

# Manuale di Competenze in Geriatria

## ITEM 11

***Identifica e valuta i rischi per la sicurezza nell'abitazione dell'anziano; fa raccomandazioni e prescrive eventuali adattamenti per prevenirli. Attenzione anche alla qualità del rapporto con il caregiver e con i familiari: è sicuro? C'è abuso dell'anziano nel contesto della vita domestica o in altri setting curativo-assistenziali?***

### 1. I RISCHI NELLA ABITAZIONI ABITUALI

I problemi sociali ed esistenziali dell'anziano sono tanti e si trovano aggiornati e riassunti sul sito dell'ISTAT (si veda [link](#)) La sicurezza dell'anziano è notoriamente precaria nei vari ambiti in cui viene a trovarsi. L'ambiente esterno, le strade, i sistemi di trasporto non sono ancora adeguati a conferire sicurezza all'anziano che li utilizza, al quale deve essere assicurato un adeguato spazio nel quale vivere e soprattutto muoversi. Si parla di *life-space* fondamentale perché la funzionalità motoria sia esercitata e conservata; ne avranno beneficio anche le prestazioni mentali. Più ampio è lo spazio di vita a disposizione e migliore sarà la qualità della vita.

L'abitazione abituale è certamente il luogo dove si possono apportare modifiche significative ed utili alla sicurezza di chi vi abita. Sono circa 2 milioni 800mila le persone che ogni anno subiscono almeno un incidente domestico (più di 50 casi ogni 1000 abitanti/anno): al primo posto degli incidenti, le cadute sono la causa più frequente di morte accidentale nell'età avanzata. Nel 2012 in Italia sono finite in Pronto Soccorso, per incidente domestico (soprattutto cadute), oltre 1 milione 825mila persone di cui 20% bambini (0-14 anni), 30% adulti (15-49 anni), 22% adulti anziani (50-69 anni), 28% ultrasessantenni (70 anni e più). Le cause più frequenti delle cadute sul totale dei casi sono: caduta/inciampo/salto/spinta da un'altezza non specificata (29,7%), caduta a livello (11,9%), urti (15,5%), incidenti con oggetti penetranti o taglienti (11,8%). Il 60% delle cadute dell'anziano si verifica a domicilio. Tra gli anziani, la maggior parte degli infortuni si verifica durante i lavori domestici (47,5% - fonte ISTAT); questo dato è, per la maggior parte, costituito da infortuni occorsi alle donne anziane (53,4% dei casi di infortunio - fonte ISTAT). La stessa fonte indica che, per gli anziani, gli ambienti domestici più a rischio sono la cucina (41,8%) ed il soggiorno (13%); il restante 45% si distribuisce in maniera pressoché equilibrata nei rimanenti ambienti dell'abitazione. Per le donne anziane la cucina rappresenta, di gran lunga, l'ambiente più a rischio (46,2% degli incidenti), mentre per gli uomini anziani i luoghi in cui avvengono gli incidenti si presentano più diversificati: cucina (22,6%), soggiorno (20,5%), cantina/garage/altro ambiente (17,1%) e bagno (13,9%). I pericoli possono essere strutturali, meccanici, elettrici, da esplosione e possono essere rappresentati da pavimenti irregolari, scale, arredi, strumenti da taglio o da lavoro, usati per cucinare, riparare, costruire, lavorare il giardino, cavi elettrici scoperti, prese non protette, collegamenti non idonei, presenza di gas, vapori e liquidi infiammabili, polveri, combustibili. Il rischio di incidente aumenta con comportamenti e/o movimenti inappropriati (bambini), con problemi di forza muscolare, malattie, deficit di vista e/o attenzione (anziani). Le abitazioni devono quindi essere strutturalmente più sicure, ma deve anche migliorare la consapevolezza dei rischi e l'individuazione dei pericoli, in particolare tra genitori, anziani e persone che fanno lavoro domestico.

