

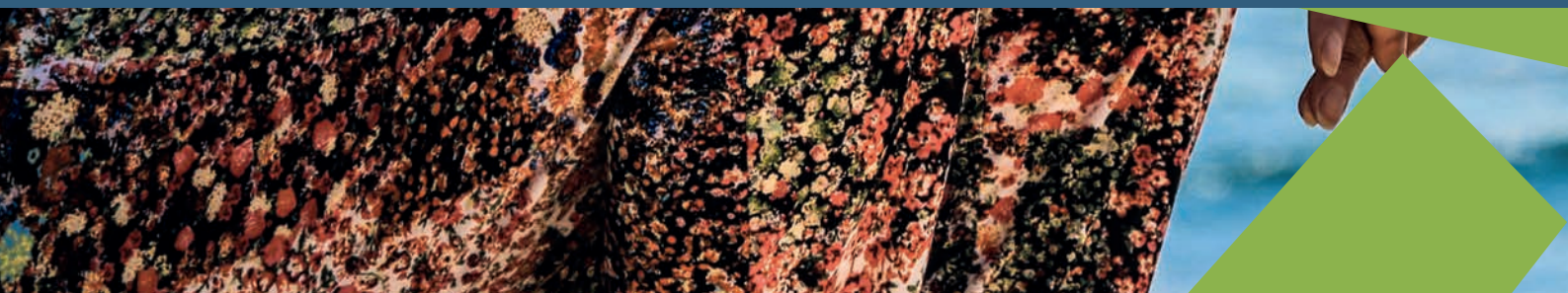


Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



UNA VITA PIU' SICURA PER LE DONNE ANZIANE

MANUALE DI FORMAZIONE PER PROFESSIONISTI



© SAFE project partnership
Autrici: Sirkka Perttu & Henriikka Laurola (VOIVA)



Il sostegno della Commissione europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione del contenuto, che riflette esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute

Indice

Indice	2
Introduzione	4
Obiettivi del manuale	4
Utilizzare i casi di studio nella formazione	5
Modulo 1: Prospettive sulla violenza nei confronti delle donne anziane	5
Temi	5
Risultati di apprendimento.....	6
Messaggi chiave.....	6
Metodi educativi suggeriti.....	6
Definizioni.....	6
Teorie sull'abuso.....	9
La diversità della violenza nei confronti delle donne anziane.....	11
Forme di violenza nei confronti delle persone anziane	13
Caratteristiche specifiche della violenza nei confronti delle donne anziane	14
Perpetratori di donne anziane.....	15
L'approccio basato sui diritti umani e sui diritti delle donne	15
Modulo 2: Lavorare con le vittime anziane	17
Temi	17
Risultati di apprendimento.....	17
Messaggi chiave.....	17
Metodi di apprendimento suggeriti	17
La sofferenza a lungo termine e le sue conseguenze.....	18
Conseguenze cognitive ed emotive.....	18
Conseguenze sulla salute fisica	18
Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)	19
Il processo di richiesta di aiuto e le sfide delle donne anziane vittime di violenza domestica	19
Perché le donne anziane non se ne vanno?	20
Fattori di rischio, segni e segnali di violenza contro le donne anziane	21
Principi per una conversazione sicura in caso di sospetto abuso:.....	23
Pronto soccorso psicologico	24
Modulo 3: Procedure pratiche.....	26
Temi.....	26

Risultati dell'apprendimento.....	26
Messaggi chiave.....	26
Metodi di apprendimento suggeriti	26
Pratiche promettenti nell'identificazione, disamina e trattamento delle vittime anziane di violenza domestica	27
Cooperazione multi-agenzia.....	30
Salvaguardia e protezione delle donne anziane vittime di abusi.....	32
Pianificare la sicurezza delle donne anziane vittime di abuso	33
Modulo 4: Operare professionalmente.....	35
Temi.....	35
Risultati dell'apprendimento.....	35
Messaggi chiave.....	35
Metodi di apprendimento suggeriti	35
Sfide professionali nel lavoro con le vittime di trauma.....	35
Traumatizzazione secondaria, fatica da compassione e burnout professionale:	36
Fattori protettivi	37
Lavorare con i membri della famiglia e i perpetratori.....	39
La sicurezza dei professionisti	39
Modulo 5: Condurre la formazione con i professionisti del settore sociale e sanitario.....	42
Temi.....	42
Risultati di apprendimento.....	42
Messaggi chiave:.....	42
Metodi di apprendimento suggerito	42
La formazione come momento di condivisione	42
Come sviluppare il programma della formazione	42
Mentoring.....	43
Appendice 1: Libro degli esercizi	43

Introduzione

Questo manuale è stato ideato per insegnanti e formatori per poter educare e formare alla prevenzione e alla risposta in caso di violenza e abusi nei confronti delle donne anziane. Il principale gruppo target per la formazione sono i professionisti del settore sanitario e dell'assistenza sociale. I formatori dovrebbero possedere una pregressa esperienza acquisita sul campo ed aver già lavorato con vittime anziane per poter capire meglio le necessità formative dei partecipanti.

La violenza nei confronti delle donne anziane è un tema che coinvolge sia i servizi dedicati alla violenza domestica che quelli dedicati alla cura delle persone anziane. Il presente manuale mira a combinare questi due campi separati. Il manuale è diviso in 5 moduli:

- 1) Modulo 1 - Prospettive sulla violenza nei confronti delle donne anziane
- 2) Modulo 2 - Lavorare con una vittima anziana
- 3) Modulo 3 - Procedure pratiche
- 4) Modulo 4 – Operare professionalmente
- 5) Modulo 5 – Condurre una formazione con i professionisti del settore sociale e sanitario

Ogni modulo include l'argomento principale, le sue premesse teoriche, i risultati di apprendimento prefissati e i relativi messaggi chiave. I risultati di apprendimento aiutano il formatore a costruire il suo percorso di formazione, mentre i messaggi chiave indicano i temi principali trattati nei moduli. È importante che il formatore stabilisca quali sono gli obiettivi che i partecipanti al corso di formazione dovranno raggiungere ad ogni sessione. Il formatore fornisce informazioni di base su ciascun argomento ed aiuta i professionisti a connettere le loro conoscenze pregresse, così come le loro competenze ed esperienze passate con le nuove informazioni acquisite. Le fonti del manuale sono state: gli studi più recenti in materia, le esperienze acquisite sul campo, e le esperienze maturate nel corso delle attività del progetto SAFE. I metodi di insegnamento suggeriti (esercizi) sono pubblicati in un booklet separato.

Obiettivi del manuale

- Migliorare la crescita professionale di insegnanti e formatori affinché lavorino come educatori nel campo della violenza contro le persone anziane e in merito a questioni specifiche di genere
- Migliorare la qualità dell'insegnamento e della formazione al fine di sviluppare curriculum formativi orientati alla pratica professionale
- Accrescere le capacità degli operatori sociali e sanitari di identificare e intervenire nel caso di abusi verso le donne anziane
- Supportare le autorità e i professionisti dell'assistenza sociale e sanitaria, nonché altri eventuali soggetti interessati, nella creazione e sviluppo di misure di intervento in caso di violenza nei confronti di donne anziane

Utilizzare i casi di studio nella formazione

- Mediante l'utilizzo di casi studio i partecipanti hanno la possibilità di impegnarsi attivamente nella risoluzione di problematiche concrete attraverso l'utilizzo di un pensiero critico e analitico, prendendo decisioni per la risoluzione di situazioni complesse e affrontando l'eventuale ambiguità dei casi.
- I casi studio sono particolarmente utili nell'ambito di corsi di formazione brevi. Inoltre, forniscono simulazioni realistiche della vita reale.
- Nei corsi di formazione più lunghi potrebbe essere ancora più efficace chiedere ai partecipanti di sviluppare casi studio sulla base delle proprie esperienze professionali.
- Il formatore può porre domande appositamente finalizzate a focalizzare l'attenzione dei partecipanti su particolari aspetti del problema trattato. I casi di studio possono anche essere supportati da strumenti visivi, quali ad esempio video.
- I casi di studio possono anche essere utilizzati nell'ambito di eventuali giochi di ruolo: il formatore può fornire ai partecipanti solo una parte del caso di studio e chiedere loro di recitare la scena.
- Il formatore può fornire ai partecipanti strumenti utili per un approccio sistematico all'analisi dei casi di studio, ad esempio l'analisi SWOT (*Strengths* – Punti di forza; *Weaknesses* – Debolezze; *Opportunities* – Opportunità; *Threats* - Minacce), o domande:
 - o Qual è il problema in questo caso di studio?
 - o Qual è il contesto?
 - o Qual è l'obiettivo di risoluzione del problema di questa specifica situazione?
 - o Quali fattori chiave dovrebbero essere considerati?
 - o Quali alternative sono disponibili?
 - o Cosa consiglieresti come soluzione e perché?

Modulo 1: Prospettive sulla violenza nei confronti delle donne anziane

Temi

- Definizioni
 - o Abuso nei confronti delle persone anziane
 - o Violenza nei confronti delle donne anziane
 - o Violenza domestica
- Teorie sull'abuso
- La specificità della violenza nei confronti delle donne anziane
 - o Prevalenza, forme e caratteristiche specifiche della violenza nei confronti delle donne anziane
 - o Perpetratori e perpetratrici di donne anziane
- L'approccio basato sui diritti umani e sui diritti delle donne

Risultati di apprendimento

I partecipanti

- Comprendono la natura di genere della violenza nei confronti di donne anziane
- Comprendono la diversità della violenza nei confronti delle persone anziane
- Comprendono perché si verificano casi violenza – sono in grado di descrivere le principali teorie riguardanti la violenza nei confronti delle persone anziane
- Diventano consapevoli dei temi dell'ageismo e della discriminazione di genere dal punto di vista dei diritti umani e dei diritti delle donne
- Sono in grado di mettere in discussione le loro stesse attitudini e credenze nei confronti delle donne anziane

Messaggi chiave

- è essenziale aiutare i partecipanti ad essere consapevoli dei propri pensieri, delle proprie attitudini e credenze nei confronti delle donne anziane e della violenza nei loro confronti
- la violenza nei confronti delle persone anziane è un fenomeno differente se comparato alla violenza rivolta ad altri gruppi di età a causa
 - Dei cambiamenti nella salute sia fisica che cognitiva e la connessione tra essi e la violenza sono visti come fattori di rischio;
 - Di come l'invecchiamento è visto e vissuto dagli individui e dalla società
- La violenza nei confronti delle donne anziane ha le sue caratteristiche proprie dovute alla situazione specifica in cui le donne anziane vivono

Metodi educativi suggeriti

Esercizio 1: Sensibilizzazione su pensieri, attitudini e credenze sulle donne anziane

Esercizio 2: Quiz sull'invecchiamento e sulle persone anziane

Esercizio 3: Aspettative della società per donne e uomini

Esercizio 4: Miti e fatti sulla violenza nei confronti delle donne anziane

Esercizio 5: Dove ti posizioni rispetto ai diritti umani?

Esercizio 6: Teorie sulla violenza nei confronti delle persone anziane

Esercizio 7: La violenza nei confronti delle donne giovani e anziane

Definizioni

Abuso sulle persone anziane

Quando si parla di violenza e maltrattamento nei confronti delle persone anziane, il termine "abuso agli anziani" è quello più comunemente utilizzato.

La definizione più diffusa è quella che fornita da *Action on Elder Abuse* nel 1995¹:

"Un atto singolo, o ripetuto, o la mancanza di un atto appropriato, che si verificano

¹ *Action on Elder Abuse (n.d.) What is Elder Abuse?* Disponibile al link:

<https://www.elderabuse.org.uk/Pages/Category/what-is-it>

all'interno di qualsiasi relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia e che provochi danno o sofferenza ad una persona anziana”

Nel 2002, un gruppo di lavoro irlandese sull'abuso agli anziani ha inoltre sottolineato l'importanza di considerare l'abuso sugli anziani come un concetto ombrello per indicare sia l'ampia gamma di danni inflitti agli anziani che le violazioni dei loro diritti umani e civili.² In generale, è stato discusso se l'espressione "relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia", che si ritrova in queste definizioni, dovrebbe essere un fattore determinante nel fenomeno. L'abuso a volte si verifica senza alcuna aspettativa di fiducia e in completa assenza di una relazione tra l'autore del reato e la vittima, ad esempio in caso di frode o scippi.³ La seguente definizione più ampia utilizzata da parte del Dipartimento di Giustizia e del Servizio Sanitario e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (2014)⁴ prende in considerazione tali incidenti:

L'abuso sugli anziani "include l'abuso fisico, sessuale o psicologico, nonché la negligenza, l'abbandono e lo sfruttamento finanziario di una persona anziana da parte di un'altra persona o entità, che si verificano in qualsiasi contesto (ad es. casa, comunità o struttura), in una relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia e/o quando una persona anziana viene presa di mira in base all'età o alla disabilità”

La violenza nei confronti delle donne anziane

L'età da sola non definisce il comportamento abusivo come “abuso sugli anziani”. Una donna anziana può subire abusi da parte dello stesso partner⁵ per tutta la vita. Le vittime di violenza giovani e anziane condividono le stesse caratteristiche e conseguenze, come la paura di ritorsioni e stigmatizzazioni, il desiderio di non uscire di casa e di proteggere l'abusante, il disagio emotivo e, nei casi che coinvolgono persone con capacità ridotta, difficoltà nel denunciare l'abuso. Tuttavia, nonostante le somiglianze nel corso della vita, ci sono profonde differenze in termini di quali tipi di interventi sono appropriati e quali tipi di servizi sono disponibili.

