

## Capitolo IV.34

*Oggi da un giornale questo avviso per gli anziani:  
"rifiutate aiuto al mercato o all'uscita della chiesa..."  
Paradosso o realtà?*

C.M.

### **Il maltrattamento dell'anziano**

(L.A. Marsella, R. Urciuoli)

Sono ormai lontani i tempi dell'antichità classica greca o romana, dove l'anziano era ritenuto persona privilegiata e degna di rispetto, in quanto portatore di un bagaglio di vissuti e di esperienze da donare ai più giovani; pertanto era considerato "il saggio" ed il punto di riferimento per la risoluzione di qualsivoglia questione.

Nella società attuale la figura dell'anziano è totalmente diversa da ciò che era nell'antichità classica; attualmente l'anziano in alcuni settori può essere considerato "un peso", o peggio ancora si tende ad identificare ed assimilare la parola anziano alla parola invalido.

È doveroso chiarire cosa si intende con il termine anziano: la vita umana è convenzionalmente suddivisa in fasce d'età, per cui la cosiddetta terza età (che rientra nella cosiddetta età involutiva) inizia a 65 anni con il pensionamento ed è appunto questa la fase in cui l'individuo è definito "anziano", a tale periodo subentra poi la quarta età che è collocata al di là dei 75 anni.

Oggi è concetto comune che l'anziano, da un punto di vista economico, rappresenta un soggetto passivo, inutile, privo di qualsiasi potenzialità produttiva ed è dunque considerato come un oggetto ingombrante che richiede, in termini assistenziali, ingenti risorse economiche.

Eppure la nostra Costituzione all'art. 3 stabilisce che: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori alla organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

E, proseguendo, gli artt. 32 e 38 rappresentano il punto di partenza irrinunciabile per ogni legge ordinaria che direttamente o indirettamente abbia come oggetto la salute del cittadino.

Infatti l'art. 32 recita che: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...".

Mentre l'art. 38 stabilisce che: "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria...".

Ma questi diritti Costituzionali sono spesso disattesi in una pratica discriminatoria che cresce con il crescere dell'età, delle difficoltà economiche, con la mancanza di salute e di autonomia: tutti elementi questi che invece caratterizzano l'anziano.

Comunque nonostante le contraddizioni normative e le difficoltà attuative (che però non diminuiscono le varie responsabilità) possiamo affermare che la legislazione italiana è stata in linea di massima sempre sensibile ai problemi degli anziani.

Nel 1978 con la legge n. 833 del 23 dicembre, si poneva l'accento alla tutela della salute degli anziani, nonché alla prevenzione ed alla rimozione delle condizioni che ne determinano l'emarginazione; tale concetto è stato poi ribadito dai vari Piani Sanitari Nazionali compreso l'ultimo 1998-2000 in cui vengono posti i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano;
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela della salute della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza);
- promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra ed extra-ospedaliera) a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitario e fra questo e l'assistenza sociale.

Gli anziani, come altre categorie di persone (bambini ed handicappati ad esempio), sono particolarmente vulnerabili sia per una naturale diminuzione delle capacità di difesa e di fuga, sia anche per uno scadimento delle funzioni mentali che ne fanno delle vittime privilegiate per raggiri e circuizione a scopo economico.

Ricordiamo che il Codice Penale all'art.643 (circonvenzione di persone incapaci) prevede che: "chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato di infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdotta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito...".

L'anziano è considerato la vittima privilegiata di questo tipo di reato, in quanto spesso nel suo stato di mente possono verificarsi le condizioni "d'infermità" o "deficienza psichica" la cui conoscenza da parte dell'autore costituisce il dolo generico.

Secondo la giurisprudenza: "per la sussistenza del reato di circonvenzione di persone incapaci non è necessario che il soggetto passivo sia privo in modo totale della capacità di intendere e di volere, ma è sufficiente che lo stesso versi in uno stato di minorazione della sfera intellettuale e volitiva tale da privarlo di quel normale discernimento e potere critico e volitivo che lo inducono a compiere atti che una persona di media capacità non si sarebbe indotta....(Cass. Pen.1/6/87, Palumbo).

Ma sempre secondo la giurisprudenza: "La vecchiaia fisiologica non costituisce, di per sé sola, uno stato di deficienza psichica...(Cass. Sez.V:27/10/78 e 8/6/79).

