



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 106

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul femminicidio, nonché su ogni forma di
violenza di genere**

AUDIZIONE DEL DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA SEM-
PLICE AUTONOMA (UOSA) CRONICITÀ E FRAGILITÀ NEGLI
ANZIANI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
SENESE LE SCOTTE

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

115^a seduta: martedì 5 luglio 2022

Presidenza della Presidente VALENTE

I N D I C E**Audizione del direttore dell'Unità operativa semplice autonoma (UOSA) Cronicità e fragilità negli anziani dell'Azienda ospedaliera universitaria senese Le Scotte**PRESIDENTEPag. 3,9 | *BELLINI* Pag. 3**Comunicazioni della Presidente**

PRESIDENTE Pag. 9 |

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Insieme per il futuro – Centro Democratico: Ipf-CD; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Uniti per la Costituzione-C.A.L. (Costituzione, Ambiente, Lavoro)-Alternativa-P.C.-Ancora Italia-Progetto SMART-I.d.V.: UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV; Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-IpI-PVU; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-ManifestA, Potere al Popolo, Partito della Rifondazione comunista-Sinistra europea: Misto-Man.A PaP PRC-Se.

Interviene, in videoconferenza, il direttore dell'Unità operativa semplice autonoma (UOSA) Cronicità e fragilità negli anziani dell'Azienda ospedaliera universitaria senese Le Scotte, dottor Marco Antonio Bellini.

È presente, in videoconferenza, la dottoressa Vittoria Doretti, collaboratrice della Commissione, ai sensi dell'articolo 23 del Regolamento interno.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che l'audito e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Preciso che, ai sensi del regolamento interno, sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del direttore dell'Unità operativa semplice autonoma (UOSA) Cronicità e fragilità negli anziani dell'Azienda ospedaliera universitaria senese Le Scotte

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del direttore dell'Unità operativa semplice autonoma (UOSA) Cronicità e fragilità negli anziani dell'Azienda ospedaliera universitaria senese Le Scotte.

Saluto dunque il dottor Marco Antonio Bellini, che ringrazio per avere accolto il nostro invito e al quale cedo subito la parola.

BELLINI. Signora Presidente, onorevoli senatrici e senatori, vi ringrazio per l'invito che mi dà l'opportunità di parlare di un tema che mi è molto caro come uomo e come cittadino, prima ancora che come medico: mi riferisco al fenomeno della violenza contro le persone anziane, un fenomeno che purtroppo è in aumento in tutto il mondo ed è legato all'aumento della durata media della vita.

Sappiamo che i tipi di violenza nei confronti delle persone anziane possono essere classificati come abuso fisico, abuso psicologico, abuso economico oppure come privazione o abbandono.

Nonostante il crescente aumento dei reati denunciati ai danni di soggetti anziani, il fenomeno rimane però ancora poco noto e sottostimato: ogni 24 segnalazioni di violenza, un caso riguarda persone anziane. Il motivo di questa incompleta emersione è da imputare ad una serie di problemi, non solo di carattere giuridico ma anche e soprattutto di carattere culturale e psicologico: mancano gli strumenti di rilevazione unica, cosa che rende molto difficile riconoscere segni, così come manca la consapevolezza da parte della vittima della propria condizione di abusato.

Purtroppo i dati disponibili relativi al fenomeno sono pochissimi e sono quelli riconducibili ad alcuni studi pubblicati soprattutto in letteratura. Tali dati ci dicono che la maggior parte degli abusi viene subita all'interno del nucleo familiare, in un contesto di accudimento nel quale l'abusato vede tradita la propria fiducia da parte dell'abusante.

Secondo alcuni studi – si tratta chiaramente di valori di stima, perché non è possibile ricavare un dato certo – nel mondo sarebbero circa 141 milioni all'anno (quindi una persona su sei) i soggetti sopra i sessant'anni vittime di abuso. In Italia le vittime *over 60* sarebbero circa 4 milioni – si tratta sempre di dati di stima – di cui 2,9 milioni avrebbero subito un maltrattamento psicologico, 600.000 sarebbero invece le truffe finanziarie a carico di anziani, 400.000 le violenze fisiche e 100.000 le violenze sessuali ogni anno.