Questo curriculum usa i termini "violenza contro le persone anziane" per descrivere in generale il fenomeno. Il curriculum, tuttavia, evidenzia la natura di genere della violenza contro le persone anziane. Il fenomeno della "violenza contro le donne anziane" è radicato nelle stesse disparità e norme di genere insite nella "violenza contro le donne". La violenza nei confronti delle donne anziane

² Working Group on Elder Abuse (2002). Protecting Our Future. Report of the Working Group on Elder Abuse. September 2002. Disponibile al seguente link:

http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/73_ProtectingourFuture.pdf

³ M. O'Brien et al. (2016). Elder Abuse, Context and Theory: Finland, Ireland, Italy and Romania. A publication by Erasmus+ S.T.Age project. Disponibile al seguente link: http://www.combatingelderabuse.eu/wp-content/uploads/2016/04/Booklet_stage.pdf

⁴ M-T Connolly, B. Brandl and R. Breckman (2014). The Elder Justice Roadmap. A Stakeholder Initiative to Respond to an Emerging Health, Justice, Financial and Social Crisis. US Department of Justice & Department of Health and Human Services. Disponibile al seguente link: <https://www.justice.gov/file/852856/download>

⁵ NB: per economicità di esposizione in questo testo il perpetratore di abuso è sempre indicato al maschile, tuttavia è bene ricordare che anche le donne possono essere soggetti maltrattanti

è stata definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 2014⁶ e nel 2015⁷ con le seguenti parole:

" Qualsiasi atto di violenza di genere che provochi, o rischia di provocare, danno o sofferenza fisica, sessuale o mentale" alle donne anziane, "comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichino in pubblico o nella vita privata ". "Questo può includere anche abusi finanziari, sfruttamento o privazione di risorse, negligenza e abbandono".

Violenza domestica

La violenza contro le donne anziane può essere perpetrata da persone che non hanno un rapporto di fiducia con la vittima, come può accadere in un contesto di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale. Questo curriculum usa il termine "violenza domestica" per attirare l'attenzione in particolare sulla violenza e sugli abusi che coinvolgono dinamiche familiari e di parentela stretta. Questo approccio serve a rappresentare meglio i gruppi target di questo manuale. Secondo l'OMS la violenza domestica può essere definita come:

"... qualsiasi comportamento all'interno di una relazione intima che provochi danni fisici, psicologici o sessuali a coloro che sono nella relazione, inclusi atti di aggressione fisica, coercizione sessuale, abuso psicologico e comportamenti controllanti".

A volte la violenza domestica viene anche definita "abuso domestico" o "violenza familiare". La violenza domestica contro le donne spesso assume la forma di violenza da partner intimo (VPI) con elementi coercitivi. Le donne hanno molte più probabilità degli uomini di essere vittime di VPI e di essere ferite o uccise da un partner con cui hanno una relazione intima.⁸ La VPI tra le persone anziane può manifestarsi in due modi: la VPI potrebbe essersi sviluppata già nelle fasi iniziali della relazione o potrebbe essere una nuova esperienza di violenza che si verifica con l'invecchiamento delle persone coinvolte. Nuove esperienze di violenza in età avanzata possono verificarsi anche quando una persona anziana viene coinvolta in una relazione violenta, ad es. attraverso un nuovo matrimonio. La VPI che viene sviluppata nella relazione come parte di un ciclo di vita configura un abuso con inizio precoce che continua nella vecchiaia della vittima.⁹

⁶ World Health Organization (2014). Worldwide action needed to address hidden crisis of violence against women and girls. News release 21.11.2014. Disponibile al seguente link:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-women-girls/en/>

⁷ World Health Organization (2015). World report on ageing and health. Disponibile al seguente link:

<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

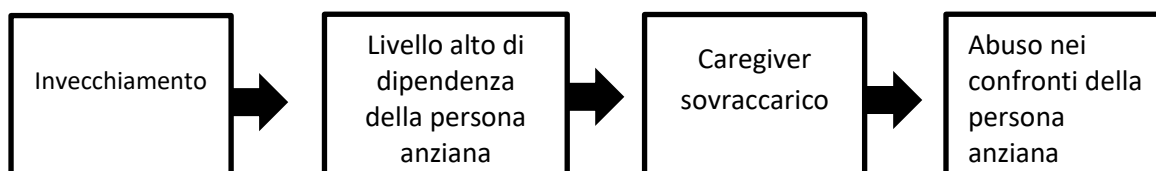
⁸ G. Zara & S. Gino (2018). Intimate Partner Violence and its Escalation Into Femicide. Frailty thy Name Is "Violence Against Women". *Frontiers in psychology*, 9, 1777.

⁹ C. Policastro & M. Finn. (2015). Coercive Control and Physical Violence in Older Adults: Analysis Using Data From the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Interpersonal Violence* May 14, 2015, 1–20.

Teorie sull'abuso

Le teorie rappresentano un modo sistematico di comprendere comportamenti, situazioni ed eventi. L'orientamento teorico non solo guida lo studio di una questione sociale, ma l'integrazione degli approcci teorici negli interventi pratici. Per poter intervenire pienamente, i professionisti devono comprendere il problema in esame in tutta la sua complessità. Le teorie più comuni volte a spiegare la violenza contro le persone anziane includono:

La teoria dello stress del caregiver si concentra sui familiari che si prendono cura di un adulto più anziano con bisogni assistenziali significativi. Senza supporto, il caregiver potrebbe non essere in grado di gestire adeguatamente le proprie responsabilità e diventare sopraffatto e frustrato, causando abusi. In molti casi, la persona su cui ricade l'onere di cura potrebbe non avere le conoscenze e le capacità per gestire una situazione particolare o potrebbe non essere consapevole del fatto che il suo comportamento potrebbe essere considerato abusivo. La teoria dello stress del caregiver è stata criticata per aver dato l'idea che la violenza può verificarsi perché la cura può essere troppo difficile¹⁰. Questo messaggio incolpa indirettamente le vittime di avere troppo bisogno di aiuto e può non far ricadere la responsabilità dei comportamenti abusivi sugli autori.



Fonte del grafico: Mathew e Nair (2017)¹¹

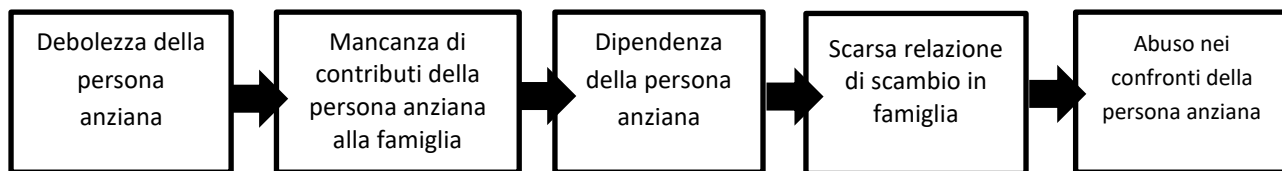
La teoria dello scambio sociale si concentra sullo scambio sociale all'interno di una relazione. Si basa sull'idea che l'interazione sociale implichi un'analisi costo e beneficio tra almeno due persone e che tutti gli individui coinvolti cerchino di massimizzare il beneficio ed eseguire azioni strumentali a ciò. Laddove questo equilibrio è messo in discussione e una parte ritiene di non ottenere una giusta ricompensa per i compiti eseguiti, per reazione può ricorrere ad abusi. Ad esempio, un figlio adulto che assiste un genitore può sentirsi autorizzato a trattenere parte della pensione.¹² Nella teoria dello scambio sociale applicata all'invecchiamento, la percezione della perdita di status e potere è associata al diventare anziani. Poiché le risorse diminuiscono con l'età (ad es. salute, reddito, ruoli nella comunità, capacità di lavorare per provvedere agli altri), è più probabile che gli anziani si trovino in scambi sociali disuguali o squilibrati. Queste relazioni squilibrate possono comportare uno svantaggio di potere, se nella persona anziana è richiesto di dipendere o far affidamento su altre persone per soddisfare i propri bisogni di base.¹³

¹⁰ B. Brandl & J. A. Raymond (2012). Policy Implications of Recognizing that Caregiver Stress Is Not the Primary Cause of Elder Abuse. *Generations – Journal of the American Society on Aging*. Fall 2012, Vol. 36. No. 3.

¹¹ A. Mathew and S. B. Nair (2017). Theoretical Perspectives on Elder Abuse: A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)* Volume 22, Issue 9, Ver. 4 (September. 2017).

¹² Y. Momtaz, T. Aizan Hamid & R. Ibrahim (2013). Theories and measures of elder abuse. *Review Article. Psychogeriatrics* 2013; 13: 182–188.

¹³ J. Dowd (1975). Aging as Exchange: A Preface to Theory. *Journal of Gerontology* 1975, Vol. 30, No. 5, pp. 584-594.



Fonte del grafico: Mathew e Nair (2017) ¹⁴

La teoria dell'apprendimento sociale ritiene che gli atti violenti derivino da comportamenti appresi e trasferiti attraverso il processo di modellizzazione in cui la persona ha imparato ad usare la violenza in un contesto precedente per risolvere i conflitti o ottenere il risultato desiderato. Ad esempio, un bambino ha imparato osservando la relazione dei genitori che un comportamento abusivo è un modo per ottenere ciò che si desidera. Nella violenza contro le persone anziane, un bambino maltrattato potrebbe abusare dei suoi genitori quando i ruoli di cura si capovolgono. Inoltre, quando un coniuge o partner violento si ammala o acquisisce una disabilità, il partner precedentemente abusato può iniziare ad abusare del coniuge o partner.¹⁵

Teoria del potere e del controllo, la teoria femminista mette in luce il potere e il controllo degli uomini sulle donne. Secondo questo approccio, la violenza degli uomini contro le donne non dovrebbe essere vista come arbitraria ma nel suo contesto sociale e culturale: tra le pratiche che gli uomini usano per mantenere le donne nella loro posizione subordinata, la violenza e gli abusi sono le forme di controllo più efficaci. Questa teoria si concentra sull'abuso sponsale come una dimensione significativa della violenza contro le persone anziane, in cui le donne anziane sono più vulnerabili perché tendono ad avere meno potere degli uomini.¹⁶

Il **Generational Intelligence Framework** (quadro d'intelligenza generazionale) offre una visione della violenza contro le persone anziane che incorpora sia le relazioni interpersonali che l'ambiente sociale. Biggs e Lowenstein (2011)¹⁷ definiscono l'intelligenza generazionale come "la capacità di riflettere e agire, che si basa sulla comprensione del proprio corso di vita, della propria storia familiare e sociale, collocata nel suo contesto sociale e culturale". Secondo questa teoria, gli atteggiamenti e le idee su altre generazioni e fasce di età vengono modellati dalla società e dalla cultura. Gli atteggiamenti sociali negativi nei confronti degli adulti più anziani sono riconosciuti come un permessore per la violenza, creando un contesto o uno spazio sociale che rende possibile questo eventuale comportamento. Nel contesto dell'intelligenza generazionale, la violenza contro le persone anziane è vista come una forma di relazione intergenerazionale danneggiata, a causa dell'età o di ambienti organizzativi disfunzionali.¹⁸

¹⁴ A. Mathew & S. B. Nair (2017). Theoretical Perspectives on Elder Abuse: A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala. IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS) Volume 22, Issue 9, Ver. 4 (September. 2017).

¹⁵ Y. Momtaz, T. Hamid and R. Ibrahim (2013). Theories and measures of elder abuse. Review Article. Psychogeriatrics 2013; 13: 182–188.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ S. Biggs & A. Lowenstein (2011). Generational Intelligence: A Critical Approach to Age Relations. London: Routledge. 1st edition.

¹⁸ Ibid.

La teoria del modello ecologico (teoria sociale ecologica) esplora la relazione tra fattori individuali e contestuali e spiega la violenza come il risultato di molteplici fattori influenti sul comportamento. La teoria ecologica è utile per comprendere la violenza contro le persone anziane perché offre un'ampia comprensione dei fattori di rischio, prevenzione e interventi in quanto si applica alla vittima anziana, all'autore del reato, al contesto di cura e al più ampio contesto sociale.

La teoria sociale ecologica è stata applicata come modello ecologico dall'OMS¹⁹ per esaminare le radici e i fattori di rischio della violenza nei confronti delle persone anziane. I seguenti sistemi potrebbero sovrapporsi dal momento che i fattori di rischio trovati in un sistema potrebbero far parte anche di altri sistemi:

- Microsistema (livello individuale) si riferisce alla relazione tra la persona anziana, il suo o la sua caregiver e la famiglia più prossima
- Mesosistema (livello relazionale) si riferisce alle relazioni tra la persona anziana e la comunità più ampia di cui fa parte
- Exosistema (livello comunitario) si focalizza sulle interazioni come quelle tra una persona anziana e il sistema dei servizi di cura nella comunità e nella società, e sull'impatto che ciò comporta sul loro benessere
- Macrosistema (livello societario) si riferisce alle credenze e alle attitudini rivolte alle persone anziane, ad esempio, il valore che viene attribuito agli anziani all'interno della società

La diversità della violenza nei confronti delle donne anziane

La prevalenza della violenza nei confronti delle persone anziane

È difficile stimare la prevalenza della violenza contro le persone anziane nella nostra società. Alcuni paesi hanno sviluppato meglio i sistemi di segnalazione mentre in altri i dati non sono ancora raccolti in modo sistematico. Complessivamente a livello europeo, il progetto DAPHNE III AVOW ha fornito i seguenti tassi di prevalenza degli abusi per le donne anziane di età pari o superiore a 60 anni nei paesi partecipanti (Austria, Belgio, Finlandia, Lituania e Portogallo): abbandono: 5,4 %; abuso emotivo: 23,6 %; abuso finanziario: 8,8 %; abuso fisico: 2,5 %; abuso sessuale: 3,1 %; violazione dei diritti: 6,4 %; abuso generale: 28,1 %.²⁰ I seguenti paragrafi affronteranno queste incidenze separatamente all'interno dei Paesi partner del progetto SAFE (Finlandia, Romania, Italia, Grecia, Portogallo) utilizzando risorse aggiuntive.