Con l'aumentare dell'età appare incrementarsi la quota degli "inciampamenti" rispetto a quella degli "scivolamenti"; l'anziano inciampa più facilmente in oggetti, strutture e fili, per problemi di postura, vertigini o semplicemente perché non vede bene. Non sono considerate adeguatamente le quasi-cadute e probabilmente anche le cadute che non hanno provocato alcun danno. L'abitazione deve fornire all'anziano che la abita comfort fisico ed emozionale e, se necessario, compensare ai mutamenti negativi delle prestazioni sensoriali e motorie presenti in quel soggetto. Pertanto la **check list** è strumento basilare per l'operatore che accede ad una abitazione e deve "scannerizzare" le caratteristiche della stessa e delle persone che ci vivono per definirne l'idoneità a prevenire gli incidenti domestici e a realizzare una buona qualità della vita dell'anziano che la abita. LA check list



# Manuale di Competenze in Geriatria

costituisce, quindi, uno strumento per rilevare eventuali rischi e fornisce informazioni di base su come correggere le cosiddette barriere architettoniche. Si ricorda che l'*aging-in-place* richiede una abitazione qualificata, confortevole, in grado di realizzare i bisogni essenziali per la vita quotidiana in autonomia; oggi le tecnologie e l'informazione via internet, compresa la telemedicina, consentono alle abitazioni di svolgere un ruolo cruciale nelle procedure curative ed assistenziali alle persone anziane che non raramente vivono sole. Non si deve dimenticare che gli incidenti domestici, comprese le cadute, sono causa frequente di morte delle persone anziane. È possibile usufruire di finanziamenti e rimborsi parziali nel caso si decida di ristrutturare la propria casa per adattarla alle esigenze da ridotta mobilità (legge 13/89 sulle barriere architettoniche; la eventuale domanda è da presentare al proprio Comune di appartenenza).

La check list è consultabile al seguente [link](#) e può essere utilizzata per richiedere interventi di vario livello ad amministratori, proprietari dell'abitazione, enti erogatori di servizi, ecc. Attenzione e cura va posta per verificare l'idoneità della vita a domicilio e proporre soluzioni anche semplici che la rendono più sicura; lo scopo si ottiene anche ponendosi l'obiettivo di soddisfare i bisogni più importanti del vecchio malato. La solitudine, la ridotta cognitivtà e la maggior dipendenza del residente sono fattori di rischio perché si crei una qualche forma di abuso (fisico, emozionale, finanziario) oppure il *self-neglect* (o sindrome di Diogene). La riduzione del visus e dell'udito dell'anziano comportano la diminuzione della partecipazione alla vita quotidiana oltre che del tono dell'umore con isolamento.

La lista da compilare deve contenere specifiche informazioni: quali sono i rischi presenti nell'abitazione e quali possono essere le soluzioni per le criticità osservate. Una volta individuati i rischi presenti si possono fornire indicazione sulle azioni mirate alla prevenzione degli incidenti domestici (potenziali cause di infortuni). Il compilatore della lista deve tener presente che l'eliminazione di un rischio ha la precedenza sulla sua riduzione; un grosso rischio (potenzialmente determinante danni maggiori per la salute dei componenti il nucleo abitativo) ha la precedenza su un rischio minore; un costo piccolo con risultati certi ha la precedenza su alti costi con risultati incerti; quando le misure individuali sono impraticabili, si può cercare di ricorrere a misure collettive. I costi sono sempre il problema fondamentale; molte case non hanno l'ascensore che è sostituibile con altri sistemi più economici come il montacarichi. Se ci sono una o più rampe di scale per accedere all'abitazione, può essere consigliabile l'istallazione di un montascale automatico o, nel caso ci fosse spazio, di un piccolo ascensore-montacarichi. Il bagno è cruciale: il corrimano lungo le pareti, più robusto in corrispondenza dei servizi, uno sgabello e gommini antiscivolo nella doccia o nella vasca da bagno, miscelatori al posto dei tradizionali rubinetti facilitano l'igiene per gli anziani o per i disabili. Attenzione anche al lavabo (deve avere uno spazio sottostante per permettere l'avvicinamento anche a chi ha problemi di mobilità), agli specchi (ben fissati e di grandi dimensioni), agli armadietti (solidi, semplici da aprire e senza spigoli vivi contro cui si possa urtare) ed al water (deve essere utilizzabile adattandone l'altezza per rendere possibile e facile la seduta). Si devono fissare tappeti e passerelle con appositi fermi per evitare che l'anziano inciampi e cada. Molta cura va posta anche all'illuminazione, evitando gli angoli bui, collocando in casa interruttori grandi e a portata di mano, luci automatiche che si accendono al passaggio e lampade notturne che si accendono automaticamente quando manca la corrente. Nella cucina è bene scegliere un piano di cottura con il blocco di sicurezza del gas nel caso di spegnimento della fiamma e installare un sistema per il rilevamento del gas e dei principi d'incendio, nel caso fossero dimenticate vivande in cottura o vi fossero perdite dell'impianto. Attenzione va posta alle condizioni climatiche della stanza per assicurare una buona igiene del sonno; gli ambienti dovrebbero avere il condizionatore da utilizzare nel caso si verificano in ondate di caldo.