Prima di parlare specificamente della violenza nei confronti delle donne anziane, intendo porre l'accento sull'abuso dell'anziano in generale e su alcuni fattori di rischio comuni rappresentati dall'età avanzata della vittima, dalle condizioni di disabilità fisica e cognitiva, dall'impossibilità e dalla difficoltà di comunicare l'abuso subito. Esistono purtroppo anche dei fattori di rischio legati al contesto, agli operatori, specialmente a quelli sanitari. Non dimentichiamo, infatti, che una forma frequente di violenza è quella dell'abuso istituzionale perpetrato in alcune situazioni assistenziali: in questo caso i fattori di rischio sono legati alla mancanza di formazione sul tema da parte del personale, alla mancanza di consapevolezza delle conseguenze delle proprie azioni oppure al fatto di anteporre le proprie esigenze o quelle dell'organizzazione alle esigenze dell'individuo da sostenere.

Alcuni studi effettuati in sei Paesi europei ci dicono che il 64,2 per cento del personale degli ospedali e di altre strutture di assistenza ha ammesso di avere esercitato forme di abuso nei confronti di soggetti assistiti nel corso dell'anno precedente.

Si tratta quindi di un problema molto importante, purtroppo sottostimato, che è necessario affrontare in prima battuta, così da poterlo capire e dimensionare.

Per quanto riguarda le donne anziane, dobbiamo tenere conto del fatto che l'Italia è un Paese che sta invecchiando molto rapidamente, caratterizzato da un numero elevato di soggetti ultrasessantenni e ultrases-

santacinquenni. Al 1° gennaio 2021 in Italia erano presenti 13 milioni e 941.531 soggetti con più di sessantacinque anni e al 1° gennaio 2022 il numero era ancora maggiore, 14 milioni e 46.000. L'Italia è un Paese con un elevato indice di vecchiaia (182,6 nel 2021). Ricordo che l'indice di vecchiaia è il numero dei soggetti che hanno più di sessantacinque anni rapportato al numero dei giovani fino a quattordici anni; pertanto, l'indice che vi ho citato sta a significare che ogni 100 giovani fino a quattordici anni ci sono 182,6 soggetti con più di sessantacinque anni.

Aggiungo che in Italia l'indice di dipendenza strutturale della popolazione è piuttosto elevato (57,3): ciò significa che per ogni 100 persone in età attiva ce ne sono 57 non attive, quindi al di sotto dei quattordici anni e con più di sessantaquattro. C'è da dire, inoltre, che nel nostro Paese la componente femminile è la parte maggioritaria tra gli anziani, soprattutto fra i grandi anziani, perché le donne vivono di più, anche se non sempre meglio.

I dati disponibili riguardanti la violenza contro le donne anziane sono pochissimi, quindi non si capisce bene se il genere rappresenti un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a quelli di cui ho parlato poco fa legati all'età avanzata, allo scarso reddito e al rischio di disabilità. In ogni caso, le stime ci dicono che in Italia un anziano su tre è vittima di abusi: se recuperiamo il dato che ho indicato poco fa secondo il quale nel mondo un anziano su sei è vittima di violenza, in Italia il numero di abusi sulle persone anziane è circa il doppio rispetto agli altri Paesi. Dei 4 milioni di soggetti anziani che si stima subiscano abusi, circa 2,5 milioni sono donne, 2.800 sono vittime di violenze sessuali, 600.000 subiscono truffe finanziarie, mentre 25.210 anziani che vivono in strutture sanitarie sono vittime di violenze verbali e fisiche.

Ricordo che in Italia il tasso di disabilità è molto elevato: nel nostro Paese ci sono circa 3 milioni e 150.000 soggetti disabili, di cui 1,5 milioni con più di settantacinque anni, mentre un milione sono donne e la disabilità è un fattore di rischio aggiuntivo.