In **Finlandia**, i dati variano a seconda degli studi esaminati. In Kivelä et al. (1992)²¹ viene riportato che nella fascia di età che va dai 60 ai 75anni, il 9% delle donne e il 3% degli uomini ha subito abusi. In

¹⁹ Krug EG, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano 2002 (ed.). World Report on Violence and Health. World Health Organization. Geneva.

²⁰ Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²¹ S-L Kivelä et al. (1992). Abuse in old Age – Epidemiological Data from Finland. Journal of Elder Abuse and Neglect. 4(3). 1-18.

due comuni finlandesi, le percentuali crescono fino ad arrivare ad un 8,3 % per le donne e un 7,7% negli uomini nella fascia d'età superiore ai 75 anni. Il progetto di ricerca AVOW ha rilevato che il 25% delle donne finlandesi sopra i 60 anni e che vivono in casa ha subito episodi di violenza o abuso negli ultimi 12 mesi.²² Inoltre, le indagini basate sulla popolazione finlandese e nei paesi nordici rivelano percentuali che oscillano tra il 4% e il 6% delle persone anziane che subiscono qualche forma di abuso negli ambienti domestici e che l'abuso e l'abbandono nelle istituzioni possono essere più estesi di quanto si pensi.²³

In **Italia**, la prevalenza della violenza contro le persone anziane, in generale, può essere stimata solo da ricerche comparative condotte a livello europeo. Ad esempio, il Progetto ABUEL, Abuso e salute tra gli anziani in Europa (2012), utilizzando un campione di persone tra i 60-84 anni in Italia, ha riscontrato che il 13,4 % degli intervistati ha riferito di abusi, esclusi abbandono e negligenza.²⁴ Il campione non includeva gli anziani più vulnerabili o quelli che vivono in strutture residenziali e di altro tipo. Gli uomini hanno riportato cifre più elevate rispetto alle donne (60,7 % maschi; 39,3%, femmine). Le persone nella fascia di età compresa tra 70 e 74 anni hanno riportato i maggiori episodi di abuso.²⁵

In **Portogallo**, il primo studio nazionale su questo tipo di prevalenza, "Invecchiamento e violenza", ha indagato la prevalenza di abusi e abbandono delle persone anziane in contesti familiari per un periodo di 12 mesi. Lo studio è stato condotto attraverso un sondaggio telefonico di un campione probabilistico rappresentativo (N = 1.123). Complessivamente, in questo studio il 12,3% ha dichiarato di aver subito violenza come persona anziana in contesti familiari.²⁶ Nello studio AVOW²⁷ la prevalenza di abusi globali tra gli intervistati portoghesi è stata del 39,4%.

In **Grecia**, non ci sono dati ufficiali riguardanti le vittime anziane di violenza domestica o dati riguardanti la violenza contro le persone anziane in generale. Secondo lo studio ABUEL,²⁸ la prevalenza di abusi in Grecia negli ultimi 12 mesi è stata segnalata nel seguente modo: abuso psicologico al 13,2%, abuso fisico al 3,4%, abuso sessuale all'1,5%, abuso finanziario al 4 % e lesioni all'1,1%. Lo stesso studio afferma che in Grecia le donne hanno riportato cifre più elevate in tutti i tipi di abusi e lesioni rispetto agli uomini.

²² M-L. Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²³ M-L Luoma & M. Koivusilta, (2010) Literature review, Finland and the Nordic countries. National Institute for Health and Welfare, Finland.

²⁴ Di Rosa et al. (2015). Mistreatment of older persons in Europe and in Italy Results from the ABUEL study. CAREGIVER DAY 2015 Prevenire l'Abuso verso gli Anziani Carpi (MO). Carpi.

²⁵ Ibid.

²⁶ A.P. Gil et al. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. Journal of Elder Abuse and Neglect 2015;27(3):174-95.

²⁷ M-L. Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²⁸ J. Soares et al. (2010). Abuse and Health among elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.

In **Romania** mancano dati sulla prevalenza della violenza contro le persone anziane. Tuttavia, il sondaggio Eurobarometro²⁹ ha rilevato che la Romania è l'unico paese dell'UE in cui la maggioranza della popolazione (86%) ritiene che il maltrattamento, l'abbandono e l'abuso degli anziani siano diffusi a livello nazionale. La Romania si è anche classificata ai primi posti in termini di rischio percepito di maltrattamenti degli anziani in generale. L'84% della popolazione rumena ritiene che le persone anziane vivano in condizioni sfavorevoli, l'86% ritiene che le persone anziane non abbiano attenzione ai loro bisogni fisici, mentre l'84% ritiene che le persone anziane ricevano cure inadeguate. Infine, il 76% pensa che le persone anziane siano psicologicamente maltrattate e il 71% pensa che siano anche maltrattate fisicamente.

Forme di violenza nei confronti delle persone anziane

Le forme di violenza nei confronti delle persone anziane come classificate dall'OMS (2002)³⁰ includono:

- **Abuso fisico** – l'inflizione di dolore o lesioni, coercizione fisica, o contenimento fisicamente indotto o indotto per mezzo di sostanze. L'abuso fisico può includere percosse, schiaffi, spinte, calci, sputi, uso inappropriato delle terapie mediche, restrizioni o sanzioni inappropriate.
- **Abuso psicologico o emotivo** – l'inflizione di abuso psicologico, abuso verbale, privazione dei contatti, umiliazione, colpevolizzazione, controllo, intimidazione, coercizione, molestia, isolamento o ritiro dai servizi e dalle reti di supporto.
- **Abuso materiale o finanziario** – sfruttamento illegale o improprio di fondi o risorse. Questo può includere furto, coercizione, frode, sfruttamento, pressioni su disposizioni testamentarie o riguardanti proprietà, possessi o benefici.
- **Abuso sessuale** – contatto non consensuale o un approccio sessuale anche non fisico di qualsiasi tipo diretto alla persona anziana. La violenza sessuale può essere la continuazione di una violenza domestica nell'invecchiamento. Può comprendere anche atti incestuosi nei confronti della persona anziana.
- **Negligenza/abbandono** – rifiuto sia intenzionale che non intenzionale o fallimento nell'adempiere ai doveri di cura. Ad esempio, ignorando le prescrizioni e i bisogni medici e i bisogni di cura fisici, fallimento nel fornire accesso a cure appropriate, assistenza sociale e servizi educativi, il rifiuto dei bisogni vitali, come medicine, adeguato nutrimento e riscaldamento, mancato fornimento di attrezzature adeguate.

²⁹ European Commission, Special Eurobarometer 283 (2007) Health and long-term care in the European Union. Disponibile al seguente link: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

³⁰ World Health Organization (2002). World report on violence and health. Geneva:WHO. Disponibile al link: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/

Caratteristiche specifiche della violenza nei confronti delle donne anziane

La maggior parte della letteratura sulla violenza nei confronti delle persone anziane non presta particolare attenzione al genere. Tuttavia, molti ricercatori criticano l'uso di termini neutri dal punto di vista del genere come "abuso sugli anziani" a causa delle circostanze speciali e delle sfide che le donne anziane affrontano in qualità di vittime di violenza. Vi è una mancanza di visibilità delle donne anziane anche nel dibattito pubblico femminista sulla violenza contro le donne.³¹

Tradizionalmente vi è un divario tra assistenza agli anziani, violenza domestica e servizi dedicati alle donne anche nella pratica: i servizi di assistenza agli anziani non prestano attenzione al genere delle vittime e i servizi a supporto delle donne non prestano attenzione alle donne anziane come vittime. In termini di caratteristiche del fenomeno, le stesse tendenze principali si applicano alle popolazioni più anziane rispetto a quelle più giovani. Il potere e il controllo svolgono un ruolo centrale nella violenza contro le donne anziane: queste hanno generalmente maggiori probabilità rispetto agli uomini di essere vittime della violenza e la maggior parte degli autori sono uomini. La disuguaglianza e la discriminazione subite dalle donne si intensificano con la vecchiaia.³²

In particolare, le donne anziane affrontano discriminazioni cumulative: subiscono discriminazioni dovute al loro genere nel corso della vita e quando invecchiano devono affrontare anche l'ageismo. Le donne anziane vittime di violenza affrontano il triplo pericolo di far parte di tre diversi gruppi emarginati: sono anziane, vittime e donne.³³ Il modulo 2 descriverà in modo più approfondito le sfide e le conseguenze che affrontano le donne anziane quando sono vittime di violenza.

Oltre alle forme sopra definite, le persone anziane possono anche incontrare forme di violenza generalmente considerate riguardanti principalmente le fasce d'età più giovani, come il controllo coercitivo come forma di violenza intima del partner, molestie sessuali e stalking. Queste forme di violenza riguardano in particolare le donne anziane.

- Il **controllo coercitivo** è un modello di comportamento che comporta l'uso da parte del partner abusivo della violenza fisica e delle tattiche correlate, come l'isolamento, l'abuso emotivo e/o economico, come mezzo per mantenere il controllo su tutti gli aspetti della vita del/la proprio/a partner. La vittima diventa prigioniera in un mondo irrealista creato dall'aggressore, intrappolato in un mondo di confusione, contraddizione e paura. Questo tipo di violenza segue schemi di comportamento regolari.³⁴
- Le **molestie sessuali** sono approcci sessuali indesiderati, richieste di favori sessuali e altri comportamenti verbali o fisici di natura sessuale.

³¹ UN DESA Division for Social Policy and Development (2013). Neglect, abuse and violence against older women. United Nations. Disponibile al link: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf>

³² P. Brownell (2014). Neglect, abuse and violence against older women: Definitions and research frameworks. Review article. SEEJPH 2014, posted: 13 January 2014.

³³ B. Penhale (2003). Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse: A Review of Commonalities, Differences, and Shared Approaches. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15: 3-4, 163-183.

³⁴ S. Walby & J. Towers (2018). Untangling the concept of coercive control: Theorizing domestic violent crime. *Criminology & Criminal Justice* 2018, Vol. 18(1) 7–28.

- Lo **stalking** è un'attenzione indesiderata o ossessiva. I comportamenti di stalking sono correlati alle molestie e alle intimidazioni e possono includere pedinamenti della vittima o il loro monitoraggio.

Perpetratori di donne anziane

Le ricerche hanno dimostrato che oltre il 50% degli autori di crimini nei confronti di donne anziane sono coniugi o partner. Al contrario, gli operatori sociali e sanitari spesso considerano più frequentemente i figli adulti come autori. Questo malinteso è probabilmente dovuto al fatto che i figli adulti identificati come autori hanno spesso problemi di salute mentale e/o di abuso di sostanze e quindi sono o diventano a loro volta utenti presi in carico dai servizi sociali e sanitari.

Il tasso di prevalenza per tipo di autore nello studio effettuato da AVOW ha classificato le differenze per tipo di abuso. La categoria più diffusa di autori nella categoria degli abusi fisici e sessuali, come negli studi VPI su donne adulte di tutte le età, è rappresentata dal coniuge o partner (rispettivamente 50,7% e 55,4%). I coniugi o partner rappresentano anche la categoria più diffusa di autori di abusi emotivi (43,9%) e violazione dei diritti (59%). Inoltre, coniugi e partner sono la categoria più diffusa di responsabili di abusi finanziari (33,7%), seguita da figli, generi e nuore (28,7%). La categoria più diffusa di responsabili di abbandono, tuttavia, è rappresentata da figli, generi o nuore nel 40,6% dei casi, seguiti da coniuge o partner (17,3%), operatori assistenziali (15,8%) e da altri membri della famiglia (15,5%).

L'approccio basato sui diritti umani e sui diritti delle donne

La violenza nei confronti delle persone anziane è una forma di violazione dei diritti umani. In particolare, diverse forme di abuso possono incidere sulla violazione dei diritti umani come il diritto all'autonomia, la libertà, la privacy. Contemporaneamente, le violazioni dei diritti delle persone anziane possono essere viste come una forma di abuso a sé. I professionisti, i ricercatori e i governi stanno gradualmente acquisendo una maggiore consapevolezza rispetto alla necessità di dover cambiare le politiche sociali da una prospettiva basata sui bisogni ad una basata sui diritti umani per poter combattere efficacemente i trattamenti non dignitosi e le pratiche crudeli nei confronti delle persone anziane. Di conseguenza, i diritti umani stanno diventando il punto fondativo delle pratiche di prevenzione nell'abuso nei confronti delle persone anziane.

I diritti umani rappresentano lo standard minimo richiesto per tutti gli individui per vivere in dignità ed essere trattati con rispetto. Sono garanzie legali che proteggono gli individui e i gruppi contro le violazioni delle loro libertà fondamentali, della dignità e dei propri diritti. Comprendono sia diritti che obblighi. Gli stati assumono obblighi e doveri nel rispetto delle leggi di diritto internazionale al fine di proteggere e garantire i diritti umani.

La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (ONU) nel 1948, è la fonte più importante per i diritti umani a livello internazionale. L'idea di base della Dichiarazione viene enunciata nell'Articolo 1, che sancisce che tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Tra i diritti inclusi nella dichiarazione ricordiamo il diritto alla vita,

alla libertà, ad un giusto processo, alla proprietà, all'educazione, alla partecipazione politica, al lavoro e al tempo libero.