Se la persona anziana vive da sola e soffre di qualche particolare patologia, può essere opportuno fornirle un sistema di **telesoccorso** che, con la pressione di un tasto, telefona automaticamente ad una serie di 'numeri amici' (familiari, pronto soccorso, assistenza privata, ecc). Esistono alcuni oggetti che facilitano le azioni quotidiane degli anziani: le pinze prendi-oggetti (evitano le pericolose salite su scalette e sgabelli), gli infila-calze, i morsetti regolabili (facilitano la presa di oggetti ingombranti o di forma irregolare). La sicurezza del malato (si fa riferimento alla sua incolumità) è un cardine della



# Manuale di Competenze in Geriatria

medicina geriatrica; dovrebbe sempre essere considerata in occasione della dimissione del malato dall'ospedale; l'anziano che cambia il setting curativo-assistenziale avrà probabilmente problemi in grado di modificare il suo benessere rendendo più probabile un nuovo ricovero ospedaliero. Le caratteristiche architettoniche e l'attrezzatura dell'abitazione dove risiede l'anziano sono un elemento fondamentale che condiziona la sicurezza dell'anziano malato. Ci si pensa poco e ciò è da imputare anche all'*ageismo*, fenomeno sociale e culturale molto diffuso basato sul fatto che la condizione anziana viene quasi negata da una società ad impronta giovanilistica che esprime una forma di spregio massmediatico dell'immagine del vecchio, ridotto a caricatura fuorviante e discriminante o peggio a prevalenti immagini deteriori.

Pertanto il medico deve attivare, se necessario, la procedura per la *therapeutic home adaptation* per consentire *aging in place*, eventualmente ricorrendo alla *assistive technology*. Non è scopo di questo manuale fornire dettagli tecnologici, ma le informazioni in dettaglio sono largamente disponibili. L'ambiente domestico modificato e supportivo consente all'anziano di continuare a vivere nel setting più favorevole realizzando così una migliore qualità della vita. L'ambiente domestico e familiare è ritenuto ottimale anche per realizzare la raccomandata *patient-centered care* che mette al centro degli interventi la persona malata come cerca di evidenziare la figura. Gli interventi domestici hanno come obiettivi la diminuzione degli ostacoli architettonici e strumentali in modo da potenziare l'autosufficienza e la mobilità dell'anziano, l'aumento del comfort e la safety.

Le **buone prassi** per la sicurezza domestica, che nel caso dell'anziano riducono il rischio di incidenti di vario tipo fra i quali anche le cadute, sono le seguenti:

- Cercare di tenere ben illuminata la casa ed evitare di camminare, magari scalzi, al buio;
- Evitare di usare la cera per pulire i pavimenti;
- Evitare di lasciare in giro per casa fili elettrici o prolunghe, aumentano il rischio di inciampare;
- Pulire gli elettrodomestici (ferro da stiro, frullatori, phon, ecc) solo dopo averli staccati dalla presa di corrente;
- Assicurarsi che gli impianti elettrici domestici abbiano una buona messa a terra e vi sia il "salva vita" al contatore;
- Non tirare il cavo per togliere la spina e non sovraccaricare le prese; non inserire a forza prese tedesche in prese italiane ma usare appositi adattatori;
- Non tenere tende svolazzanti vicino a fornelli, caldaie e stufe; non avvicinarsi ai fornelli con vestiti sintetici svolazzanti;
- Staccare la presa di TV, computer, antenna, ecc. durante i temporali; tenere in casa un piccolo estintore;
- Tenere in luogo sicuro prodotti infiammabili come alcol;
- Non schermare lampadine e corpi illuminanti con carta o tessuti;
- Spegnerne TV, computer. Ecc. con l'interruttore; non lasciare l'apparecchiatura in stand-by;
- Non usare il phon vicino all'acqua o con il pavimento bagnato; non fumare a letto;
- Riporre gli oggetti o gli indumenti di uso corrente nella parte bassa degli armadi;
- Usare tappeti antiscivolo in bagno e mancorrenti vicino alla vasca/doccia;
- Non fare il bagno/doccia se si è soli in casa;
- Se si dispone di un piccolo boiler a gas nella stanza da bagno, ricordarsi di lasciare la finestra un po' aperta (si evita il rischio di intossicazione da monossido di carbonio);
- Usare scale (quelle a norma di sicurezza) per raggiungere le parti più alte degli armadi, non sedie o tavoli;
- Non salire sulle scale se non indispensabile (es. per togliere le tende o lavare i vetri delle finestre) se si è soli in casa;
- Fissare i tappeti a pavimento con le retine adatte, specie quelli intorno al letto;
- Disinserire la corrente elettrica anche se si deve cambiare una semplice lampadina;
- Usare calzature consone e comode, dall'appoggio stabile e sicuro, con allacciatura facilitata;
- Evita la fretta e la troppa sicurezza;
- Assicurarsi di avere un buon sistema di chiamata a portata di mano, in caso di incidente.



# Manuale di Competenze in Geriatria

Nella tabella che segue si riporta una lista di interventi e di attenzioni che riducono il rischio di cadute domestiche:

<b>TUTTE LE CAMERE</b>	Interruttore della luce raggiungibile
	Niente cavi elettrici o prolunghe sulla superficie calpestabile
	Niente tappeti a terra
	Utilizzo di telefoni senza fili
	Utilizzo di mobili robusti (senza gambe o ruote allentate o girevoli)
	Niente disordine lungo i corridoi
	Superfici calpestabili libere
	Rimozione di serrature o utilizzo di modelli con apertura da entrambi i lati della porta
<b>CUCINA</b>	Armadi raggiungibili (così da evitare inutili flessioni e stiramenti)
	Tappetini antiscivolo
<b>CAMERA DA LETTO</b>	Luce al lato del letto raggiungibile
	Luce di cortesia per la notte nei vari locali
	Tappeti fissati al pavimento o con antiscivolo o tappeto lungo da parete a parete
<b>BAGNO</b>	Copriwater con sedile rialzato
	Barre o maniglie di supporto
	Tappetini antiscivolo
	Luce di cortesia per la notte
	Strisce antiscivolo o tappetino di gomma sul piatto doccia o all'interno della vasca
	Utilizzo di ciabatte antiscivolo da doccia o di un sedile per la vasca da bagno
<b>SOGGIORNO</b>	Tappeti fissati al pavimento o con antiscivolo o tappeto lungo da parete a parete
	Sedie con braccioli
<b>SCALE (interne e esterne)</b>	Illuminazioni ottimali
	Ringhiere robuste
	Strisce antiscivolo
	Altezza dei gradini inferiore a 15 cm

## 2. L'ABUSO DELL'ANZIANO

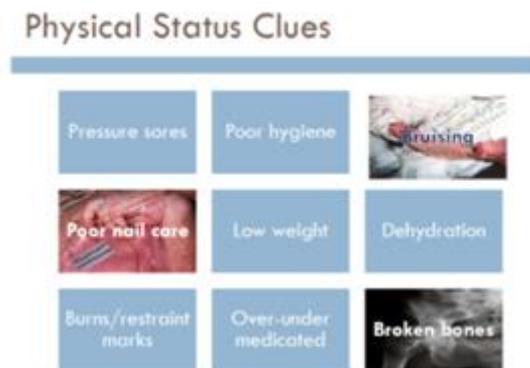
In questo capitolo si considerano anche i gravi e poco considerati problemi dell'abuso dell'anziano, considerato dall'OMS una violazione dei Diritti Umani. L'abuso è definito come **«un'azione singola, o ripetuta, o una mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un'aspettativa di fiducia e che causa danno e dolore alla persona anziana»**.