Nel tentativo di capire le cause della mancata emersione del fenomeno, bisogna cercare di avere una sensibilità particolare, perché si tratta di un fenomeno che si inserisce in contesti di accudimento e familiari: spesso il maltrattante può essere un figlio, un badante, per cui la difficoltà nel denunciare l'abuso subito è legata al timore da parte delle donne abusate di essere allontanate dal proprio ambiente familiare; in alcuni casi accade anche che ci si trovi addirittura di fronte a una giustificazione delle condotte violente o criminali ritenute meritate dalle stesse vittime. Non dimentichiamo poi un altro aspetto molto importante, vale a dire la presenza di disabilità e di isolamento sociale, che rende ancora più difficile l'emersione del fenomeno. Una quota parte della colpa è in capo anche agli operatori sanitari che tendono a considerare poco attendibili le segnalazioni, proprio per la mancanza di strumenti, come vedremo meglio più avanti. Da ultimo, c'è da segnalare anche l'influenza di retaggi culturali.

Uno studio del 2020, che sicuramente conoscerete, relativo al decennio 2010-2019, ha evidenziato come su 1.207 donne vittime di femmini-

cidio in Italia il 27,1 per cento avesse un'età superiore ai sessantacinque anni; ciò dimostra che nel nostro Paese questa fascia di età è colpita in maniera significativa.

Vorrei sottolineare l'aspetto del contesto familiare, nel senso che si rileva che la maggior parte dei fenomeni avviene all'interno delle case e delle strutture. La pandemia ha incrementato i casi di violenza perché ha costretto le donne a vivere all'interno delle mura domestiche: la sospensione degli accessi nelle case di cura o all'interno degli ospedali, per esempio, ha favorito il fenomeno.

Detto ciò, è molto importante che le istituzioni non sottovalutino questa tipologia di violenze, ma è necessario trovare ogni modo e ogni mezzo per poterne facilitare l'emersione. A tale proposito mi permetto di indicare alcuni aspetti che ritengo importanti e che potrebbero in qualche modo favorirla.

Alla base di qualsiasi linea progettuale che si voglia mettere in atto per cercare di arginare il fenomeno deve esserci necessariamente un intervento volto a ridurre il senso di isolamento e ad aumentare il supporto sociale. Secondo il mio parere, sarebbe molto importante, per esempio, l'istituzione di un *focus* nazionale sulla violenza esercitata sulle donne anziane. Come dicevo poco fa, infatti, la mancanza di dati è molto penalizzante per la quantificazione del fenomeno, per cui bisogna necessariamente implementare la raccolta delle prove sulla tipologia e sulla portata degli abusi. È dunque opportuno, anche al fine di cominciare a disegnare una mappa degli interventi – che sarà basata ovviamente su un lavoro di rete – prevedere di istituire un punto di osservazione a livello nazionale sulla violenza nei confronti di questa specifica fascia di popolazione.

Sono dunque necessarie, a mio avviso, campagne nazionali informative che coinvolgano i tribunali, le questure, il Comando generale dell'Arma dei carabinieri, oltre che le istituzioni ospedaliere, gli enti locali, l'ordine degli avvocati e le associazioni tematiche. L'auspicio sarebbe quello di arrivare all'istituzione di osservatori regionali permanenti sulla violenza non solo nei confronti dell'anziano fragile ma, più in generale, nei confronti della violenza di genere nella terza età. Questo passaggio è molto importante, perché si avverte la necessità di un collegamento e di un coordinamento di tutte le forze che, specialmente all'interno del servizio sanitario, lavorano per offrire alle vittime anziane un aiuto pronto e qualificato. Le Regioni, dunque, potrebbero istituire osservatori regionali permanenti di coordinamento e di raccordo tra i vari soggetti coinvolti, al fine di coltivare iniziative e di garantire tutti gli interventi necessari a promuovere la difesa dei diritti di queste persone, non ultimo, per esempio, il sostegno al *caregiver*.