All'Articolo 2, la dichiarazione inoltre promuove la non discriminazione e l'uguaglianza stabilendo che *“Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna”*. Nonostante la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani venga applicata a tutte le persone indipendentemente dall'età, l'età non viene esplicitamente elencata come criterio per cui si proibisce la discriminazione. Ad oggi, non esistono convenzioni specifiche a livello internazionale o nazionale sul tema dei diritti delle persone anziane, complicando notevolmente la prevenzione della violenza contro questo gruppo sociale.

Tuttavia, esistono altre convenzioni e strumenti che proteggono i diritti umani di altri gruppi specifici o vulnerabili. Tra questi, possiamo elencare i bambini, le persone disabili e le donne. La Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) è stata adottata dall'ONU nel 1979 ed è entrata in vigore nel 1981. Nel 2011, la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul) è il primo strumento legale che stabilisce standard a cui gli Stati Membri si obbligano ad adeguarsi per prevenire la violenza basata sul genere. Dall'anno della sua entrata in vigore, nel 2014, gli Stati hanno l'obbligo di prendere misure per prevenzione della violenza contro le donne, proteggere le vittime e perseguire gli autori.³⁵ La non discriminazione è un principio trasversale nella normativa internazionale sui diritti umani. L'ageismo e il sessismo, la stereotipizzazione e la discriminazione contro individui o gruppi sulla base dell'età e del sesso, crea un contesto dove la violenza contro le persone anziane è permessa. Di conseguenza, in una società che rispetta i diritti umani di tutte le persone, l'ageismo va affrontato ad un livello sistematico e il contrasto ad esso va utilizzato come principio guida per sviluppare buone pratiche contro la violenza delle persone anziane. In aggiunta ai vari strumenti internazionali, come ad esempio il progetto di una Convenzione sui Diritti delle Persone Anziane, e alle azioni intraprese a livello nazionale, occorrono applicazioni pratiche contro l'ageismo e il sessismo anche a livello individuale, familiare e comunitario. I professionisti del settore sociale e sanitario sono in una posizione chiave per proteggere le donne anziane da trattamenti che potenzialmente possono violare i loro diritti umani, e possono inoltre emanciparle nel riconoscere ed utilizzare i loro diritti per migliorare il loro benessere.

Per maggiori informazioni sui diritti umani delle persone anziane vedi: M. O' Brian et al. (2019). *My Human Rights, My Well-Being*. Un booklet del progetto Two Moons, disponibile al link: <https://twomoons.eu/outputs/>

³⁵ Council of Europe (2019). Treaty No.210. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Disponibile al link: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>

Modulo 2: Lavorare con le vittime anziane

Temi

- La sofferenza a lungo termine e le sue conseguenze
 - o Il trauma causato dalla violenza alle donne anziane
- Il processo della richiesta d'aiuto e le sfide delle vittime anziane di violenza domestica
 - o Perché le donne anziane non se ne vanno?
- Lavorare con le donne anziane
 - o Fattori di rischio, sintomi, segnali di rischio di violenza nelle donne anziane
 - o Pronto soccorso psicologico

Risultati di apprendimento

I partecipanti

- comprendono il trauma a lungo termine (Disturbo post-traumatico da stress - DPTS) causato dalla violenza e dagli effetti che produce sul comportamento della vittima anziana
- sono in grado di riconoscere i segnali di violenza nelle vite delle donne anziane
- migliorano le proprie pratiche operative con le donne anziane vittime di violenza o che sono a rischio di violenza
- sono in grado di promuovere lo sviluppo qualitativo dei servizi dal punto di vista dei bisogni delle donne anziane

Messaggi chiave

- Comprendere il Disturbo da stress post-traumatico nelle persone anziane come conseguenza di violenze a lungo termine è un elemento chiave nel lavoro dei professionisti
 - o Come influenza il comportamento della persona anziana
 - nel cercare aiuto
 - nel modo in cui riceve aiuto
 - nella capacità di apportare cambiamenti alle loro vite
 - o Quali sono le sfide per i professionisti
- Riconoscere i fattori di rischio per la prevenzione della violenza è cruciale (prevenzione primaria)

Metodi di apprendimento suggeriti

Esercizio 8: Disturbo da Stress Post-traumatico (DSPT) e interazioni tra vittima e professionista

Esercizio 9: Analisi della situazione di cura nella famiglia

Esercizio 10: Analisi dei rischi

Esercizio 11: Pronto soccorso psicologico

Esercizio 12: Conversazioni sicure in caso di sospetto abuso

La sofferenza a lungo termine e le sue conseguenze

Il trauma individuale può essere definito come risultante *“da un evento, una serie di eventi o da una serie di circostanze vissute da un individuo come fisicamente o emotivamente dannose o pericolose per la vita e che comportano effetti negativi duraturi sul funzionamento e sul benessere mentale, fisico, sociale, emotivo o spirituale dell'individuo”*.³⁶

L'esperienza individuale di questi eventi o circostanze può variare enormemente. La modalità in cui l'evento viene vissuto può essere legata a diversi fattori, ad esempio alle credenze culturali, alla disponibilità di supporto sociale e all'età dell'individuo. Entrambi gli aspetti dell'evento traumatico, il contesto in cui si verifica e le caratteristiche individuali della persona, influenzano il rischio di quest'ultima di sviluppare problematiche psicologiche come conseguenze del trauma subito. La violenza interpersonale tende ad essere più traumatica rispetto agli eventi legati a disastri naturali poiché è maggiormente distruttiva rispetto al senso di fiducia e attaccamento, e tipicamente è percepita come intenzionale.³⁷ Gli effetti dannosi possono verificarsi immediatamente o essere ritardati e la durata di questi può essere breve o a lungo termine. Le possibili conseguenze fisiche e psico-sociali della violenza e degli abusi sono numerose e varie ma spesso includono:

Conseguenze cognitive ed emotive

- Deterioramento cognitivo/ incremento del rischio di sviluppare forme di demenza
- Depressione, ansia
- Disturbo da stress post-traumatico
- Pensieri suicidi/tentativi di suicidio
- Aumento del rischio di sviluppare paure e reazioni legate all'ansia
- Impotenza appresa

Conseguenze sulla salute fisica

- Aumento del rischio di sviluppare una malattia cronica
- Inasprimento di condizioni di salute preesistenti
- Maggiore suscettibilità alle nuove malattie
- Problemi di nutrizione e idratazione
- Disturbi del sonno
- Abuso di sostanze
- Ferite, tagli, lividi e ossa rotte
- Problemi alle ossa e ai legamenti

³⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2014. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

³⁷ International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Trauma Faq's. Copyright © 2004-2018 by ISSTD. <http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=75>.

- Problemi digestivi
- Dolore cronico e indolenzimento
- Pressione alta o problemi cardiaci
- Aumento del rischio di morte prematura

Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)

Il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) è un disturbo d'ansia causato da eventi molto stressanti, spaventosi o angoscianti. È una condizione di salute mentale caratterizzata dall'esperienza di un evento traumatico e dal conseguente impatto psicologico così grave da compromettere la normale funzione per un lungo periodo di tempo. Lo shock emotivo iniziale, la paura, l'ansia, la tristezza e la rabbia possono diminuire nel corso dei mesi, ma il DSPT può persistere per decenni. Con l'invecchiamento, le persone che soffrono di DSPT, spesso sperimentano un aumento dei sintomi, che possono emergere o riemergere. I tre gruppi di sintomi comuni al DSPT sono: rivivere ripetutamente l'evento traumatico attraverso incubi o flashback, evitamento di situazioni correlate al trauma e aumento dell'ansia. Inoltre, a seguito di un evento traumatico possono manifestarsi anche comportamenti autodistruttivi, come alcolismo, abuso di sostanze, autolesionismo e tendenze suicide.

Il processo di richiesta di aiuto e le sfide delle donne anziane vittime di violenza domestica

Uno studio europeo³⁸ ha esaminato in cinque Paesi europei il comportamento adottato per la ricerca di aiuto di donne anziane che hanno subito violenza. Mentre il 30,1% delle donne anziane ha riportato almeno una esperienza di abuso vissuta nell'ultimo anno, meno della metà delle vittime ne ha parlato in contesti informali o ha denunciato il fatto ad una agenzia formale. Le vittime di abuso da parte dei propri partner o coniugi sono la categoria che è risultata avere l'atteggiamento maggiormente passivo nella ricerca d'aiuto. Le donne anziane possono trovarsi ad affrontare diverse barriere nel cercare aiuto:³⁹

- **Attitudini e credenze:** le vittime anziane di violenza potrebbero non essere credute quando parlano della loro esperienza di violenza domestica. Inoltre, ci sono pregiudizi legati al fatto che una persona matura sia più abile nel gestire gli abusi.
- **Barriere legate alle emozioni:** la paura di essere lasciati soli dopo molti anni (o decenni) di matrimonio o di relazioni a lungo termine; la paura dell'ignoto (alcune vittime anziane non hanno mai vissuto da sole); la paura di "ricominciare"; sentimenti di vergogna in relazione all'esposizione della propria esperienza di abuso agli altri; e infine, sentimenti di lealtà, senso di colpa e cura nei confronti dell'autore degli abusi.

³⁸ I. Tamutiene et al. (2013). Help seeking behaviour of abused older women (Casi da Austria, Belgio, Finlandia, Lituania e Portogallo). *Filosofija. Sociologija*. 24. 217-225.

³⁹ M. Rogers (2016). Barriers to help-seeking: older women's experiences of domestic violence and abuse. Briefing note. Disponibile al seguente link: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/41328/>

- **Gestire la violenza:** molte delle vittime anziane sviluppano negli anni meccanismi di gestione della violenza e la accettano come la normalità e come una parte della vita quotidiana.
- **Responsabilità di cura:** Lo status e il ruolo della vittima e dell'autore in termini di cura, malattia e bisogno di assistenza rappresenta una barriera per alcuni; il preconetto vuole che l'altra persona non sarebbe in grado di gestirsi senza il suo caregiver.
- **Avere troppo da perdere:** La perdita in termini di relazioni interrotte con un/a figlio/a adulto o con i nipoti, ma anche con gli animali domestici e il ruolo che questi hanno nella vita di una persona anziana possono impedirle di andarsene.
- **Stigma e imbarazzo:** Impediscono alle vittime anziane di contattare servizi o di parlare dell'abuso ai propri medici. Alcune vittime anziane non vogliono effettuare accessi ai servizi o condividere la loro esperienza con vittime più giovani.
- **Servizi inadatti o mancanti:** Molte donne anziane ritengono che i servizi siano inappropriati o che non siano adatti a loro; che siano diretti a coloro che hanno subito solamente violenza fisica o ritengono che non sarebbero accettate in quell'ambiente.

Perché le donne anziane non se ne vanno?

Nonostante possano esserci varie ragioni individuali per cui una donna anziana decida di rimanere in una relazione abusiva, le ricerche hanno rilevato alcuni tratti comuni. In aggiunta alle barriere sopra citate, possono contribuire alla situazione anche i seguenti effetti:^{40 41}

Effetto coorte

La generazione di donne sopra i 55 anni di età che ha cresciuto i propri figli durante gli anni sessanta e settanta del novecento condivide i seguenti tratti: hanno avuto una educazione che spesso ha rafforzato i ruoli di genere tradizionali, tra cui la sottomissione delle donne, il matrimonio come legame permanente e il divorzio come tabù, l'importanza della privacy in materia familiare, un forte impegno per la lealtà e la solidarietà familiare e la non ricerca di aiuto rivolta ai professionisti

Effetto del periodo

Si intende l'influenza della storia, degli eventi e delle circostanze esterne all'individuo:

- ignoranza individuale e istituzionale riguardo all'abuso, alla violenza domestica, sui minori e contro le persone anziane poiché non viene discussa o riconosciuta.
- nate prima del 1950, molte di loro sono cresciute in un periodo in cui le donne non erano incoraggiate all'educazione e l'indipendenza.

⁴⁰ T. Zink et al. (2003). Cohort, Period, and Aging Effects. A Qualitative Study of Older Women's Reasons for Remaining in Abusive Relationships. *Violence Against Women*, Vol. 9 No. 12, December 2003 1429-1441.

⁴¹ S. Straka & L. Montminy (2006). Responding to the Needs of Older Women Experiencing Domestic Violence. *Violence Against Women*, Volume 12 Number 3, March 2006, p. 251-267.

Barriere finanziarie

- molte di loro non avevano lavori retribuiti quando erano giovani, e spesso anche donne non ancora in età da pensione potrebbero essere disoccupate, sia a causa dell'ageismo sia a causa della mancata esperienza lavorativa.

Stigma e vergogna

- Le donne anziane potrebbero provare vergogna o imbarazzo nell'aver subito abusi dai propri partner e potrebbero vergognarsi di averli sopportati e tollerati per molto tempo. Coloro che iniziano una nuova relazione nell'età adulta possono sentirsi in imbarazzo e provare vergogna nell'ammettere di aver subito un errore.