Benché l'abuso dell'anziano (AA) abbia un'elevata prevalenza (2-20% nella popolazione generale con più di 65 anni e fino al 50% nelle strutture per anziani), ben poco è stato fatto e si fa per affrontare questo problema che riguarda la qualità del rapporto di cura e la dignità del malato. Ad oggi l'AA emerge solo come reato con contenuti prevalentemente legali e criminali con ampia diffusione giornalistica; senza conoscere l'AA non si può fare prevenzione. I tipi di AA più comuni sono: finanziario, fisico (includere la contenzione fisica e farmacologica), psicologico (sopraffazione, umiliazione, violenza verbale), negligenza ed abbandono (piaghe da decubito, disidratazione, terapie improprie con effetti avversi, malnutrizione, catetere vescicale non indispensabile, scarsa igiene personale, odore di urine e feci, vestiario di bassa qualità).



# Manuale di Competenze in Geriatria

L'OMS identifica diverse tipologie di AA (WHO, 2011): **fisico**, che include azioni quali colpire, bruciare, ferire, ma anche forzare qualcuno a mangiare o bere, a restare in una determinata posizione fino all'abuso sessuale; molta attenzione dovrà essere posta ai fattori segnalati (segni sentinella) nella figura che segue:



L'abuso **psicologico o emozionale** riguarda minacce, intimidazione, "infantilizzare", ma anche limitare i diritti individuali nella vita privata, nella gestione della posta, nelle informazioni di tipo medico, al momento delle votazioni politiche. Quello **finanziario**, invece, riguarda l'utilizzazione indebita delle risorse dell'anziano da parte del suo caregiver, la coercizione alla firma di documenti legali quali testamenti, assegni e atti di vendita. Infine, **negligenza** (neglet) e **abbandono** riguardano inadeguata nutrizione, idratazione, igiene, mancata cura di ferite e piaghe, l'abbandono della persona in un letto, in una struttura o in altri luoghi.

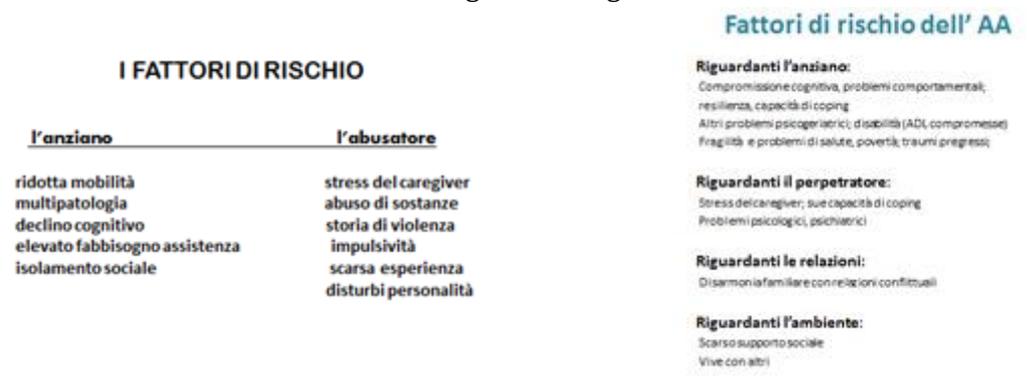
Eventi clinici abbastanza frequenti, come la comparsa di piaghe da decubito (vedi item 26) o la diminuzione del peso corporeo, possono essere segni di potenziale abuso (negligenza) a meno che non sia dipendente da skin failure. Da menzionare l'abuso istituzionale che si realizza quando si costringe l'anziano a vivere in una struttura o in un setting non gradito o anche non idoneo ai suoi bisogni più importanti. L'abuso può essere segnalato nelle diagnosi con specifici codici ICD-9 CM che sono 995.80 abuso dell'adulto, 995.82 abuso emozionale, 995.85 forme multiple di abuso, 995.81 abuso fisico, 995.82 psicologico; il maltrattamento ha gli stessi codici. Oltre agli specifici codici ICD-9-CM, la diagnosi può essere completata dai codici E (che precisano le cause identificando la natura dell'abuso) e dai codici V che precisano le circostanze e che consentono di dare indicazioni preventive. Pertanto, i presupposti operativi per diagnosticare il tipo di abuso e le circostanze in cui si realizza ci sono: si tratta di applicarli finalmente.

