epoca dei fatti era già in stato di infermità mentale, in quanto affetto da malattia di Alzheimer, constatata dopo visite e ricoveri in reparti neurologici. Nel febbraio 2005, l'imputata è stata condannata dal Tribunale di Imperia alla pena di un anno e quattro mesi di reclusione ed al pagamento di una multa di 400 euro.*

## Conclusioni

I casi di "maltrattamento" ai danni delle persone di età avanzata che giungono alla Magistratura sono presumibilmente una minima parte della reale presenza del fenomeno, particolarmente nella regione ligure, quella che presenta la maggiore percentuale di anziani. Attenendosi ai dati raccolti dall'ISTAT relativi all'anno 2005, all'interno della popolazione italiana i soggetti con più di sessantacinque anni sono ben il 20%. Applicando a tali numeri la stima dell'incidenza del fenomeno proposta dal NEAIS (*National Elder Abuse Incidence Study*) relativa alle altre nazioni europee<sup>36</sup>, ci si dovrebbe aspettare un numero annuo di casi di maltrattamento, in Italia, che si avvicinerrebbe alle 500.000 vittime ed, in Liguria, a 2.300 soggetti passivi. È evidente, pertanto, quanto il fenomeno dell'abuso sull'anziano debba necessariamente iniziare ad essere considerato ed approfondito soprattutto da parte dei medici operanti in strutture pubbliche ed in residenze assistenziali, e degli operatori sanitari che si trovano quotidianamente a contatto con gli anziani; essi, infatti, rappresentano spesso l'unico accesso ai visibili segni di "maltrattamento" dell'anziano costituendo per la vittima una delle poche risorse di tutela cui possa fare riferimento<sup>37</sup>. Le direttive americane per il riconoscimento di una *Elder's Abuse Syndrome* identificano diversi quadri clinici a seconda del tipo di maltrattamento subito.

Recentemente si sono inoltre moltiplicati gli sforzi per cercare di identificare i segni fisici o i cambiamenti di personalità che inducono a sospettare un abuso fisico o psicologico. Per le lesioni fisiche più rilevanti si prendono in considerazione cinque aree: lesioni cutanee, sanguinamento, fratture, malnutrizione e riscontri ano-genitali. Contemporaneamente si suggerisce prudenza perché sono possibili errori con lesioni correlate a patologie diverse e/o accidentali<sup>39</sup>.

L'interpretazione corretta di tali segni può rappresentare l'inizio di quella che dovrebbe essere

**Tipi di abuso Segni e sintomi**

<b>Fisico</b>	Ematomi, segni di corde, segni di costrizione, fratture o lesioni non trattate, lesioni in diversi stadi di guarigione, lesioni interne, occhiali rotti, alopecia traumatica, segni di bruciature da immersione (distribuzione a calzino o a guanto), bruciature in zone inusuali (dorso, glutei, cuoio capelluto) eccessiva ed impropria somministrazione di farmaci sedativi.
<b>Sessuale</b>	Ematomi attorno alle mammelle o all'area genitale, malattie sessualmente trasmesse o infezioni genitali inspiegabili, emorragie vaginali o anali inspiegabili.
<b>Psicologico</b>	Ansia, sintomi depressivi, paura del contatto fisico anche con l'esaminatore, mutismo, facilità al pianto.
<b>Negligenza</b>	Malnutrizione, 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 non pulite, mancata somministrazione della terapia.
<b>Abbandono</b>	Abbandono di un paziente in ospedale, in un'altra istituzione o in qualsiasi locale pubblico ovvero il riferimento da parte di un anziano di essere stato abbandonato.
<b>Finanziario</b>	Modifiche improvvise e inspiegabili del testamento, cambiamenti improvvisi del conto bancario, sparizione di fondi o di oggetti di valore, ritrovamento di una forma forzata in una transazione finanziaria, trasferimento improvviso e inspiegabile degli averi ad un membro della famiglia o ad una persona estranea, inclusione di nomi addizionali nelle carte di credito o nelle carte bancarie <sup>38</sup> .

**Fig. 2.** Schema di referto/denuncia giudiziaria (delitti perseguibili d'ufficio).

<i>Cognome e nome</i> .....			
<i>Data di nascita</i> .....			
<i>Residenza</i> .....			
<i>Dinamica riferita e meccanismo lesivo:</i> .....			
.....			
<i>Luogo, data e ora</i> .....			
<i>Tipologia della lesione:</i>	<input type="checkbox"/> <i>fisica</i>	<input type="checkbox"/> <i>psichica</i>	<input type="checkbox"/> <i>negligenza</i>
	<input type="checkbox"/> <i>abbandono</i>	<input type="checkbox"/> <i>altro (specificare).....</i>	
<i>Esame obiettivo</i> : .....			
.....			
<i>Diagnosi</i> : .....			
.....			
<i>Prognosi (salvo complicanze)</i> : .....			
.....			
<i>Data e ora</i> : .....			
<i>Il sanitario</i>			
.....			
<i>Ritirato il</i> ..... <i>Da</i> .....			