In linea con le considerazioni di cui sopra, i professionisti dovrebbero riconsiderare cosa significa ottenere risultati positivi nel contesto della violenza contro le donne anziane. L'obiettivo di allontanare le donne anziane dalle loro famiglie non è spesso la soluzione migliore o più desiderabile per la vittima. Prevenire la vittimizzazione e ridurre il rischio possono essere esiti più desiderabili per le donne anziane che subiscono violenza rispetto a rimuoverle da contesti violenti.⁴²

Fattori di rischio, segni e segnali di violenza contro le donne anziane

La comprensione dei fattori di rischio è la base per un'efficace prevenzione della violenza contro le donne anziane. Un fattore di rischio è una condizione o caratteristica che aumenta il rischio o la vulnerabilità di una persona al danno. Il genere è un fattore di rischio significativo in sé, poiché i ruoli familiari, sociali e culturali delle donne contribuiscono a squilibri di potere e cambiamenti nel controllo che possono aumentare il rischio di abuso. Esistono fattori di rischio a diversi livelli: livello individuale (vittima o colpevole), livello relazionale e del contesto più ampio in cui vivono gli anziani. I principali fattori di rischio ad ogni livello includono:⁴³

Livello individuale – persona anziana/vittima	Livello individuale – autore o autrice delle violenze	Livello relazionale	Contesto – comunità e società
Deterioramento cognitivo, malattia psichiatrica e problemi psicologici e comportamentali;	Malattia psichiatrica o problemi psicologici, inadeguate capacità di <i>coping</i> ; Esposizione agli abusi nell'infanzia	Disarmonia familiare, relazioni povere o conflittuali tra i membri della famiglia; Alti livelli di dipendenza finanziaria e/o emotiva	Mancanza di supporto sociale/formale per persone anziane o caregiver o mancanza di informazioni sui servizi di supporto;

⁴² National Institutes of Health (2015). NIH Workshop: Multiple Approaches to Understanding and Preventing Elder Abuse and Mistreatment. Disponibile al seguente link: https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/d7/nih_workshop_on_multiple_approaches_to_understanding_and_preventing_elder_abuse_final.pdf

⁴³ S. Perttu (2018): WHOSEFVA Training Materials. Daphne project 2016-2018. <http://whosefva-gbv.eu/>

<p>Cattiva salute fisica, dipendenza funzionale;</p> <p>Basso reddito o pensione;</p> <p>Esperienze passate di abuso e traumi correlati</p>	<p>Scarsa qualità di relazione tra caregiver e persona anziana;</p> <p>Oneri di cura o stress;</p> <p>Assunzione di responsabilità assistenziali in tenera età e preparazione inadeguata per l'adempimento di tali doveri;</p>	<p>di una persona vulnerabile e anziana nei confronti del/la propria caregiver o viceversa;</p> <p>Passato di comportamento distruttivo della persona anziana;</p> <p>Mancanza di assistenza adeguata per i familiari;</p>	<p>Elevati livelli di tolleranza e accettazione di comportamenti aggressivi;</p> <p>Elevati livelli di autonomia decisionale nell'ambito dei servizi sanitari e sociali e mancanza di standard nella prestazione di servizi;</p> <p>Ageismo e atteggiamenti negativi nei confronti degli anziani.</p>
---	--	--	---

I segnali a cui i professionisti del settore sanitario e sociale dovrebbero prestare attenzione quando incontrano una persona anziana, in particolar modo se anche disabile, includono:⁴⁴

Segnali di negligenza

- Mancanza di igiene di base
- Mancanza di cibo adeguato
- Mancanza di ausili medici (occhiali, deambulatore, dentiera, apparecchio acustico, farmaci)
- Mancanza di indumenti puliti e adeguati
- Persona con demenza che rimane incustodita
- Persona legata a letto e lasciata senza cure
- Casa disordinata, sporca, in rovina o con rischi di incendio e di sicurezza
- Casa senza strutture adeguate (piano cottura, frigorifero, riscaldamento, raffreddamento, impianto idraulico a norma ed elettricità)
- Piaghe da decubito non trattate

Segnali di abuso finanziario

- Mancanza di servizi che la vittima potrebbe ragionevolmente permettersi
- La persona anziana offre denaro o ricompense non appropriate in cambio dell'assistenza e della compagnia di cui ha bisogno
- Il caregiver ha il controllo del denaro degli anziani, ma non provvede ai loro bisogni
- Il caregiver vive con le risorse della persona anziana
- Una persona anziana ha siglato disposizioni patrimoniali (procura, nuovo testamento, ecc.) quando non era in grado di comprendere ciò che stava firmando

⁴⁴ Center of Excellence on Elder Abuse and Neglect (2019). Red flags of abuse. University of California, Irvine. Disponibile al link: <http://www.centeronelderabuse.org/red-flags-of-elder-abuse.asp>

Segnali di abuso psicologico/emotivo

- Il caregiver isola l'anziano (non consente a nessuno di entrare in casa o parlare con l'anziano)
- Il caregiver è verbalmente aggressivo o umiliante, controllante, eccessivamente preoccupato di spendere soldi o disinteressato alla persona anziana

Segnali di abuso fisico

- Fratture, contusioni, lividi, tagli, ferite o ustioni spiegati in modo inadeguato

Segnali generali:⁴⁵

- Spiegazioni non plausibili/vaghe
- Ritardo insolito nella ricerca di cure
- Lesioni non spiegabili - passate o presenti
- Storie incoerenti
- Improvvisi cambiamenti nel comportamento

Principi per una conversazione sicura in caso di sospetto abuso:⁴⁶

- Crea un ambiente sicuro per una conversazione
- Parla con il cliente/utente/paziente e il caregiver o parente separatamente
- Stabilisci una relazione di fiducia
 - rispetto reciproco
- Usa parole delicate e non giudicanti per aiutare la persona a rilassarsi
 - Si raccomanda di utilizzare frasi con la prima persona singolare: "Secondo la mia esperienza molte donne soffrono di..."

Parlare direttamente della violenza potrebbe non essere sempre produttivo a causa dello stigma e della vergogna legati al fenomeno. Le domande che i professionisti possono porre alle donne anziane per valutare la situazione includono:

- Come vanno le cose a casa / nella struttura residenziale?
- Come passi le tue giornate?
- Come ti senti riguardo alla quantità di aiuto che stai ricevendo a casa / nella struttura residenziale?
- Come pensi che tuo (marito / figlia / altro caregiver) stia?
- Hai tutto il necessario per prenderti cura di te?

⁴⁵ L. Mosqueda (2015). Medical aspects of elder abuse. University of California, Irvine School of Medicine. Webinar dated January 12, 2015.

⁴⁶ K. Glasgow & J. Fanslow (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health. Available at: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect.pdf>.

Cose importanti che i professionisti devono ricordare quando lavorano con donne anziane:⁴⁷

- Non confondere la combinazione tra reazione al trauma unite e disabilità (ad es. compromissione dell'udito/vista, afasia) per senilità;
- Essere consapevoli del fatto che le donne anziane possono elaborare le informazioni più lentamente degli adulti più giovani e impiegare più tempo a esprimere i propri pensieri in parole
 - Fornire tempo sufficiente per rispondere
 - questo è un normale cambiamento relativo all'età, e non dovrebbe essere visto come una prova di scarsa capacità
- Evitare espressioni di disgusto, orrore o rabbia in risposta al racconto dell'abuso
- Identificare i punti di forza e le abilità della vittima e utilizzarli come punto di partenza.
- Offrire speranza. Concentrarsi sull'offrire strategie che promuovano la sicurezza delle vittime e rompano l'isolamento, supportare le decisioni delle vittime e fornire informazioni utili aggiuntive
- Supportare qualsiasi decisione presa dalla vittima: rimanere, andare via o andare via e poi tornare a una relazione violenta.
- Le donne anziane potrebbero aver bisogno di sostegno a lungo termine, nonché di aiuto pratico e supporto emotivo da parte di operatori di servizi diversi.

Domande che i professionisti possono usare per sostenere l'autodeterminazione della vittima:⁴⁸

- Cos'è più importante per te?
- C'è qualcosa di cui vorresti saperne di più?
- Chi può aiutarti tra i tuoi familiari o amici?
- Cosa speri che succeda?
- Quali sono le tue paure?
- Di cosa hai bisogno/cosa ti aspetti da parte dei professionisti?

Pronto soccorso psicologico

Molte vittime anziane che hanno vissuto esperienze traumatiche acute, come ad esempio una violenza, mostrano sintomi connessi ad un lungo periodo di sofferenza da disturbo da stress post-traumatico (DSPT), come descritto precedentemente. Il pronto soccorso psicologico rappresenta un modo/metodo per assistere persone nel momento immediatamente successivo ad un evento

⁴⁷ M. Scott (2008). Older Women and Domestic Violence in Scotland. University of Edinburgh. Disponibile qui: <https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/2776/owdvupdate.pdf;sequence=1>.

⁴⁸ Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Tips from the RNAO Best Practice Guideline and eLearning course. Disponibile qui: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Booklet-RNAO-web.pdf>

traumatico per ridurre lo stress iniziale e per supportare un funzionamento adattivo a breve e a lungo termine.⁴⁹

Il pronto soccorso psicologico può essere utilizzato dopo un evento critico appena accaduto o recente come primo contatto con la persona in difficoltà. Tuttavia, a volte viene utilizzato giorni o settimane dopo un evento, a seconda della durata dell'evento e della sua gravità. In molti casi la violenza contro le persone anziane è perdurata anni prima che le vittime contattassero i servizi di supporto. In questi casi il pronto soccorso psicologico risulta utile anche come inizio del processo di recupero. Il pronto soccorso psicologico offre sia il supporto sociale che psicologico, ma non sostituisce il colloquio psicologico professionale. È una forma di supporto che può essere offerta sia da psicologici che da altri operatori dopo una breve formazione.

Principi guida del pronto soccorso psicologico⁵⁰

- Fornire cure fisiche immediate e mettere in sicurezza: un aiuto organizzato efficacemente e fornito il prima possibile, migliora la prognosi
- Valutare/rispondere ai bisogni essenziali (ad esempio cibo e acqua, coperte)
- Mostrare comprensione per le reazioni di shock che possono causare ad es. vergogna, senso di colpa; fornire informazioni di base sulle reazioni più comuni allo stress
- Fornire assistenza pratica (ad es. abitativa, finanziaria); può aumentare il senso di emancipazione e di speranza e ripristinare la dignità
- Esercitare l'ascolto attivo: dare la possibilità di parlare senza che la persona si senta pressata a farlo
- **NON** parlare di sentimenti profondi emersi a seguito dell'evento traumatico o di dettagli di esperienze traumatiche o di perdite
- Confortare le persone e aiutarle a sentirsi sicure e tranquille
- Promuovere la speranza
- Trasmettere sincera compassione
- Discutere le strategie di *coping*; permettere alle persone di gestire il trauma a loro modo;
- Valutare il rischio (incluso il rischio di suicidio o di mettere in pericolo altre persone)
- Proteggere da ulteriori danni

⁴⁹ J. Bisson & C. Lewis (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. World Health Organization.

⁵⁰ Ibid.

Modulo 3: Procedure pratiche

Temi

Pratiche promettenti nell'identificazione, disamina e trattamento delle vittime anziane di violenza domestica

- valutazione/domande di routine
- esame obiettivo e documentazione ad opera dei professionisti sanitari

Cooperazione multi-agenzia

- come costruire una cooperazione di fiducia tra diverse agenzie

Salvaguardia e protezione delle vittime anziane

- Piani di sicurezza per le donne anziane vittime di violenza

Risultati dell'apprendimento

I partecipanti

- comprendono gli aspetti sanitari legati all'identificazione della violenza contro le donne anziane
- comprendono le procedure della visita medica effettuata per appurare se la persona anziana sia stata vittima di un episodio di violenza
- conoscono l'importanza della cooperazione e della fiducia tra diverse agenzie e sono in grado di contribuire a costruirla
- comprendono cosa sia la tutela e sono in grado di stilare un piano di sicurezza

Messaggi chiave

- Nel valutare i segni di una possibile violenza contro una persona anziana è importante prendere in considerazione i cambiamenti naturali del processo di invecchiamento, i medicinali assunti e l'insorgere di malattie
- La cooperazione multi-agenzia e la cooperazione multi-professionale rappresentano un aspetto essenziale nella prevenzione della violenza contro le persone anziane
- L'aspetto della sicurezza è un aspetto vitale; in quanto tale, dovrebbe essere preso in considerazione ad ogni passaggio effettuato dai professionisti che lavorano con le donne anziane.
 - La sicurezza della vittima dovrebbe essere tenuta presente anche durante la condivisione dei suoi dati e nell'eventualità di un invio mirato ad altri professionisti o agenzie.

Metodi di apprendimento suggeriti

Esercizio 13: Mappatura delle parti interessate (*stakeholder*)

Esercizio 14: Conoscere le altre organizzazioni e costruire un elenco di contatti utili

Esercizio 15: Pianificare la sicurezza – La storia di Saara

Pratiche promettenti nell'identificazione, disamina e trattamento delle vittime anziane di violenza domestica

Migliorare la capacità di identificare le persone anziane che subiscono abusi dovrebbe essere una priorità assoluta dei servizi sanitari e sociali. I tassi di identificazione degli abusi da parte degli operatori sono generalmente bassi rispetto alla prevalenza della violenza contro le persone anziane segnalata dalle ricerche condotte in diversi paesi occidentali. Questo modulo fornirà linee guida in materia di identificazione, disamina e trattamento delle vittime anziane.

Screening

Il modulo 2 ha presentato i fattori di rischio e i segnali di violenza contro le persone anziane. Tuttavia, l'identificazione della violenza contro le donne anziane non dovrebbe basarsi solo sulla conoscenza e sulle capacità dei professionisti di individuare segnali di abuso. Lo screening della violenza contro le persone anziane è definito come un processo per ottenere informazioni su esperienze violente in una relazione di cura o familiare subite da persone anziane o vulnerabili che non hanno evidenti segni di violenza, come lesioni fisiche. La ragione per effettuare uno screening tra persone non sintomatiche è che l'identificazione può prevenire episodi di violenza e ridurre il rischio che l'abuso possa avere impatti negativi sulla salute.⁵¹ Lo screening è solo il primo passo nella prevenzione della violenza contro le persone anziane. È necessario per l'identificazione precoce e ad esso dovrebbe seguire un'adeguata risposta interdisciplinare. Lo screening dovrebbe essere sistematico ed eseguito con uno strumento standardizzato. Esistono sia strumenti per lo screening universale (ovvero per valutare tutti) e per lo screening selettivo, cioè per valutare solo coloro che soddisfano criteri specifici.