Invece la vecchiaia patologica, specie se le facoltà deteriorate riguardano le funzioni cognitive, può costituire una condizione di deficienza psichica perché pone il soggetto in uno stato di svantaggio rispetto ad una persona di media capacità della stessa estrazione socio-culturale; se tale svantaggio è obiettivo ed evidente *ictu oculi* si realizza il presupposto per la circonvenzione.

I processi di urbanizzazione, nel tempo, hanno profondamente modificato il nucleo familiare; pertanto l'anziano che vive con i figli è solo il 2% fino ai 79 anni, tale percentuale sale al 10% per gli anziani con più di 80 anni.

In Europa gli anziani che vivono in coppia ed hanno un'età compresa tra i 65 e 79 anni sono il 60%, mentre il 45% con più di 80 anni abita da solo in seguito al decesso del coniuge.

Gli anziani molto spesso vengono per così dire "parcheeggiati" negli ospedali, per impossibilità di gestione da parte dei familiari, i quali sono legati a ritmi di vita e lavorativi molto stressanti per cui ricoverare il proprio congiunto sembra loro la soluzione più ottimale; soluzione che se da una parte è la migliore per i familiari non lo è certamente per l'anziano, il quale si vede portare in ambiente ospedaliero senza causa apparente con la scusa che è bene fare degli accertamenti in quanto egli notoriamente risulta portatore di diversi "acciacchi".

Ma ciò non risponde proprio a realtà in quanto l'anziano deve essere considerato una persona sana ed attiva, compatibilmente ai limiti imposti dalla globale decadenza dell'organismo.

Da tale situazione ne deriva che i ricoveri dei pazienti anziani sono spesso "impropri" rispetto al tipo di patologia presente, ed "incongrui" rispetto alla durata dei ricoveri stessi; da studi recenti è emerso che circa il 30% del totale dei ricoveri non sia realmente necessario, ciò con chiare ripercussioni economiche oltre che umane.

È necessario guardare entrambi i lati della medaglia e pertanto ci si chiede se sia giusto "tenere in casa" a tutti i costi un anziano che non può essere gestito domiciliariamente; questo "umanitarismo" che tende a rendere superflue le istituzioni (case di riposo, ospedali) non è che un comodo rifugio per chi non vuole ammetterne la utilità, ritenendole organi che non funzionano: anche questo aspetto rappresenta un maltrattamento al paziente anziano così come viceversa quello di istituzionalizzare il paziente a tutti i costi.

Pertanto le giuste scelte sono quelle ponderate e valutate caso per caso in base a notevoli variabili quali ad esempio lo stato di salute fisico e psichico, il contesto familiare, le possibilità economiche, etc; esplicitandosi il bisogno di "assistenza geriatrica" in due aspetti: quello preventivo e quello medico-specialistico, tenuto anche conto che i rapporti con la famiglia possono diventare difficili per le necessità pratiche dell'assistenza come quando la famiglia non è in grado di assistere l'anziano molto malato ed impossibilitato a muoversi.

Diversi sono invece quei casi di vero e proprio abbandono di persone anziane non autosufficienti economicamente da parte dei loro familiari.

A questo riguardo il Codice Penale, all'art.591, così recita: "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito...".

Ed ancora l'art. 433 del Codice Civile stabilisce un vero e proprio obbligo giuridico alimentare a carico del nucleo familiare in soccorso del parente che versa in stato di bisogno, mentre l'art.438 sempre del Codice Civile stabilisce che gli alimenti possono essere chiesti solo da chi versa in stato di bisogno e non è in grado di provvedere al proprio mantenimento; misura degli alimenti che va stabilita in proporzione al bisogno di colui che li domanda e alle condizioni di chi deve erogarli: il codice quindi riserva un efficace rimedio contro questi atti di inciviltà.

Si possono quindi generalmente distinguere due tipi di maltrattamento:

- a) psicologico e morale; e quindi con violenza psichica e verbale, solitudine ed abbandono morale, oltre che materiale, instillazione conscia ed inconscia del senso d'inutilità con tendenza alla autosvalutazione e alla elaborazione di tematiche suicidarie.
- b) fisico: con percosse dirette o mediante l'uso di mezzi lesivi, ustioni, malnutrizione (sia qualitativa che quantitativa) e lesioni iatrogene causate da scorretta ed impropria somministrazione di farmaci.

La condizione psicofisica, nella quale si viene a trovare l'ultra65enne è di sicuro strettamente correlata alla tipologia dei reati. Ad esempio i delitti economici che sempre più spesso si rilevano tra i fatti di cronaca sono certamente da imputare alla maggior facilità dell'anziano a cadere vittima di un plagio nonché alle condizioni di inferiorità psichica in cui si trova.