Un altro aspetto che reputo personalmente molto importante e che ho potuto riscontrare effettuando questa indagine è quello legato ai risvolti medico-legali. Nonostante siano da lodare interventi e sforzi svolti a tutti i livelli – sto parlando specialmente del settore sanitario – si pone un problema di tipo medico-legale: nel caso di fenomeni di sospetto abuso, infatti, risulta fondamentale il momento dell'indagine di laboratorio, perché

senza di essa manca la prova. Il laboratorio, ad esempio, dovrebbe essere in grado di fornire un dato quantitativo certo per la ricerca di alcune sostanze, come quelle che possono essere usate per controllare il comportamento dell'anziano; è il caso, per esempio, di alcuni farmaci, il cui uso spesso non è in linea con il quadro patologico e la terapia del soggetto anziano. Questo rappresenta un vero e proprio abuso fisico. Per cercare di comprendere il fenomeno è quindi necessario un dato di laboratorio che sia certo, mentre purtroppo l'adozione di questo tipo di attività non appare omogenea sul territorio nazionale. Mi spiego meglio: non tutte le strutture di medicina legale e i laboratori farmaco-tossicologici delle varie aziende ospedaliere sono in grado di rispondere alle esigenze diagnostiche e forensi, potendo eseguire soltanto indagini di tipo qualitativo, stabilendo cioè se una sostanza sia stata o meno assunta. Questo però non serve a nulla; servirebbe invece molto di più un'analisi quantitativa che consenta di stabilire quanta sostanza è stata assunta, perché la somministrazione inappropriata fatta allo scopo di controllare l'emotività del soggetto, sia nei termini di ipermedicazione che di ipomedicazione, potrebbe configurare un abuso.

Sarebbe dunque opportuna un'indagine su tutto il territorio nazionale presso le strutture di medicina legale per un approfondimento del dato, così da poter adeguare tutti i laboratori farmaco-tossicologici e le strutture di medicina legale alle metodiche *standard* per poter soddisfare in tempi ragionevolmente rapidi la necessità di tali accertamenti.

Per riuscire a dimensionare il problema, caratterizzato purtroppo dall'insufficiente numero di denunce e dalla difficoltà di emersione, è fondamentale, a mio avviso, la valorizzazione delle fonti sanitarie, perché in tal modo potremmo avere degli spunti interessanti ai fini dell'organizzazione di attività mirate al riconoscimento del fenomeno.

Considerando che molto spesso il pronto soccorso è il primo rifugio delle donne anziane che hanno subito violenza, c'è da dire che purtroppo nel pronto soccorso molto spesso non esiste una formazione specifica degli operatori rispetto a questo fenomeno, che non è percepito in maniera adeguata. In sanità è dunque pericolosamente frequente la sottostima del fenomeno e spesso sono gli operatori di pronto soccorso (medici e infermieri) a dichiarare di non sentirsi preparati ad affrontare il problema e a gestire una relazione che possa essere di aiuto.

È vero anche che l'organizzazione del lavoro all'interno del pronto soccorso impone delle modalità operative e dei ritmi di lavoro che mal si adattano alla valutazione di questo tipo di problema, ma secondo me sarebbe importante invece che nei pronto soccorso esistesse un protocollo specifico: non è pensabile, infatti, che in caso di violenza venga proposto alle persone anziane lo stesso protocollo proposto a quelle più giovani. Questo approccio favorisce chiaramente la mancata emersione del fenomeno, dal momento che le persone anziane sono meno inclini ad avvicinarsi ad un percorso psicologico o a condividere le esperienze negative, essendo tipico dell'anziano avere dei sensi di colpa o di imbarazzo. Sarebbe dunque davvero opportuna, proprio a partire dal pronto soccorso,

l'applicazione di una metodologia di valutazione *standard* approfondita finalizzata all'identificazione precoce dei bisogni reali del soggetto e a dare risposte adeguate.

Nella relazione che vi ho inviato ho proposto quindi un modello di protocollo basato soprattutto sul concetto dello *screening*. I *test* di *screening* non richiedono chissà quanto tempo e sono abbastanza veloci; per cui sono convinto che, con un'adeguata formazione del personale medico e infermieristico, si riesca a impiegare cinque minuti di tempo per effettuare uno *screening* più attendibile della situazione. Ci sono strumenti a disposizione del mondo sanitario estremamente semplici, basati su pochissime domande: potrebbe quindi essere il caso di somministrare questi *test* a tutte le persone anziane che si recano al pronto soccorso. L'*optimum* sarebbe arrivare a organizzare delle squadre multidisciplinari aventi un approccio geriatrico al problema, cosa veramente importante visto che la questione della violenza sugli anziani richiede di prendere in considerazione non soltanto la violenza in sé ma anche tutta una serie di conseguenze fisiche. Un *team* multidisciplinare, dunque, costituito da un medico geriatra, da un infermiere specializzato e da un assistente sociale, in grado di prendere in carico il soggetto che ha subito questo tipo di violenza, potrebbe davvero fare la differenza.