**Tab. III.** Schema dei quesiti posti dalla "Prima inchiesta internazionale sul maltrattamento degli anziani".

Informazioni generali	Riguardano i dati della persona sottoposta all'intervista, soprattutto l'esperienza professionale e la definizione di "maltrattamento degli anziani" di cui è a conoscenza.
Leggi e giurisprudenza	Si chiede all'intervistato di identificare le leggi che tutelano gli anziani, e di indicare quale livello di conoscenza vi sia a riguardo.
Servizi/programmi	L'intervistato è invitato ad indicare quali siano i programmi previsti nella propria nazione per prevenire e rilevare il maltrattamento dell'anziano, e se questi siano, a suo parere, efficienti.
Risorse educative	Si indaga sulla disponibilità di risorse educative riguardanti gli abusi.
Formazione	Il questionario richiede se le figure professionali che lavorano a contatto con gli anziani seguano o abbiano la possibilità di seguire corsi di aggiornamento riguardanti il fenomeno in esame.
Ricerca	Si chiede all'intervistato quali ricerche significative siano state messe in atto in tema di maltrattamento degli anziani nel proprio Paese.

un'evoluzione automatica della situazione in cui sia accertato un "Elder's abuse", ossia, da parte del medico, la compilazione di referto o denuncia nei casi dei delitti perseguibili d'ufficio. Un esempio di referto/denuncia da indirizzare all'autorità giudiziaria viene illustrato nella Figura 2.

Al medico spetta non solo un obbligo di segnalazione dei casi di abuso previsto dal Codice Penale, ma anche un obbligo di ordine disciplinare dettato dal Codice di Deontologia medica, il cui articolo 29 esprime: "Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano ed il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, in cui vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali ...". Se il problema del "maltrattamento" dell'anziano venisse messo a fuoco dai medici, dagli operatori sanitari e dagli assistenti sociali, probabilmente parte del problema sommerso

potrebbe affiorare in superficie e, prendendo coscienza direttamente dei casi, delle circostanze, dei fattori che inducono le varie forme di abuso, si potrà allora prevenirle<sup>40</sup>. Sarebbe pertanto utile promuovere una divulgazione delle diverse sfaccettature di tale problematica ed avviare ricerche sul nostro territorio nazionale che investano soprattutto le figure professionali indicate, per poter arrivare a conoscere la reale entità del fenomeno; a questo proposito, molto utile alla sensibilizzazione di tali professionisti sarebbe la diffusione di un questionario simile a quello proposto dall'INPEA durante la "Prima inchiesta internazionale sul maltrattamento degli anziani", i cui risultati sono stati raccolti recentemente, in occasione della "Giornata Mondiale contro la Violenza sugli Anziani"<sup>15</sup>, schematizzato nella Tabella III.

Per concludere, si ricorda la *core message* che ha dominato la "Giornata Mondiale contro la Violenza sugli Anziani": "*Never ignore elder abuse*".