Inoltre l'anziano è spesso vittima di aggressioni, sia fuori che in casa. I dati ISTAT, in proposito, non sono affatto confortanti. Dall'ultima indagine multiscopo sulle famiglie del 1997 e, per alcuni aspetti, da quella precedente del 1991 emergono dati inquietanti. Se da un lato dal 1993 al 1997 non si è verificato un aumento di fatti delittuosi diretti contro la persona, quali borseggi e scippi (Tab. IV.34.1), dall'altro gli individui prescelti sembrano essere quelli con più di 65 anni e di sesso femminile (Tab. IV.34.2). Bisogna comunque dire che in Italia non tutti gli anziani hanno la stessa probabilità di cadere vittime della microcriminalità. I fatti delittuosi presentano una diversa ripartizione geografica tra Nord e Sud ed anche tra grande e piccolo Centro (Tab. IV.34.3). Infatti, gli scippi sono più frequenti nel Meridione, mentre i borseggi si verificano con maggior frequenza nelle regioni del Nord, ma in entrambi i casi le persone che abitano nei Comuni con più di 10.000 abitanti e nei Comuni centrali delle aree di grande urbanizzazione sono quelle più a rischio. Nell'indagine multiscopo sono state riconosciute come aree di grande urbanizzazione ben 11 città e precisamente Roma, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Napoli, Bari, Palermo, Catania.

Nell'indagine ISTAT del 1991 sono state prese in considerazione anche altre variabili, quali l'ora ed il luogo in cui si è verificato il fatto e l'età degli autori che lo hanno commesso; i dati che sono emersi sicuramente aiutano a definire meglio il problema e quindi a formulare delle ipotesi per poterlo arginare. Nei due periodi considerati, Dicembre 1987 - Maggio 1988 e Dicembre 1989 - Maggio 1990, è stata registrata una prevalenza di fatti delittuosi durante il giorno, rispettivamente il

Tab IV.34.1 - Persone scippate o borseggiate, famiglie per furti subiti negli ultimi 12 mesi nell'abitazione in cui vivono o in quella secondaria, eventuali denunce alle autorità competenti - Anni dal 1993 al 1997

ANNI	Persone		Famiglie		Denunce	
	Scippate (a)	Borseggiate (a)	Furto nella abitazione (c)	Scippi (b)	Borseggi (b)	Furto nella abitazione (d)
1993	1,2	1,4	2,7	59,1	55,4	67,7
1994	1,2	1,5	2,8	61,7	62,2	68,7
1995	1,1	1,4	3,1	63,3	58,7	63,6
1996	1,1	1,7	3,2	60,8	60,5	70,6
1997	1,0	1,5	3,3	67,8	58,5	71,2

Tab IV.34.2 - Persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno subito scippi o borseggi per luogo, eventualmente denuncia, classe di età e sesso. Anno 1997 (dati in migliaia)

CLASSE DI ETÀ	Persone scippate	Nel Comune in cui risiede	Altra località in Italia	Scippi Denunciati (c)	Persone borseggiate	Nel Comune in cui risiede	Altra località in Italia	Borseggi denunciati (c)
MASCHI								
14-17	11	10	1	7	12	7	4	5
18-24	15	8	6	11	35	11	18	22
25-34	41	21	18	27	53	23	26	35
35-44	31	16	13	22	50	20	26	25
45-54	25	16	8	20	54	37	12	35
55-64	20	11	5	11	40	22	14	29
65 - e più	18	12	3	14	61	41	17	26
<b>Totale</b>	<b>161</b>	<b>94</b>	<b>55</b>	<b>112</b>	<b>304</b>	<b>162</b>	<b>118</b>	<b>175</b>
FEMMINE								
14-17	2	-	2	2	23	8	11	7
18-24	26	15	11	16	56	16	36	34
25-34	53	35	16	36	67	35	30	43
35-44	31	23	7	21	77	54	17	54
45-54	66	49	13	49	57	34	20	34
55-64	69	53	13	46	60	42	17	33
65 - e più	87	76	9	52	74	63	6	40
<b>Totale</b>	<b>334</b>	<b>251</b>	<b>71</b>	<b>223</b>	<b>415</b>	<b>252</b>	<b>136</b>	<b>245</b>
MASCHI E FEMMINE								
14-17	13	10	3	9	35	16	14	11
18-24	41	23	17	26	91	27	54	56
25-34	94	56	35	63	120	58	56	78
35-44	62	39	20	43	127	73	43	79
45-54	91	65	21	69	111	71	31	68
55-64	89	64	18	58	99	64	31	62
65 - e più	105	89	12	66	134	105	23	66
<b>Totale</b>	<b>495</b>	<b>345</b>	<b>126</b>	<b>335</b>	<b>718</b>	<b>414</b>	<b>253</b>	<b>420</b>