Vi sono alcuni prerequisiti per utilizzare qualsiasi tipo di strumento di screening:

- Gli operatori devono essere formati ad utilizzare lo strumento in modo sicuro, rispettoso, sensibile e proattivo
- Gli operatori devono essere formati:
 - sulla violenza contro le persone anziane e sulle situazioni specifiche riguardanti le donne anziane, le dinamiche, il supporto, la valutazione del rischio e la pianificazione di sicurezza
 - sul lavoro di multi-agenzia
- Gli operatori devono conoscere le procedure pratiche e i protocolli esistenti
 - prassi concordate nel proprio contesto di lavoro
 - protocolli operativi locali o regionali
- Gli operatori devono conoscere i rispettivi ruoli, responsabilità e limiti dei ruoli stessi
- Gli operatori hanno opportunità di supporto e consulenza

Esempi di strumenti consolidati di screening per la violenza contro le persone anziane includono:

⁵¹ M. Schofield (2017). Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness. In: X. Dong (ed.). Elder Abuse. Research, Practice and Policy. Springer.

- Indice del sospetto di abuso nelle persone anziane (*Elder Abuse Suspicion Index -EASI*)⁵²
- Strumento per il rischio di abuso e maltrattamento nella persona anziana (*Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument - REAMI*)⁵³

Esame obiettivo e documentazione ad opera dei professionisti sanitari

Un documento europeo sulla valutazione dei segnali e sull'esame obiettivo in caso di violenza contro le persone anziane,⁵⁴ è stato recentemente pubblicato dal consiglio europeo di medicina legale (*European council of legal medicine - ECLM*). Lo scopo principale delle linee guida dell'ECLM è quello di fornire un quadro comune per gli operatori sanitari e i medici legali per documentare e valutare adeguatamente le persone anziane che possono essere potenziali vittime di violenza. Al fine di determinare se una persona anziana può essere vittima di violenza, il documento fornisce i seguenti principi generali:

- Ottenere il consenso informato prima di procedere con l'esame;
- Se la persona anziana non ha la capacità di prestare il suo consenso informato, devono essere prese le misure appropriate per garantire che l'esame possa essere effettuato legittimamente;
- Effettuare una ricostruzione dettagliata dell'evento oggetto di indagine ed effettuare ricerche su precedenti abusi (o possibili abusi) e relative informazioni socio-familiari;
- Indagare l'anamnesi completa (inclusi gli aspetti chirurgici, ginecologici, psichiatrici e terapeutici);
- Effettuare uno screening per tutti i tipi di abuso precedentemente menzionati, poiché possono essere presenti contemporaneamente;
- Eseguire un esame clinico completo della persona anziana;
- Campionare e raccogliere in modo appropriato e conservare tutte le prove fisiche;
- Prescrivere ulteriori indagini accessorie se richiesto dalle specifiche di ciascun caso;
- Determinare le azioni successive appropriate al fine di proteggere la persona anziana, garantirne i diritti ed evitare ulteriori abusi;
- Tenere presente che per un'indagine completa, potrebbe essere necessario eseguire più di una valutazione.

Si veda il documento relativo alla valutazione complessiva medico-legale per ulteriori approfondimenti sulle procedure da intraprendere per ogni passaggio. (E. Keller et al. 2018).⁵⁵

⁵²M. Yaffe et al. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2008; 20(3).

Si veda lo strumento disponibile al link:

https://medicine.uiowa.edu/familymedicine/sites/medicine.uiowa.edu.familymedicine/files/wysiwyg_uploads/EASI.pdf

⁵³ L. De Donder et al. (2018) Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation, *Educational Gerontology*, 44:2-3, 108-118.

⁵⁴ E. Keller et al. (2018). European council of legal medicine (ECLM) guidelines for the examination of suspected elder abuse. *International Journal of Legal Medicine*. Published online 27 June 2018. Springer.

⁵⁵ *ibid.*

La **documentazione medica** ha implicazioni legali oltre che cliniche. Un'accurata documentazione può condurre alla protezione dell'autonomia del paziente, delle sue finanze e fin anche della sua salute e della sua vita. Alcune linee guida di carattere generale sulla documentazione sono illustrate dalla tabella seguente:⁵⁶

Colloquio e anamnesi	Esame fisico	Valutazione
Documenta le risposte alle domande aperte	Documenta le abilità fisiche e cognitive del paziente	Fornisci la motivazione che ti ha condotto alle conclusioni, "unisci i punti"
Usa citazioni dirette	Evidenzia i risultati che si discostano o contraddicono le affermazioni fatte nella storia	Specifica il grado di maltrattamento
Conduci il colloquio con la paziente separatamente rispetto a quello con il suo caregiver o con il sospetto perpetratore	Documenta le interazioni fra paziente e caregiver	Specifica la gravità del danno o del potenziale danno per il paziente
Documenta le discrepanze tra le diverse fonti	Documenta preoccupazioni inappropriate da parte del caregiver: <ul style="list-style-type: none"> - preoccupazione eccessiva, (ad es. si rifiuta di lasciare la stanza durante l'esame medico anche se richiesto dal personale); - assenza di preoccupazione 	Documenta il tuo livello di sicurezza riguardo all'effettivo verificarsi del maltrattamento, ad es. "Certo", "probabile", "possibile", "improbabile"
Assicurati di includere documentazione proveniente da vari professionisti delle diverse discipline	Registra ogni cambiamento che avviene nel comportamento del paziente quando il caregiver lascia la stanza: <ul style="list-style-type: none"> - es. restringe la sua posizione fisica, con la testa bassa e lo sguardo al pavimento - aumento di ansia e agitazione 	Documenta la capacità del paziente di prendere decisioni
Documenta l'affidabilità delle fonti	Documenta le lesioni sulla pelle in un diagramma del corpo	Invia il rapporto alle autorità preposte.
Registra lo stato funzionale e cognitivo del paziente	Fotografa ogni lesione	

⁵⁶ E. Pham & S. Liao (2009). Clinician's Role in the Documentation of Elder Mistreatment. Disponibile al link: http://www.centeronelderabuse.org/docs/clinroledocumentem_liao2009.pdf

Cooperazione multi-agenzia

Il concetto sociologico di capitale sociale, "*le reti sociali, le reciprocità che ne derivano e il valore di queste nel raggiungimento di obiettivi comuni*",⁵⁷ è stato identificato come un fattore che possiede un significativo potenziale nel ridurre gli svantaggi e migliorare la salute e il benessere.

Il capitale sociale enfatizza ciò che rende i gruppi sociali effettivamente funzionanti, ovvero: le relazioni interpersonali, un senso condiviso di identità, una visione condivisa, norme e valori comuni, fiducia, cooperazione e reciprocità. Un'efficace cooperazione professionale multi-agenzia contro la violenza è un esempio di capitale sociale che si basa sia su risorse tangibili (spazi, sistemi) che immateriali (attori, professionisti), sulle relazioni tra queste risorse e sull'impatto che queste relazioni hanno sulle risorse coinvolte in ogni relazione, e su gruppi più grandi, in questo caso: le vittime di violenza. Il primo risultato del progetto SAFE è stato quello di sviluppare una procedura multi-agenzia per gli operatori sociali e sanitari e per le autorità pubbliche. La relativa pubblicazione fornisce raccomandazioni per le modalità di identificazione e intervento in diversi contesti nei cinque paesi partner del progetto. Le informazioni sono state raccolte attraverso gruppi di apprendimento collaborativo di professionisti che lavorano nell'area della prevenzione e dell'intervento in caso di violenza e abuso. In particolare, la raccomandazione 4.4 riguarda la collaborazione interistituzionale e la collaborazione tra professionisti nel campo della prevenzione. Nello specifico, riguarda la necessità di creare o rafforzare una rete locale e di istituire un sistema integrato di intervento che consenta a tutti gli attori interessati di collaborare e utilizzare le risorse già esistenti, le strutture e gli specialisti in modo efficace.

I professionisti che partecipano ai gruppi di apprendimento collaborativi SAFE hanno identificato le reti multi-agenzia come una misura utile per supportare gli anziani vittime di abusi. Inoltre, i partecipanti ai gruppi di lavoro collaborativi hanno identificato i professionisti e le organizzazioni che hanno un ruolo vitale nell'intervenire in casi di violenza contro le donne anziane, a seconda della gravità e della complessità del caso: servizi sociali territoriali (attraverso assistenti sociali, psicologi, ispettori specializzati, mediatori sociali, operatori di assistenza domiciliare), polizia, sistema sanitario (medici di famiglia, specialisti che forniscono servizi di assistenza domiciliare, infermieri, medici, medici legali), pubblici ministeri, avvocati e giudici.

Ovviamente, questa catena di intervento non è statica, poiché la segnalazione può talvolta arrivare tramite una telefonata ai servizi di emergenza (112) o ai servizi specializzati come i numeri verdi o per tramite di alcuni servizi dedicati (come ad esempio i centri per donne maltrattate). Inoltre, a seconda delle credenze religiose della persona, anche i ministri di culto possono svolgere un ruolo nella catena di intervento. Anche gli abusanti dovrebbero anche essere presi in considerazione: i servizi di libertà vigilata e i centri di recupero per i maltrattanti possono svolgere un ruolo significativo nella prevenzione dell'ulteriore reiterazione della violenza.

⁵⁷ T. Schuller (2000). *Social capital: A review and critique*. In Baron et al. (Eds.) *Social capital: Critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.

La rete di intervento nella comunità può includere anche organizzazioni con finalità più generiche - come i patronati, i centri per anziani, le linee telefoniche di assistenza per anziani, altri organismi pubblici o privati che rappresentano gli anziani e le ONG che li sostengono.

I partecipanti ai gruppi collaborativi locali hanno concordato che, al di là delle responsabilità professionali o istituzionali in materia, tutti coloro che riconoscono una violenza contro le persone anziane hanno la responsabilità di intervenire e fare una segnalazione ai servizi appropriati. Inoltre, vi è stato accordo sulla necessità di individuare un assistente sociale referente del caso che sia responsabile anche del suo monitoraggio.

Un altro aspetto importante che viene sottolineato è legato al monitoraggio del caso dopo la sua presa in carico. Il sostegno alle vittime non dovrebbe concludersi con la denuncia del caso e con l'intervento di altri professionisti. I professionisti coinvolti nella gestione dei casi che vedono come vittime le donne anziane, potrebbero essere coinvolti nel continuare a mantenere i contatti e nel monitorare la situazione. Secondo i professionisti, le azioni di *follow up* sono importanti perché da una parte creano fiducia tra vittime e professionisti e, dall'altra parte, sono importanti per gli abusanti, poiché notano che viene mantenuto un certo grado di attenzione sulla loro famiglia e quindi non possono semplicemente tornare al loro precedente comportamento violento.

Costruire fiducia e cooperazione tra diverse agenzie

Affrontare la violenza contro le donne anziane richiede una risposta multi-agenzia, per fare in modo che i servizi e le competenze che i diversi servizi possono apportare siano adeguatamente utilizzati e integrati nello sviluppo e nella realizzazione di strategie locali efficaci. Tuttavia, le strategie da sole sono prive di significato senza un impegno e un'azione concreti da parte di ogni membro della rete, sia collettivamente che autonomamente.

I principali vantaggi della collaborazione multi-agenzia includono:

- Porta a maggiori e migliori risultati per le vittime anziane
- aiuta a costruire il consenso e a uscire dai confini e dalle barriere professionali
- promuove il sostegno reciproco, l'incoraggiamento e lo scambio di conoscenze tra professionisti, conducendo a carichi di lavoro più gestibili
- migliora la rispondenza tra i servizi offerti e quelli richiesti dalle persone anziane
- migliora il coordinamento tra i servizi con il risultato di favorire le relazioni e consentire invii mirati
- aumenta il livello di fiducia tra professionisti e agenzie; ogni agenzia partner è a conoscenza dei servizi che le altre possono offrire.

Nello sviluppo di un'efficace strategia e rete multi-agenzia, è necessario considerare i seguenti aspetti:⁵⁸

⁵⁸ Home Office UK (2004). *Developing Domestic Violence Strategies – A Guide for Partnerships*. Home Office, Violent Crime Unit.

- le organizzazioni della rete dovrebbero concordare su una definizione di violenza contro le persone anziane e le donne, quale prerequisito per una condivisione efficace delle informazioni.
- Le organizzazioni dovrebbero farsi promotrici dello sviluppo di protocolli di condivisione delle informazioni relative a utenti nella loro area, in conformità con le politiche e le legislazioni locali.
- Coordinare le agenzie coinvolte e gestire le loro relazioni spesso complesse richiede molte risorse: i partenariati dovrebbero prendere in considerazione la nomina di un coordinatore di area

Salvaguardia e protezione delle donne anziane vittime di abusi

Alcune vittime anziane di violenza e abusi potrebbero non avere la capacità di prendere determinate decisioni da sole e potrebbero aver bisogno di ulteriore aiuto nel prendere decisioni informate secondo le normative nazionali. Una mancanza di capacità potrebbe essere dovuta ad es. a un disturbo neuro-cognitivo, ad un problema di salute mentale o di abuso di sostanze. Anche in tali situazioni, i professionisti dovrebbero partire dal presupposto che la persona anziana sia in grado di prendere le proprie decisioni. La capacità di una persona può essere temporaneamente compromessa da stress, ansia, cure, malattie, infezioni o lesioni. I professionisti dovrebbero quindi sempre essere in grado di dimostrare di aver fatto ogni sforzo per incoraggiare e supportare la persona a prendere la decisione da sola.⁵⁹

Tutto ciò che viene fatto in nome di, o per conto di una persona che manca di capacità, deve essere fatto nel suo interesse e in modo tale da interferire il meno possibile con i diritti e le libertà della persona.