L'AA è difficile da rilevare: molti segni sono subdoli e la vittima è poco propensa a discutere degli eventi abusivi; il medico e l'infermiere non sono preparati a cogliere gli elementi utili a sospettare/diagnosticare l'AA. Le vittime spesso nascondono l'abuso per la vergogna, la paura di rappresaglie o il desiderio di proteggere chi abusa di loro (molto spesso si tratta del caregiver, anche familiare). Sono ritenuti segni di possibile AA la confusione, l'ansia o anche il dimagrimento, la scarsa propensione al colloquio, il mutamento rapido e non spiegabile del comportamento. L'isolamento sociale può rendere difficile il riconoscimento dell'AA; chi abusa spesso limita l'accesso della vittima al mondo esterno (ad es. nega le visite, rifiuta le chiamate telefoniche). I sintomi e i segni dell'abuso possono essere quelli di un evento acuto come la frattura (attribuita all'osteoporosi), la presenza di escoriazioni, ecchimosi, ecc. La capacità clinica del medico e il suo acume sono fondamentali per sospettare l'AA. È stato riscontrato che il 37% circa dei caregiver familiari hanno un comportamento potenzialmente pericoloso nei confronti dell'anziano che assistono: il più frequente è il tono di voce aggressivo nella comunicazione. I nostri pazienti anziani con problemi neurocognitivi sono fragili, incapaci di prendere decisioni autonome, con più patologie, indifesi e soli; per queste ragioni essi diventano facili vittime di abusi fisici e psicologici. Si stima che ogni giorno 10.000 anziani in Europa ricevano un abuso fisico, mentre ogni anno quasi 4 milioni sono vittime di abusi fisici, percosse, bruciature, ferite di coltello, condizioni generali definibili come "prigionia". Un report ha preso in esame la situazione di 53 paesi europei guardando a tutte le tipologie di abuso di cui sono vittime gli



# Manuale di Competenze in Geriatria

anziani, da quelli fisici e mentali a quelli finanziari: emerge che ogni anno 29 milioni di anziani sono soggetti ad abusi mentali (insulti e minacce), 6 milioni ad abusi finanziari (furti o frodi), 1 milione ad abusi sessuali (molestie sessuali, stupri e esposizione alla pornografia). La sua prevalenza è elevata anche se i dati disponibili sono estremamente variabili: a domicilio la prevalenza dell'AA varia dal 3,2% al 27,5% e la prevalenza aumenta con l'età raggiungendo il massimo negli oldest-old. I fattori di rischio sono tanti e alcuni sono ricordati nelle figure che seguono:



Diverse forme di AA possono essere presenti contemporaneamente. Il neglect (negligenza o maltrattamento) fa riferimento prevalentemente ad un'omissione, per esempio l'igiene personale carente oppure la malnutrizione e la disidratazione. Si tratta di un evento frequente soprattutto in alcuni setting, ed in particolare le residenze per anziani. È da troppo tempo una realtà tollerata e misconosciuta a causa dell'interesse modesto nei comportamenti privi di etica, tanto diffusi a volte anche inconsapevolmente da parte di caregiver troppo stressati dal rapporto con il vecchio malato. L'abuso è sicuramente un argomento da considerare di più ad ogni livello delle cure dell'anziano, soprattutto nel grande vecchio con cognitività compromessa.

Uno strumento-questionario per sospettare l'abuso dell'anziano è di seguito riportato: si tratta dell'Elder Abuse Suspicion Index - EASI (J Elder Abuse Negl 2008; 20: 47-60), che si presta ad essere utilizzato soprattutto in ambulatorio, in soggetti con cognitività non patologica. Si veda questo [link](#).