(c) in riferimento all'ultimo evento  
(ISTAT, Indagine multiscopo, 1997)

53,3% ed il 51,2% (Fig. IV.34.1 e Fig. IV.34.2), con una maggior frequenza nei luoghi all'aperto, come strade e piazze (Fig. IV.34.3 e Fig. IV.34.4).

Di particolare interesse sono i dati riguardanti l'età dell'autore del fatto delittuoso (Fig. IV.34.5 e Fig. IV.34.6). Nei due periodi considerati dall'indagine del 1991, i ragazzi di età compresa tra i 18 ed i 29 anni sono quelli maggiormente rappresentati, rispettivamente con il 40,4% ed il 42,4%. Se si considerano anche i giovani con meno di 14 anni e quelli di età compresa tra i 14 ed i 17 anni, la percentuale sale fino al 68,7% (nel primo periodo) ed al 72,9% (nel secondo periodo). Pertanto,

Tab IV.34.3 - Persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno subito scippi o borseggi per luogo, eventualmente denuncia, furti nelle abitazioni, per ripartizione geografica e tipo di Comune. Anno 1997 (dati in migliaia)

	Persone scippate	Nel comune in cui risiede	Altra località in Italia	Scippi denunciati	Persone borseggiate (c)	Nel Comune in cui risiede	Altra località in Italia	Borseggi denunciati	Famiglie che hanno subito furti	Furti denunciati (c)
<i>Ripartizione geografica</i>										
Italia Nord-Occidentale	131	91	34	101	227	121	91	134	266	190
Italia Nord-Orientale	58	36	19	41	159	87	62	90	144	113
Italia Centrale	87	68	10	61	146	103	35	85	99	66
Italia Meridionale	163	113	46	99	128	78	42	78	131	91
Italia Insulare	56	38	16	32	58	25	23	33	60	38
<b>Italia</b>	<b>495</b>	<b>345</b>	<b>126</b>	<b>335</b>	<b>718</b>	<b>414</b>	<b>253</b>	<b>420</b>	<b>700</b>	<b>498</b>
<i>Tipo di comune</i>										
Comune centro dell'area metropolitana	143	133	6	103	147	126	14	82	108	73
Periferia dell'area metropolitana	78	46	26	49	98	48	40	60	115	76
Fino a 2.000 abitanti	16	4	11	11	40	14	24	25	30	19
Da 2001 a 10.000 abitanti	59	19	36	35	139	43	86	82	162	118
Da 10.001 a 50.000 abitanti	113	77	31	74	154	76	63	90	179	133
50.001 abitanti e più	86	67	16	64	140	107	27	81	106	80
<b>Italia</b>	<b>495</b>	<b>345</b>	<b>126</b>	<b>335</b>	<b>718</b>	<b>414</b>	<b>253</b>	<b>420</b>	<b>700</b>	<b>498</b>

(c) in riferimento all'ultimo evento - (d) principale o secondaria (ISTAT, indagine multiscope, 1997)

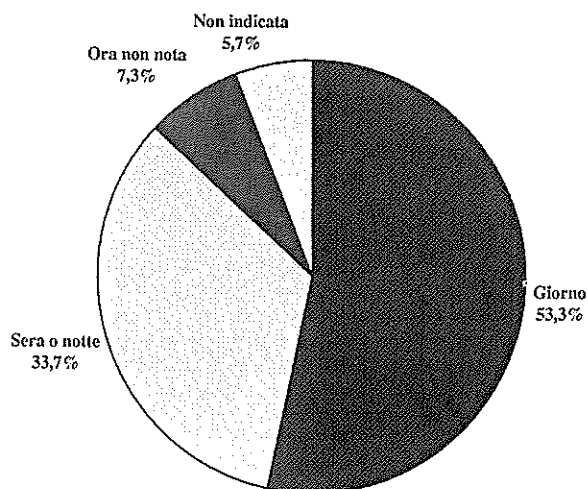


Fig. IV.34.1 - Fatti delittuosi per ora in cui è avvenuto il fatto. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1987-Maggio 1988 (Distribuzione percentuale) (ISTAT, Indagine multiscope, 1991)