Valutare la capacità può essere particolarmente difficile nelle situazioni di abuso domestico, in cui la persona è curata o vive con un membro della famiglia o un partner intimo ed emerge che stia prendendo decisioni che la mettono in pericolo. È necessaria una valutazione e un intervento qualificati per giudicare se tali decisioni debbano essere descritte come "decisioni poco sagge" che la persona ha la capacità e il diritto di prendere, o decisioni non prese liberamente, a causa di coercizione e controllo, e quindi parte dell'abuso. I giudizi sulla capacità della persona dovrebbero essere sempre specifici sulla decisione in questione; una persona anziana può avere la capacità di prendere un certo tipo di decisione, ma non un'altra.⁶⁰

⁵⁹Local Government Association (LGA) (n.d.) Adult safeguarding and domestic abuse. A guide to support practitioners and managers. Disponibile al seguente link:

<https://www.adass.org.uk/adassmedia/stories/Adult%20safeguarding%20and%20domestic%20abuse%20April%202013.pdf>

⁶⁰ *ibid.*

Pianificare la sicurezza delle donne anziane vittime di abuso

Le donne anziane possono decidere di rimanere a vivere con qualcuno che abusa di loro fisicamente. Mentre queste decisioni possono essere percepite come non sagge o pericolose, come descritto sopra, l'adulto anziano ha il diritto di decidere per sé, purché sia legalmente capace. Un piano di cura in una situazione del genere dovrebbe includere l'aiuto a sviluppare un piano di sicurezza. I perpetratori spesso isolano le loro vittime e non consentono loro di prendere decisioni in autonomia. Elaborare un piano sicurezza ridona potere e senso di controllo alle persone anziane che prendono decisioni su come migliorare la propria sicurezza. Il primo problema da valutare è l'urgenza della messa in sicurezza: è il caso delle situazioni che mettono in pericolo la vita e necessitano di azioni immediate. C'è anche la necessità di pensare allo stato fisico e di salute della vittima e alla capacità nel prendere decisioni per sé, tuttavia è importante capire che il trauma psicologico causato dalla violenza non è uguale al deterioramento cognitivo.

Lo stato della relazione tra la persona anziana e il perpetratore può essere l'inizio per una pianificazione della sicurezza. La persona anziana può:

- Voler rimanere insieme all'abusatore;
- Essere in procinto di lasciarlo/a o tornare da lui/lei
- Aver già concluso la relazione con l'abusatore.

Un buon piano di sicurezza è quello disegnato e incentrato sulla vittima. Si basa sugli obiettivi della persona anziana e non sulle opinioni del professionista. La pianificazione della sicurezza comporta una volontà di base orientata alla risoluzione dei problemi. L'aiuto dell'operatore deve essere orientato a supportare l'emancipazione di una persona anziana mediante:

- Costruire un rapporto e aiutare la persona anziana a sentirsi al sicuro attraverso l'ascolto attivo
- Conoscere ciò che la persona anziana teme nei confronti dell'autore degli abusi e cosa potrebbe accadere se venisse dato seguito ad azioni o minacce
- Chiedere cosa vuole fare la persona anziana e perché. Conoscere la motivazione alla base delle decisioni della persona anziana può aiutare a comprendere i suoi obiettivi. Ad esempio l'operatore potrebbe suggerire opzioni alternative per raggiungere lo stesso obiettivo
- Fare insieme un brainstorming di opzioni e idee

Lista delle cose da fare per creare un piano di sicurezza^{61 62}

- Che esperienza ha avuto la persona anziana con la pianificazione della sicurezza e le strategie di protezione?
 - Quali strategie hanno funzionato?

⁶¹ Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Tips from the RNAO Best Practice. Guideline and eLearning course. Disponibile al link: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Booklet-RNAO-web.pdf>

⁶² Women In Transition, Inc (n.d.) Keeping Safe: A Workbook for Developing Safety Plans. Disponibile al link: <https://vawnet.org/material/keeping-safe-workbook-developing-safety-plans>

- Quali sono state inefficaci?
- Come si è comportato il perpetratore in passato? Ci sono probabilità di recidiva?
- L'autore degli abusi ha accesso ad armi? Sono state utilizzate armi in passato?
- Vi sono in essere ordinanze restrittive? Se sì, qual è il loro status? Chiedere alla vittima di informare amici, vicini e operatori a riguardo.
- La vittima è in grado di riconoscere i segnali di un'azione violenta?
- La situazione abitativa è stata esaminata insieme alla vittima in modo che possa allontanarsi prima che la situazione degeneri in violenza:
 - Come andarsene: la via più sicura per uscire di casa; la stanza più sicura in casa con porte che possono essere chiuse a chiave e finestre da cui chiedere aiuto;
 - dove andare: concordare i luoghi anticipo
 - situazione abitativa temporanea: da concordare anticipatamente
- Dove conserva i numeri di telefono importanti e i documenti personali?
- Se la persona anziana ha una disabilità, vi sono barriere fisiche nel luogo in chi vive che potrebbero impedire un'uscita di casa in sicurezza o l'accesso ad un luogo sicuro?
- Sono stati presi accordi preventivi per la cura degli animali domestici?
- La persona anziana ha simulato come fornire informazioni precise su dove si trova in caso di pericolo, così da essere più in grado di farlo in un momento di stress?
- La persona anziana è disposta a trasferirsi in un luogo sicuro (es. rifugio, struttura, ecc.)?
- La persona anziana ha ricevuto indicazioni riguardo al riportare in forma scritta situazioni violente: data e racconto del fatto, salvare messaggi di testo, email, telefonate?
- Quali sono le reti di supporto nella comunità in cui vive la persona anziana?
- La persona anziana è a conoscenza dei vari servizi di supporto?
- Nel caso in cui il perpetratore non viva con la vittima, quest'ultima ha a disposizione spioncini, lucchetti o serrature nella porta d'ingresso?
- Quali sono i fattori e le sfide che potrebbero influire sulla sicurezza o sulla capacità di seguire il piano di sicurezza? Possono essere incluse: abuso di sostanze, problemi legati alla salute mentale, malattie che incidono sulla memoria...
- La persona anziana si sente a suo agio rispetto al piano di sicurezza ed è disposta a vivere con le eventuali restrizioni che questo comporta, almeno nel breve periodo?

Per alcuni esempi di piani di sicurezza si vedano le seguenti fonti:

- https://cnpea.ca/images/safety-panning-toolkit-full-document-eao_mar-29-2017.pdf⁶³
- https://www.seniorscouncil.net/uploads/files/Documents/Safety_Plan_for_Older_Adults.pdf⁶⁴

⁶³ Elder Abuse Ontario (2017). Safety Planning for Older Adults. Keeping Safe in Unhealthy Relationships. Toolkit for Service Providers. Disponibile al link: https://cnpea.ca/images/safety-panning-toolkit-full-document-eao_mar-29-2017.pdf

⁶⁴ Edmonton Seniors Coordinating Council (2007). https://www.seniorscouncil.net/uploadsSafety_Plan_for_Older_Adults.pdf Disponibile al link: files/Documents/Safety_Plan_for_Older_Adults.pdf

Modulo 4: Operare professionalmente

Temi

- Sfide professionali nel lavorare con vittime di traumi anziane
- Traumatizzazione secondaria, fatica da compassione e *burnout* professionale
- Fattori protettivi
- Linee guida etiche generali e considerazioni
- Lavorare con i membri della famiglia e con il perpetratore
- La sicurezza dei professionisti
- Strutture sanitarie e sociali come luoghi pubblici ad accesso libero
- La sicurezza dei lavoratori

Risultati dell'apprendimento

I partecipanti

- sono in grado di valutare le proprie attitudini e valori nel loro ruolo professionale
- sono disposti a implementare misure organizzative al fine di identificare, prevenire e/o ridurre gli effetti del carico emotivo e psicologico associato al lavoro diretto con le vittime più anziane
- sanno come tutelare la propria sicurezza e benessere

Messaggi chiave

- È importante identificare il prima possibile eventuali segnali di burnout professionale
- Vi sono modi per proteggere i lavoratori dal burnout professionale attraverso strategie organizzative ed individuali
- La riservatezza è una parte importante nello sviluppo della fiducia nelle relazioni di cura; dovrebbe sempre essere ottenuto il consenso della persona anziana prima di discutere di qualsiasi altra questione ulteriore con i membri della famiglia e i suoi caregiver;
- La sicurezza non è un concetto che i professionisti dovrebbero esplorare attivamente solo dal punto di vista della vittima; lavorare con le persone vittime di violenza può esporre i anche i professionisti ad un potenziale pericolo personale.

Metodi di apprendimento suggeriti

Esercizio 16: Protezione contro il burnout professionale

Esercizio 17: Doveri e obblighi per i professionisti

Esercizio 18: Doveri professionali in caso di accertamento di violenza

Esercizio 19: Costruzione della fiducia per la cooperazione multi-agenzia

Sfide professionali nel lavoro con le vittime di trauma

I servizi di assistenza sanitaria e sociale sono in prima linea per identificare la violenza contro le persone anziane e offrire sostegno alle famiglie. Lavorare con le vittime di violenza può causare

sensazioni spiacevoli in un operatore, provocando ricordi e emozioni ed esperienze difficili. Inoltre, lavorare con una vittima anziana può causare sentimenti ambivalenti nel professionista, come empatia, confusione, frustrazione e rabbia. Il lavoro con le vittime di violenza può essere influenzato dalle esperienze personali dell'operatore in materia di violenza e aiuto e supporto ricevuto.

I rischi emotivi e psicologici associati al lavoro diretto con le persone vulnerabili sono stati spesso trascurati nei programmi di studio e nella formazione. È importante che i professionisti e i formatori comprendano i fattori di rischio e i relativi sintomi associati al fine di identificare, prevenire e/o ridurre i loro effetti e promuovere la cura di sé. Per comprendere in modo chiaro gli effetti secondari o vicari del lavoro effettuato con l'utente sul professionista, si deve prima avere una solida conoscenza operativa degli effetti primari del trauma e delle reazioni allo stress sugli utenti o pazienti.

Traumatizzazione secondaria, fatica da compassione e burnout professionale:⁶⁵

La fatica da compassione e il burnout professionale sono comuni tra le persone che lavorano direttamente con le vittime di traumi come gli operatori sanitari, gli psicologi, i soccorritori e sono ancora più comuni nel campo sanitario: quando gli operatori sanitari si confrontano con le loro risposte al trauma subito dai pazienti possono essi stessi soffrire disagi e difficoltà nella loro salute mentale, nelle relazioni, nell'efficacia sul lavoro e sulla loro salute fisica. La fatica da compassione può scoppiare all'improvviso. Gli effetti possono diffondersi in tutte le aree della vita, inclusa la vita familiare e il cambiamento della visione della vita e del mondo. I fattori che contribuiscono maggiormente sono, ad es. la "cultura del silenzio", la mancanza di consapevolezza dei sintomi e la scarsa formazione sui rischi associati ai lavori ad alto stress.⁶⁶

Lo stress traumatico secondario è la risposta dei professionisti che lavorano con sopravvissuti a traumi. La traumatizzazione secondaria deriva dall'impegnarsi in una relazione empatica con un individuo che soffre di un'esperienza traumatica e/o dall'aver assistito alle intense o orribili esperienze traumatiche di quella particolare persona. La traumatizzazione secondaria si manifesta con sintomi comportamentale da stress che possono includere anche una gamma completa di tratti da disturbo da stress post-traumatico (DSPT).

Fatica da compassione viene definita come una sindrome che consiste in una combinazione dei sintomi di stress traumatico secondario e burnout professionale. È usata per descrivere l'esperienza complessiva di esaurimento emotivo e fisico che i professionisti sperimentano a causa dell'uso a lungo termine dell'empatia nel trattamento di pazienti che soffrono in qualche modo. La fatica da compassione non si limita ai lavoratori che svolgono un lavoro diretto sul trauma. È dovuta alla continua necessità di essere empatici.

⁶⁵ J. Newell & G. MacNeil (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. In the book: 2010 Lyceum Books, Inc., Best Practices in Mental Health, Vol. 6, No. 2, July 2010.

⁶⁶ S. Michie & S. Williams 2003. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60:3–9.

Burnout professionale è un processo graduale e progressivo che si verifica quando lo stress correlato al lavoro si traduce in esaurimento emotivo dovuto al ripetuto uso dell'empatia combinato con le difficoltà quotidiane legate al lavoro e alla frenesia della vita. Il burnout professionale è simile alla fatica da compassione perché non richiede il contatto diretto con i clienti traumatizzati. Il burnout professionale si sviluppa nel tempo a causa di fattori legati all'individuo, alle popolazioni servite e all'organizzazione.