## BIBLIOGRAFIA

- Pasqualini R, Mussi C. *Come riconoscere e prevenire l'abuso degli anziani*. Giornale Italiano di Gerontologia 2001;49:42-7.
- Carrieri F, Greco O, Catanesi R. *La vecchiaia: aspetti criminologici e psichiatrico-forensi*. Milano: Giuffrè Editore 1992.
- Kagan Y. *Penser la maltraitance comme le symptôme d'un système*. Gérontologie Pratique 2006;175:1-4.
- Marzi A, Dell'Aiuto G. *Il maltrattamento intrafamiliare dell'anziano: lineamenti psicocriminologici e aspetti criminologici-dinamici*. Rassegna Italiana di Criminologia 1991;2:91-116.
- García S. *Les facteurs de risque des négligences*. Gérontologie 2004;132:24-8.
- Pillemer K, Moore DW. *Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff*. Gerontologist 1989;29:314-20.
- Butler RN. *Warning signs of elder abuse*. Geriatrics 1999;54:3-4.
- Aravanis S, Adelman R, Breckman R. *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Arch Fam Med 1993;2:371-88.
- Lachs MS, Pillemer K. *Abuse and neglect of elderly person*. N Engl J Med 1995;332:437-43.
- Gorbien MJ, Eisenstein AR. *Elder abuse and neglect: an overview*. Clin Geriatr Med 2005;21:279-92.
- Burston GR. *Granny-battering*. Br M J 1975;3:592.
- Lagazzi M, Moroni P. *Aspetti criminologici e medico-sociali del "maltrattamento dell'anziano"*. Rassegna di Criminologia 1988:183-95.
- 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>14</sup> Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, Zwy AB, Lozano E. *World report on violence and health*. Geneva: WHO 2002.
- <sup>15</sup> *Tool kit to raise awareness on elder abuse*. INPEA, World Elder Abuse Awareness Day 2006.
- <sup>16</sup> Jogerst GJ, Daly JM, Brinig MF, Dawson JD, Schmuck GA, Ingram JG. *Domestic elder abuse and the law*. Am J Public Health 2003;93:2131-6.
- <sup>17</sup> Wei GS, Herbers JE. *Reporting elder abuse: a medical, legal, and ethical overview*. J Am Med Womens Assoc 2004;59:248-54.
- <sup>18</sup> Comijs HC, Pot AM, Smith JH, Bouter LM, Jonker C. *Elder abuse in the community: prevalence and consequences*. J Am Geriatr Soc 1998;46:885-8.
- <sup>19</sup> Ogg J, Bennet G. *Elder abuse in Britain*. Br Med J 1999;305:998-9.
- <sup>20</sup> Moon A, Lawson K, Carpiac M, Spaziano E. *Elder abuse and neglect among veterans in Greater Los Angeles: prevalence, types, and intervention outcomes*. J Gerontol Soc Work 2006;46:187-204.
- <sup>21</sup> Podnieks E. *National survey on abuse of the elderly in Canada*. J Elder Abuse Negl 1992;4:55-8.
- <sup>22</sup> Kleinschmidt KC. *Elser abuse: a review*. Ann Emerg Med 1997;30:463-72.
- <sup>23</sup> Ogioni L, Liperoti R, Landi F, Soldato M, Bernabei M, 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;15:70-8.
- <sup>24</sup> Swagerty DL, Takahashi PY, Evans JM. *Elder mistreatment*. Am Fam Physician 1999;59:10.
- <sup>25</sup> Gokhale SD. *Elderly Abuse: an unspoken issue*. Bold 2006;16:21-3.
- <sup>26</sup> Correr MM, Martucci P. *I maltrattamenti agli anziani. L'abbandono come negligenza - Le "morti solitarie" nel territorio di Trieste*. Rassegna Italiana di Criminologia 1994;1:35-61.
- <sup>27</sup> Granata F, Lagazzi M, Malfatti D, Rossoni N. *Il "maltrattamento intrafamiliare dell'anziano" - La percezione e la conoscenza del fenomeno in un campione di operatori sanitari*. Rassegna Italiana di Criminologia 1996;2:317-47.
- <sup>28</sup> Lachs MS, Berkman L, Fulmer T, Horwitz RI. *A prospective community - based pilot study of risk factors for the investigation of elder abuse*. J Am Geriatr Soc 1994;42:169-73.
- <sup>29</sup> Reish M, Nahmiash D. *Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen*. Gerontologist 1988;38:471-80.
- <sup>30</sup> Lachs MS. *Elder Abuse*. Lancet 2004;364:1263-72.
- <sup>31</sup> Manzini V. *Trattato di diritto penale italiano*. Volume VII. Torino: UTET 1984.
- <sup>32</sup> Anceschi A. *Reati in famiglia e risarcimento del danno*. Milano: Giuffrè Editore 2005.
- <sup>33</sup> Marini G, La Monica M, Mazza L. *Commentario al Codice Penale*. Torino: UTET 2002.
- <sup>34</sup> Gatti G, Marino R. *Il procuratore legale. Nuovi pareri motivati di diritto penale*. Edizione Simone 1996.
- <sup>35</sup> Bandini T, Ragazzi M. *L'indagine psichiatrico-forense sull'anziano vittima di circonvensione di incapace*. Riv Ital Med Leg 1990;12:767.
- <sup>36</sup> The National Elder Abuse Incidence Study. National Center on Elder Abuse 1998.
- <sup>37</sup> Chemin C. *Maltraitance: en parler pour mieux la prévenir*. Revue du cadre soignant 2004;13:9-19.
- <sup>38</sup> Pineo A, Dominguez IJ, Ferlisi A, Galioto A, Vernuccio L, Zagone G et al. *Violenza contro le persone anziane*. Giornale Italiano di Gerontologia 2005;53:112-9.
- <sup>39</sup> Collins KA. *Elder maltreatment - a review*. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1290-6.
- <sup>40</sup> Roche J. *Maltraitance des personnes âgées. Comment développer le concept de "bien-traitance"*. Gériatrie 2005;53:267-9.