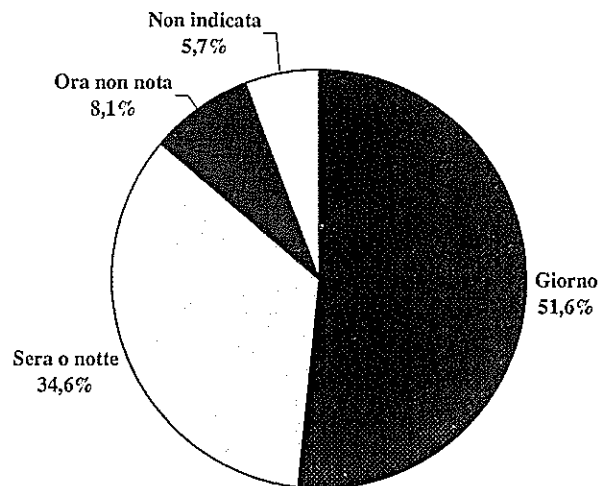


Fig. IV.34.2 - Fatti delittuosi per ora in cui è avvenuto il fatto. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1989-Maggio 1990 (Distribuzione percentuale)(ISTAT, Indagine multiscopo, 1991)

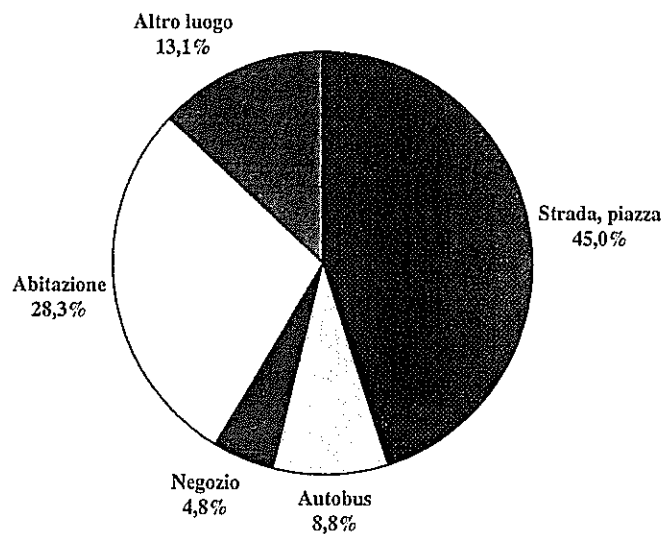


Fig. IV.34.3 - Fatti delittuosi per luogo in cui è avvenuto il fatto. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1987-Maggio 1988 (Distribuzione percentuale) (ISTAT, Indagine multiscopo, 1991)

gli anziani sono soprattutto le vittime di ragazzi con meno di 30 anni, che agiscono frequentemente spinti dal bisogno di denaro, necessario per comprare la loro "dose" dagli spacciatori di droga, oppure perché si trovano sotto l'effetto di sostanze stu-



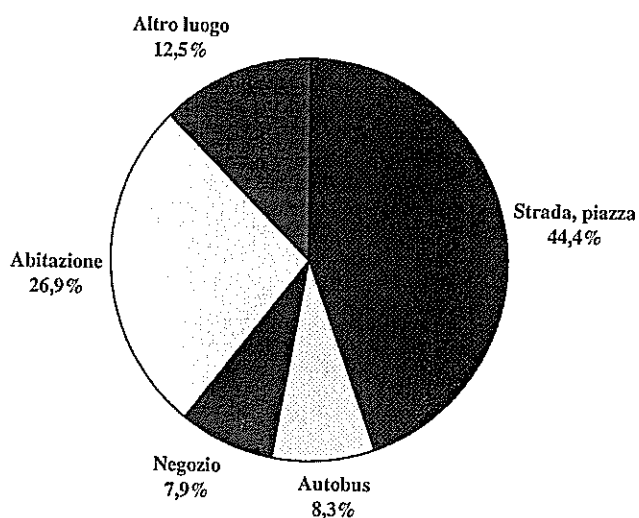


Fig. IV.34.4 - Fatti delittuosi per luogo in cui è avvenuto il fatto. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1989-Maggio 1990 (Distribuzione percentuale) (ISTAT, Indagine multiscopo, 1991)