<b>ELDER ABUSE SUSPICION INDEX - EASI</b>			
1) Hai richiesto aiuto a qualcuno per qualcuna delle seguenti cose: fare il bagno, vestirsi, fare la spesa, andare in banca o per i pasti?	SI	NO	NON RISPONDE
2) Qualcuno ti ha impedito o ha cercato di impedirti di assumere cibo, vestirti, assumere farmaci, metterti gli occhiali o la protesi acustica, ricevere cure mediche oppure stare con le persone che desideri?	SI	NO	NON RISPONDE
3) Ti sei mai sentito triste perché qualcuno ti ha parlato in un modo che ti ha fatto vergognare o ti ha fatto sentire minacciato?	SI	NO	NON RISPONDE
4) Qualcuno ha cercato di convincerti a firmare delle carte oppure ad usare il tuo denaro contro la tua volontà?	SI	NO	NON RISPONDE
5) Qualcuno ti ha mai spaventato, toccato contro il tuo volere o ti ha fatto male fisicamente?	SI	NO	NON RISPONDE
6) <b>Domanda per il medico:</b> L'abuso dell'anziano può essere associato a evidenze quali: scarso contatto visivo, tendenza all'isolamento, malnutrizione, problemi igienici, tagli, lividi, abbigliamento inappropriato, scarsa compliance con i farmaci. Ha notato uno o più di questi elementi oggi o negli ultimi 12 mesi?	SI	NO	NON NE SONO CERTO



# Manuale di Competenze in Geriatria

La diagnosi di AA o anche di sospetto AA consente di intervenire nell'ambiente di vita di quell'anziano per valutare soprattutto le condizioni relazionali a livello familiare; diventa così possibile la prevenzione dell'AA e la protezione dell'anziano, elementi fondamentali della buona qualità delle cure geriatriche. La sensibilità e l'acume diagnostico del medico sono fondamentali per cogliere i problemi relazionali fra anziano malato e caregiver. Nei nostri servizi socio-sanitari, anche di tipo psicogeriatrico, mancano adeguati punti di riferimento (servizi) e di osservazione su questo rilevante aspetto delle cure geriatriche, anche da un punto di vista etico e deontologico. Si ricorda il [National Center on Elder Abuse](#) che raccomanda l'istituzione di centri di ascolto ai quali riferire il sospetto di casi di maltrattamento, negligenza, abuso.

L'AA può essere considerato una sindrome geriatrica che richiede un approccio multidisciplinare per la sua identificazione, prevenzione e rimozione/gestione. L'AA è difficile da rilevare: molti segni sono subdoli e la vittima è poco propensa a discutere degli eventi abusivi. Le vittime spesso nascondono l'abuso per la vergogna, la paura di rappresaglie o il desiderio di proteggere chi abusa di loro (molto spesso si tratta del caregiver, anche familiare). Sono ritenuti segni di possibile AA: la confusione, l'ansia o anche il dimagrimento, la scarsa propensione al colloquio, il mutamento rapido e non spiegabile del comportamento. Fattori come il giovanilismo e la discriminazione verso chi non è più giovane forniscono un contesto sociale e culturale idoneo e molto diffuso (**ageismo**) perché possano verificarsi carenze vistose nelle cure e nell'assistenza, anche sociale, dell'anziano fra le quali la negligenza. Alcuni elementi della vita quotidiana dell'anziano assistito a domicilio aiutano a sospettare l'AA come riportato nella tabella che segue:

## ELDER ABUSE PROJECT, 1988

domande di *screening* all'anziano a domicilio :  
aiutano ad sospettare e a riconoscere l' AA

Qualcuno ti ha offeso o fatto male?  
Qualcuno ti ha toccato senza la tua autorizzazione?  
Qualcuno ti ha fatto cose che non volevi?  
Qualcuno ti preso qualcosa senza dirtelo?  
Qualcuno ti ha minacciato ?  
Hai firmato documenti senza capirne il motivo ?  
Sei stato spaventato da qualche atto o situazione?  
Ti senti molto solo a casa ? Ti mancano cose, oggetti?  
Non sei aiutato adeguatamente a casa tua ?  
Hai bisogni non soddisfatti ?