Fattori protettivi

I fattori protettivi correlati alle condizioni di cui sopra, possono essere suddivisi in strategie organizzative e strategie individuali di cura di sé stessi ad opera dei professionisti, come segue:⁶⁷

Strategie organizzative

- Cultura organizzativa
 - I valori e la cultura di una organizzazione
 - ambiente supportivo
 - la concessione di permessi ai lavoratori per prendersi cura di sé stessi
 - il permesso di fare assenze per malattia
- Carico di lavoro
 - La gestione di diverse tipologie di casi viene associata ad una riduzione del trauma vicario
- Ambiente di lavoro sicuro
- Formazione riguardo ai traumi
- Gruppi di supporto/lavoro di squadra
 - opportunità di fare debriefing informali e di elaborare quanto successo con supervisori e colleghi
 - elaborare i sentimenti che si verificano durante e dopo le interazioni con pazienti traumatizzati
- Supervisione efficace
 - la supervisione responsabile crea una relazione in cui il lavoratore si sente sicuro nell'esprimere paure, preoccupazioni e mancanze, ad es. una supervisione di gruppo settimanale e/o supporto tra pari
- Possibilità di avere consulenze da lavoratori esperti/organizzazioni
- Creare una rete di professionisti
- Cura di sé
 - Equilibrio tra lavoro e vita privata
- Strategie di gestione: utilizzare regolarmente strumenti per valutare la misura in cui tali condizioni esistono all'interno della forza lavoro.
 - Valutare fattori di rischio organizzativi

⁶⁷J. Newell & G. MacNeil (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.

Strategie di cura di sé per i professionisti

- L'utilizzo di competenze e strategie da parte dei lavoratori per rispondere ai propri bisogni personali, familiari, emotivi e mentali/spirituali, assicurando al contempo la soddisfazione dei bisogni e delle esigenze dei propri utenti
 - La prevenzione del burnout include la definizione di obiettivi realistici per quanto riguarda il carico di lavoro e la cura dell'utente, l'utilizzo di pause caffè e pause pranzo, riposo e relax adeguati
- Supporto da parte di colleghi nell'affrontare un utente particolarmente difficile o supporto emotivo, come il conforto, l'intuizione, il feedback comparativo e l'umorismo.
- Sviluppo di strategie e di capacità di *coping* individuali
 - Rimanere in contatto con famiglia, amici e colleghi
 - Apprezzare le piccole cose nella vita
 - Prendersi del tempo per riflettere o esprimere gratitudine leggendo, scrivendo, pregando o meditando.
 - Esprimersi attraverso attività creative

Linee guida e considerazioni etiche generali ⁶⁸

Il significato dei principi e delle considerazioni etiche è quello di garantire i diritti delle persone anziane. A volte i professionisti devono prendere decisioni difficili. In tali situazioni, possono essere utili le seguenti linee guida:

- Le persone anziane dovrebbero essere il più possibile coinvolte nel prendere le decisioni che riguardano la loro vita
- L'approccio da preferire è quello di responsabilizzare le persone anziane, basandosi su valori come l'autodeterminazione, la scelta informata e il diritto degli adulti di prendere le proprie decisioni.
- Le persone anziane hanno il diritto di ottenere supporto e aiuto per poter prendere decisioni consapevoli.
- È importante lavorare in modo da rispettare la privacy e la dignità della persona anziana.
- In casi identificati o sospetti di abuso, tutti gli interventi dovrebbero essere mantenuti ad un livello meno restrittivo possibile per preservare l'autonomia dell'individuo.
- Il diritto all'autodeterminazione e alla libertà di scelta deve essere rispettato. Ad esempio, un adulto più anziano può scegliere di vivere in una situazione di pericolo o addirittura di autodistruzione, a condizione che abbia la capacità di agire. Una persona capace di intendere e volere ha il diritto di rifiutare qualsiasi intrusione indesiderata nella sua vita. In questi casi i professionisti devono valutare la sicurezza della persona anziana e fornirgli informazioni volte ad aumentare la sua protezione
- Se si è verificato un crimine in base al codice penale o le circostanze indicano che si è verificato un crimine, il professionista deve seguire le leggi e le norme del paese in cui si è verificato.

⁶⁸ Adapted from: S. Perttu & V. Kaselitz (2006). Addressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health care. University of Helsinki.

- La riservatezza deve essere rispettata ma, sempre tenendo conto dell'autodeterminazione del soggetto, non dovrebbe costituire un ostacolo all'azione: il diritto alla privacy deve essere bilanciato rispetto ad altri diritti, come ad esempio quello alla salute
- Le questioni culturali e religiose, il genere, le capacità e le risorse dovrebbero essere prese in considerazione in tutte le comunicazioni che avvengono con una persona anziana.

Lavorare con i membri della famiglia e i perpetratori

Mentre la priorità degli operatori sanitari e sociali rimane assicurare la sicurezza e il benessere della persona anziana, è anche importante rispettare il diritto alla riservatezza della persona stessa. La riservatezza è una parte importante nello sviluppo della fiducia in una relazione di cura. Il tema della riservatezza dovrebbe essere discusso con la persona anziana per garantire la piena consapevolezza del suo significato. La persona anziana deve essere rassicurata sul fatto che qualsiasi conversazione avuta non sarà discussa con il coniuge/partner, né sarà discussa con nessun altro membro della famiglia, senza il suo consenso.

L'autorizzazione della persona anziana dovrebbe essere sempre ottenuta prima di discutere di qualsiasi problema o dubbi con familiari o caregiver che potrebbero essere d'aiuto. Per un paziente ritenuto incapace, i professionisti devono identificare e contattare il titolare dei poteri vicari, comunicare le proprie preoccupazioni a tale individuo e fornire le stesse informazioni sulle risorse locali. Nessun contatto con i familiari dovrebbe essere stabilito in situazioni di abuso domestico in cui l'autore è ancora sconosciuto ai professionisti. Anche una telefonata proveniente da una determinata agenzia può mettere a repentaglio la sicurezza della persona anziana e metterla in pericolo.

Inoltre, è importante considerare la violenza contro le persone anziane da due punti di vista: l'abuso che viene perpetrato deliberatamente e l'abuso che non lo è. Questo è particolarmente vero nei casi di abbandono, poiché l'abbandono può essere intenzionale e non intenzionale, ovvero l'autore potrebbe star facendo del suo meglio, ma non essere in grado di fornire il livello di assistenza e supporto necessario, a volte perché non sa quale tipo di supporto sia disponibile e talvolta anche perché l'autorità locale non fornisce i servizi necessari. Dal punto di vista della vittima anziana l'esperienza dell'abuso è la stessa, ma i metodi di intervento appropriati ed etici dipendono in larga misura dalla natura attiva o passiva della negligenza.

La sicurezza dei professionisti

Gli operatori sanitari e di assistenza sociale subiscono la più alta incidenza di violenza, minacce e molestie rispetto a qualsiasi altro settore. La violenza sul posto di lavoro consiste in qualsiasi atto o minaccia di violenza fisica, molestie, intimidazioni o altri comportamenti dannosi che si verificano sul luogo di lavoro. Spazia da minacce e abusi verbali ad aggressioni fisiche e persino omicidi. Le persone

colpite da violenza o molestie sul lavoro tendono a segnalare livelli più elevati di cattiva salute derivante dal lavoro. Le conseguenze della violenza sul luogo di lavoro possono includere:⁶⁹

- Lesioni fisiche
- Trauma psicologico a breve e lungo termine
- Paura di tornare al lavoro
- Cambiamenti nei rapporti con i colleghi e la famiglia
- Sensazione di incompetenza, colpa e impotenza
- Paura delle critiche da parte dei supervisori o dei dirigenti

Le misure e le azioni che chi fornisce assistenza sanitaria e sociale può intraprendere per proteggere i propri dipendenti includono:⁷⁰

- creare e diffondere una chiara politica di tolleranza zero nei confronti della violenza sul luogo di lavoro, delle minacce verbali e non verbali e delle azioni correlate
 - queste politiche dovrebbero riguardare tutti i lavoratori, i pazienti, gli utenti, i visitatori e chiunque altro possa entrare in contatto con il personale
 - garantire che dirigenti, supervisori, collaboratori, utenti, pazienti e visitatori siano a conoscenza di queste politiche
- Incoraggiare i dipendenti a segnalare tempestivamente gli incidenti
- Indagare su tutti i casi di violenza
- Garantire che nessun dipendente che denuncia o subisce violenze sul luogo di lavoro sia sottoposto a rappresaglie
- Formare i lavoratori sul riconoscimento e la prevenzione della violenza sul luogo di lavoro
- Avere una politica scritta per la sicurezza sul lavoro
- Fornire sale d'attesa confortevoli per pazienti o utenti progettate per ridurre al minimo lo stress
- Accertarsi che le sale di consulenza o assistenza ai pazienti abbiano due uscite
- Offrire supporto psicologico e opportunità di debriefing per i dipendenti che vivono o assistono ad assalti e altri incidenti violenti
- Imporre che tutti i visitatori si registrino all'ingresso
- Predisporre sistemi di allarme e altri dispositivi di sicurezza, pulsanti antipánico, allarmi portatili o dispositivi antirumore, telefoni cellulari e canali radio privati quando il rischio è evidente o può essere previsto con anticipo.
- Predisporre un sistema di risposta affidabile quando viene attivato un allarme
- Attivare collaborazioni con la polizia

⁶⁹ S. Perttu (2014). Safety of the health care workers. PowerPoint presentation 12 September 2014.

⁷⁰ Occupational Health and Safety Administration (2016). [Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers](#). OSHA Publication 3148-01R, (2004).

Cosa dovrebbero fare i dipendenti?⁷¹

- Segnalare tempestivamente e accuratamente tutti gli episodi di violenza, a prescindere da quanto si ritengano minori
- Comprendere e seguire il programma di prevenzione della violenza sul luogo di lavoro e le eventuali altre misure di sicurezza
- Aderire alle procedure di reclamo o fare proposte riguardanti problemi di sicurezza
- Partecipare a comitati sulla salute e sicurezza sul luogo di lavoro o a gruppi deputati a ricevere segnalazioni di incidenti violenti o problemi di sicurezza
- Partecipare a un programma di formazione continua che copra le tecniche per riconoscere l'agitazione crescente, il comportamento aggressivo o l'intento criminale e discutere le risposte appropriate
- Considerare i datori di lavoro responsabili di eventuali violazioni e prendersi cura del proprio benessere

⁷¹ Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers (PDF). OSHA Publication 3148-01R, (2004).

Modulo 5: Condurre la formazione con i professionisti del settore sociale e sanitario

Temi

- Come sviluppare un programma di formazione
- Mentoring

Risultati di apprendimento

I formatori

- sono in grado di comunicare con il pubblico ascoltandolo
- sono a conoscenza delle molteplici competenze necessarie ai formatori per lavorare in modo efficace
- sono indotti a migliorare le proprie competenze per lavorare come formatori sul campo

Messaggi chiave:

- Ciò che è più importante per il formatore è concepire la formazione come un momento di condivisione
- Le capacità di mentoring e tutoraggio sono essenziali per un formatore/insegnante

Metodi di apprendimento suggerito

Esercizio 20: Mentoring

La formazione come momento di condivisione

Il principio più importante per il formatore è quello di concepire la formazione come un momento di condivisione: chi opera nei centri anti violenza condivide le proprie esperienze e conoscenze nell'ambito della violenza domestica, mentre gli operatori sociali e sanitari condividono le loro esperienze e conoscenze maturate nel lavoro quotidiano con gli anziani.

Come sviluppare il programma della formazione

Il formatore dovrebbe selezionare i moduli e gli argomenti che desidera utilizzare e preparare la formazione in base a ciò che sarebbe più utile nel contesto di riferimento dei partecipanti. È anche possibile modificare l'ordine degli argomenti da trattare. A seconda del livello di conoscenza e dell'esperienza professionale dei partecipanti, il tempo per la formazione può essere adattato. Il lavoro degli operatori sanitari che lavorano in aree specifiche, ad esempio nei servizi di emergenza, è molto frenetico e non sono forse abituati ad affrontare formazioni lunghe molte ore. È possibile suddividere la formazione in brevi moduli, tuttavia sarebbe bene offrire loro l'opportunità di rallentare per dar loro il tempo di riflettere sul loro lavoro.

Data la lunghezza di questo pacchetto di formazione, è improbabile che tutti i moduli siano inclusi in un singolo programma di formazione. In alternativa, i moduli possono essere utilizzati per formare

un curriculum che può essere erogato in modo flessibile con una serie di seminari (organizzati ad esempio una volta alla settimana, due volte al mese) allo scopo di combinare l'apprendimento con la pratica.

Mentoring

Il mentoring è un sistema di orientamento semi-strutturato in cui una persona condivide le proprie conoscenze, abilità ed esperienze per aiutare gli altri a progredire nella propria vita e carriera. Significa che una persona esperta (mentore) assiste un altro (allievo) nello sviluppo di abilità e conoscenze specifiche. Una relazione mentore - allievo si concentra sullo sviluppo dell'allievo dal punto di vista professionale e personale.⁷²

Una relazione mentore - allievo crea un ambiente di apprendimento sicuro, in cui l'allievo si sente libero di discutere apertamente e onestamente le questioni, senza preoccuparsi delle conseguenze negative sul lavoro. In una buona relazione di tutoraggio, il mentore è interessato ad aiutare gli altri ad avere successo, anche quando questo comporta che l'allievo possa superarlo nei risultati ottenuti. Il mentore è affidabile, onesto, attendibile, mantiene la riservatezza; è in grado di ascoltare attivamente - non interrompe, raccogliere spunti importanti da ciò che qualcuno dice, è in grado di far riflettere sulle questioni rilevanti e verificare la comprensione, minimizzando supposizioni e pregiudizi. Il mentore sa trasmettere le proprie conoscenze e competenze in modo chiaro, incoraggiante e utile.⁷³

Appendice 1: Libro degli esercizi

⁷² University of Cambridge (2019). What is mentoring? Disponibile al link: <http://www.admin.cam.ac.uk/offices/hr/ppd/pdp/mentoring/what/>

⁷³ *ibid.*