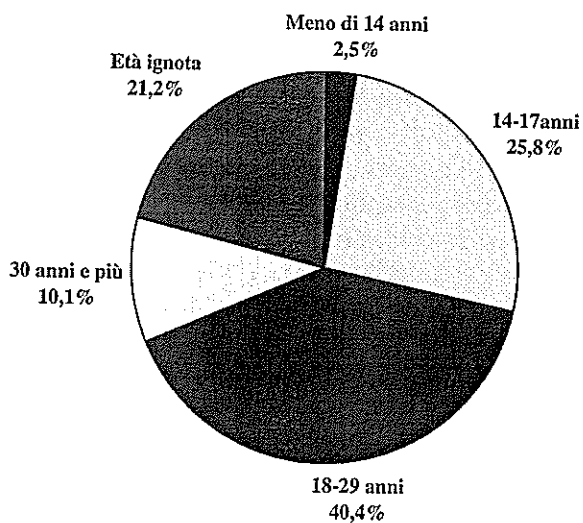


Fig. IV.34.5 - Fatti delittuosi con numero degli autori noto alla vittima per età presumibile dell'autore o, del più giovane tra gli autori. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1987-Maggio 1989 (Distribuzione percentuale) (ISTAT, Indagine multiscopo, 1991)

pefacenti od eccitanti, come riferito dalle stesse vittime della microcriminalità (rispettivamente 8,6% e 7,9% nei due periodi).

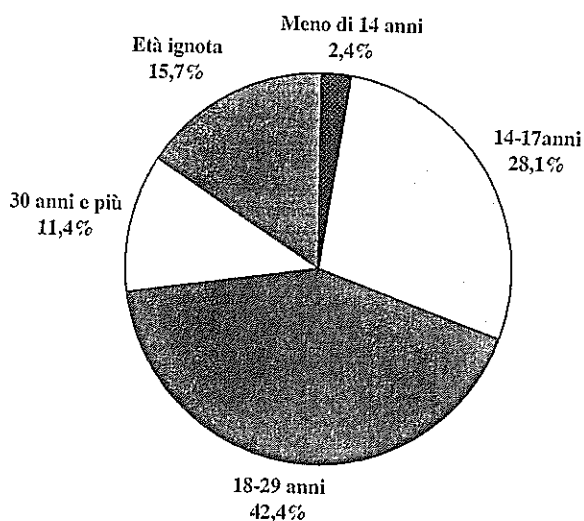


Fig. IV.34.6 - Fatti delittuosi con numero degli autori noto alla vittima per età presumibile dell'autore o, del più giovane tra gli autori. Dodici mesi precedenti le interviste di Dicembre 1989-Maggio 1990 (Distribuzione percentuale) (ISTAT, Indagine multiscopo, 1991)

Un altro dato che emerge dall'indagine ISTAT del 1997 e che merita sicuramente di essere considerato è l'incremento dei furti nelle abitazioni (Tab. IV.34.1): in questi ultimi anni si è passati dal 2,7% nel 1993 al 3,3% nel 1997. Questi numeri fanno sicuramente porre delle domande: in quante di queste abitazioni vivono persone anziane e sole? Quanti di questi episodi di furto sfociano in azioni criminali? Quanti anziani cadono vittima di omicidi? Nel 1997 l'Eurispes ha richiamato l'allarme, e denuncia l'uccisione di 1.320 ultra 60enni nel periodo 1989-1996; con maggior incidenza in Sicilia, seguita dalla Calabria, Campania e Puglia. Le donne anziane sono state il bersaglio della malavita imperante; gli anziani, donne o uomini che siano, vivono per lo più soli e pertanto quasi emarginati dal resto della società. Inoltre l'Italia, che presenta una disponibilità molto bassa rispetto ai paesi europei di posti in case di riposo (appena 20 posti per 1000 ultra65enni, contro la media di 50 posti letto per 1000 ultra65enni dell'Europa), è ancora lontana dall'assicurare alla persona anziana una valida alternativa al vivere da soli in casa.

Questo tipo di violenza ingenera, tra l'altro, come grave ripercussione psichica il rischio di claustrazione, cioè di chiusura in casa, e un sentimento di sfiducia generale verso la società con facile insorgenza di fatalismo e disperazione quando non porta anche gravi conseguenze fisiche a seguito di caduta con rischio di fratture e quindi di ospedalizzazione.