L'effetto della sofferenza del protratto rapporto di cura e di assistenza agisce sul caregiver familiare e non solo. Si tratta di sintomi fisici, di distress spirituale o esistenziale: insieme o distinti influenzano grandemente l'esperienza emozionale del caregiver ed inducono emozioni difensive e negative che lo espongono a problemi di morbilità psichica e fisica oppure anche a comportamenti non favorevoli per l'assistito fino all'abuso. Nella tabella che segue sono indicati alcuni elementi da considerare per il caregiver:

<b>LA PERSONA CHE ASSISTE L'ANZIANO</b> <b>Indicatori di AA o di rapporto di scarsa qualità</b>
Appare stanco, stressato e demotivato
Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato
Biasima l'anziano per situazioni quali l'incontinenza
Si comporta in modo aggressivo con il paziente
Tratta l'anziano come un bambino o in modo disumanizzante
Non desidera che l'anziano venga interrogato separatamente
Risponde in modo difensivo quanto interrogato
È ostile o evasivo



# Manuale di Competenze in Geriatria

Il problema centrale da considerare è la qualità del rapporto con il caregiver che non sempre è un familiare, ma spesso una badante (solitamente straniera). Il caregiver, nel processo di coping che caratterizza il rapporto assistenziale, subisce stress di varia entità che deve essere affrontato con strategie cognitive e comportamentali. Si noti che le strategie centrate sulle EMOZIONI – *emotion-focused coping* - comportano rimozione, presa di distanza, ridefinizione della situazione, ma anche ira, ricerca di conforto, rifugio nell'alcol; invece le strategie centrate sui PROBLEMI – *problem-focused coping* sono finalizzate alla risoluzione dei problemi con adattamento consapevole alle situazioni con scelte utili e ragionate. Per comprendere l'AA ci sono teorie come quella situazionale (anche nota come "il modello del caregiver esausto") che mette in relazione l'abuso con un eccessivo stress causato dalla dipendenza della persona anziana fragile dal suo caregiver; il burn-out del caregiver è un modello da tener presente nella pratica quotidiana e si evidenzia ricorrendo ad opportune valutazioni come la scala CBI - Caregiver Burden Inventory (si veda figura di seguito), che definisce l'entità dello stress del caregiver.

## CAREGIVER BURDEN INVENTORY

0= Per nulla    1= Poco    2= Moderatamente    3= Parecchio    4= Molto

		Condizioni/Impressioni	Punteggio
T	1	Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0 1 2 3 4
T	2	Il mio familiare è dipendente da me	0 1 2 3 4
T	3	Devo vigilarlo costantemente	0 1 2 3 4
T	4	Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0 1 2 3 4
T	5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0 1 2 3 4
S	6	Sento che mi sto perdendo vita	0 1 2 3 4
S	7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0 1 2 3 4
S	8	La mia vita sociale ne ha risentito	0 1 2 3 4
S	9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0 1 2 3 4
S	10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0 1 2 3 4
F	11	Non riesco a dormire a sufficienza	0 1 2 3 4
F	12	La mia salute ne ha risentito	0 1 2 3 4
F	13	Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0 1 2 3 4
F	14	Sono fisicamente stanca	0 1 2 3 4
D	15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0 1 2 3 4
D	16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0 1 2 3 4
D	17	Ho avuto problemi con il coniuge	0 1 2 3 4
D	18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0 1 2 3 4
D	19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0 1 2 3 4
E	20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0 1 2 3 4
E	21	Mi vergogno di lui/lei	0 1 2 3 4
E	22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0 1 2 3 4
E	23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0 1 2 3 4
E	24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0 1 2 3 4
<b>Totale punteggio</b>			_____

La diagnosi di sospetto AA consente di intervenire nel contesto della vita di quel soggetto analizzando le problematiche dei rapporti fra i componenti la famiglia: si potrà così attuare la prevenzione dell'AA. Purtroppo i nostri servizi socio-sanitari non forniscono ancora adeguati punti di riferimento e di osservazione per le problematiche dell'AA.