Avviandomi a concludere, un altro aspetto che ritengo estremamente importante è quello del livello culturale. È fondamentale, a mio avviso, la promozione di interventi formativi, perché gli operatori sanitari dovrebbero avere una formazione specifica e quando parlo di operatori sanitari intendo riferirmi non soltanto a quelli del pronto soccorso ma a tutti coloro che potenzialmente hanno a che fare con il problema, a cominciare dai medici di medicina generale che rappresentano il primo momento di contatto fra soggetto e sistema sanitario. È quindi indispensabile, a mio avviso, migliorare le conoscenze dei professionisti sanitari promuovendo corsi di formazione e facilitando l'adozione di protocolli specifici. Analoga importanza hanno anche gli interventi di formazione rivolti alle Forze dell'ordine affinché anche queste in qualche modo abbiano caro il problema e riescano a comprenderlo veramente, anche nei casi più difficili.

Secondo me, poi, è molto importante promuovere una cultura della non violenza e questa è la base per intervenire contro questo e altri tipi di violenza: è necessario, cioè, il contrasto degli atteggiamenti negativi di ageismo, vale a dire quella discriminazione basata sull'essere anziani, nel nostro caso, in particolare, sull'essere donne anziane, che è frutto della diffusione di stereotipi sull'invecchiamento tipici di società come la nostra che non riconoscono il valore e il contributo delle persone anziane. Nella nostra società il discorso dell'invecchiamento è legato a quello della produttività, per cui un soggetto non più produttivo è anziano, è vecchio: questo purtroppo genera uno stereotipo che è alla base dell'ageismo. Per combattere dunque questo fenomeno occorre promuovere una nuova prospettiva e una nuova visione basate su una cooperazione tra generazioni. L'OMS e l'ONU nel marzo 2021 hanno pubblicato il primo rapporto mondiale sull'ageismo, lanciando simultaneamente la prima campagna mon-

diale sul fenomeno. L'OMS e l'ONU hanno richiamato dunque le istituzioni e le associazioni ad agire localmente per unirsi in un grande movimento che arrivi in qualche modo a concepire un mondo per tutte le età.

Credo quindi che siano molto importanti eventi di promozione della cultura della non violenza e di politiche e di leggi contro l'ageismo, oltre ad interventi di educazione ed istruzione intergenerazionali nelle scuole di ogni ordine e grado.

Voglio sottolineare infine, ma non perché meno importante, la necessità di arrivare a un potenziamento dei centri antiviolenza, al fine di rafforzare la rete, le misure e i percorsi di tutela posti in essere a sostegno delle vittime di violenza di genere. È opportuno promuovere lo sviluppo della rete dei servizi di supporto, facendo in modo che il centro antiviolenza si consolidi e si rafforzi anche a livello territoriale, promuovendo assistenza, prevenzione e contrasto non solo per favorire la presa in carico ma anche per sostenere tutti i relativi costi sociali. Il sostegno alle vittime ha quindi un'importanza anche da questo punto di vista.

PRESIDENTE. Poiché nessuno chiede di intervenire, ringrazio il dottor Bellini per la disponibilità, per la puntualità e per la relazione esauritiva e coraggiosa. La relazione, già consegnata alla Commissione e acquisita agli atti, è importante per noi e per il nostro lavoro.

Dichiaro conclusa l'audizione in titolo.

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

PRESIDENTE. Colleghi, propongo di proseguire i lavori in seduta segreta, al fine di citare per esteso gli atti giudiziari da acquisire.

Poiché non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 14,39).

(Omissis).

(I lavori riprendono in seduta pubblica alle ore 14,45).

PRESIDENTE. Colleghi, a questo punto, dopo la richiesta di acquisizione degli atti dichiaro conclusa la seduta.

I lavori terminano alle ore 14,45.