Cosa può fare dunque l'anziano per evitare di cadere vittima di tali azioni criminali? È certo che una vera azione preventiva, universalmente valida, ancora non esiste

e che forse l'unica soluzione al problema sia "il buon senso". L'anziano, soprattutto quando vive solo o lontano dai suoi familiari, cerca persone con cui trascorrere il proprio tempo e condividere i propri pensieri, le proprie esperienze. Questo, però, lo porta spesso ad essere avvicinato facilmente da individui che hanno tutt'altra intenzione, e a cadere così vittima della microcriminalità. Sarà quindi opportuno che vengano evitate quelle situazioni "a rischio", come ritirare da solo la propria pensione o aprire la porta di casa a persone che non si conosce, etc.

Vi sono poi le cosiddette violenze domestiche e cioè quelle messe generalmente in atto da parenti, amici, vicini di casa etc.; per quanto riguarda il primo punto il codice penale, all'art.572, prevede che chiunque maltratta una persona della famiglia è punito con la reclusione.

È doveroso aggiungere però che in gran parte di questi casi il maltrattamento è derivato da situazioni di esasperazione del curante domestico, magari a seguito di un disturbo del comportamento dell'anziano nell'ambito di una malattia demenziale.

Infatti anche la persona di famiglia animata dai migliori sentimenti se costantemente sollecitata da comportamenti aggressivi e irritanti può non essere più tollerante e reagire impulsivamente.

Sarebbe opportuno per evitare queste incresciose ma gravi situazioni che vi fosse una corretta distribuzione degli oneri terapeutico-assistenziali fra i familiari e il personale curante professionale nonché la possibilità di disporre di strutture cosiddette di alleggerimento come i centri diurni terapeutici e i soggiorni temporanei di sollievo al fine di alleggerire i familiari di quel carico assistenziale impegnativo e continuativo di cui sono indiscussi portatori.

La violenza che invece insorge negli istituti di ricovero generalmente scaturisce da una serie di fattori quali un comportamento aggressivo del paziente, una scarsa capacità di tolleranza del curante, un ambiente di lavoro non adeguato professionalmente oppure completamente fuori legge, la negligente condotta del personale attraverso una trascuratezza medico-assistenziale, un'inutile sedazione farmacologica, etc.

Al fine di prevenire situazioni di siffatta gravità sarebbe a nostro avviso auspicabile che venissero istituiti, da parte delle competenti Autorità, dei servizi di controllo finalizzati solamente alla verifica della corretta gestione delle strutture sopra menzionate anche a mezzo di ispezioni domiciliari e con la collaborazione, se necessaria, di un esperto medico legale perché solo questi, nei casi di maltrattamento di difficile interpretazione e riconoscimento, saprà più di ogni altro sanitario formulare una precisa diagnosi evidenziando in modo corretto come iatrogene quelle lesioni che inizialmente possono essere considerate come accidentali, nonché raccogliendo una precisa anamnesi ottenuta vincendo quella reticenza dell'anziano che cerca sempre di trovare una giustificazione ai fatti accaduti a suo svantaggio arrivando fino al punto di colpevolizzarsi.

È inutile in questa sede ricordare come il codice penale agli artt. 582 e 583 tuteli l'integrità fisico-psichica della persona e consideri l'incolumità di ciascun individuo come un bene non solo del singolo ma anche della collettività, in quanto la persona è vista come parte integrante e non avulsa della vita sociale.

Ma l'atteggiamento culturale della nostra società verso gli anziani resta sostanzialmente negativo, basta considerare al riguardo la diversa risposta emotiva della gente (amplificata e diffusa incoercibilmente dai mass media) alla notizia di disgrazie che colpiscono i bambini rispetto a quelle che interessano i vecchi e che destano reazioni modeste e sottotono.

Ultimamente in occasione della Conferenza per l'anno internazionale delle persone anziane 1999, indetta dal Governo il 25-27 maggio 1999, il problema della sicurezza dell'anziano è stato ampiamente dibattuto ad alto livello e con l'intervento delle maggiori autorità dello Stato.

"Vivere in sicurezza" è stato lo slogan che ha dato forza al convegno; sicurezza cioè legale, sociale, esterna nel territorio, interna anche nella casa, sicurezza che deve essere fisica e non solo fisica dell'anziano, sì da consentire ad esso una dignità e qualità di vita; sicurezza che prevede non solo la repressione dei fenomeni negativi ed illeciti a danno degli anziani, ma anche predisposta tutta sul piano della prevenzione.

La nostra società conosce cambiamenti rapidi e radicali che, spesso, non siamo in grado né di prevedere né di governare. Devono essere ricercate soluzioni non emarginanti, che riaffermino l'uguaglianza degli anziani, la pienezza dei loro diritti, al fine di non renderli più destinatari di solidarietà ma farli diventare soggetti di solidarietà: solo in questo modo potranno essere considerati realmente parte integrante della società, e solo in questo modo una nazione civile e democratica potrà considerarsi degna dei propri cittadini nella convinzione che il presente degli anziani sarà il nostro futuro.

Sull'esempio di altri Stati che hanno preso le difese dell'anziano contro ogni tipo di violenza, ci si augura che anche in Italia sorgano iniziative del genere. In proposito ne citiamo alcune: Action Elder Abuse (Gran Bretagna), National Center on Elder Abuse con la Help Line (USA), Task Force (Australia), Task for Elder Abuse and self-neglect (Canada), Association "Allò Maltraitance-ALMA (Francia). In particolare, l'associazione francese fondata da R. Hugonot a Grenoble ed estesasi rapidamente in tutto il paese, si basa sul collegamento telefonico diretto con l'anziano, sugli interventi opportuni, le cure primarie e la cooperazione di medici di medicina generale. Decisamente significativo in Italia il "Progetto sicurezza anziani" formulato dallo SPI-CGIL nel 1998, che interessa l'anziano sia come fruitore che come creatore di sicurezza e lo coinvolge a livello disponibilità ed attività al servizio della società (i "nonni civici" a disposizione per la salvaguardia della scuola, dei percorsi, di numerosi gruppi di anziani, ecc.). Infine va segnalato che è in corso di approvazione al Parlamento la legge delle cosiddette "strutture affettive", ovvero una rete di servizi per tutti coloro che sono nel bisogno, tra i quali anche gli anziani.

### **Bibliografia**

1. AA.VV. Anziani protagonisti nella vita sociale verso una società per tutte le età. Roma: Pellicani editore, 1999.
2. AA.VV. Gli anziani i diritti e le risposte. Roma: Edizioni Lavoro, 1988.
3. Antonini FM, Venturi G. La violenza all'anziano, *Giorn Gerontologia* 1999; 47: 497-503.
4. Bandini T, Gatti U, Marugo MI, Verde A. Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale. Milano: Giuffrè, 1991.
5. Bettini R, Ferrari M, Volanti F, Ferrari D. Troppi ricoveri ospedalieri impropri per gli anziani. *Medicina generale* 24, 1994.
6. Carrieri F, Catanesi R, Greco O. La vecchiaia. Milano: Giuffrè, 1992.
7. Fisk J. Abuse in the elderly. In: Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: University Press, 1997.
8. Gullotta G. La vittimologia: aspetti criminologici. In: Ferracuti F, ed. *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense Vol. 3*. Milano: Giuffrè, 1987.
9. Hugonot R. *La viellez maltraitée*. Paris: Dunod, 1998.
10. Ingrassia G. La violenza sull'anziano in famiglia. *Riv Ital Med Sociale* 1997; 70-9.
11. Melino C, Rubino S, Allocca A, Messineo A. *L'ospedale*. 3.ed. Roma: SEU, 2001.
12. Nuvolone P. La vittima nella genesi del delitto. *Indice Penale*, 640, 1973.
13. Nuvolone P. *Il sistema del Diritto Penale*. Padova: Cedam, 1976.
14. Perico G. Anziani "cronici" non autosufficienti. Rilevi giuridico-legislativi e note etico-sociali. *Aggiornamenti sociali* 1998; 7-8: 493-94.
15. Ponti G. La vittima. *Compendio di Criminologia*. Milano: Cortina Ed., 1990: 480.
16. Soffientini D. Anziani: potranno vivere sicuri? *Qualità Equità* 1999; 5 (17): 31-8.
17. Spiridigliozzi S, Antonelli P, Bossi A, Abetti P, De Luca S. Il ruolo della famiglia nelle residenze per anziani. *Difesa Sociale* 1998; 6: 129-35.

### **Capitolo IV.34.1**

## **Il custode sociale**

(P. Abetti, V. Saracino)

Il fenomeno del maltrattamento dell'anziano è quanto di più deplorabile possa verificarsi in un contesto sociale ed economico evoluto, anche se purtroppo rappresenta una negativa realtà in continua progressione.

A completamento di quanto esposto dagli Autori del precedente capitolo, sottolineiamo l'importanza di procedere ad una revisione mirata dei servizi offerti