L’Assistente Sociale e la violenza contro le donne over 65

Approfondire le caratteristiche della violenza di genere con le specificità della donna in età senile consente all’assistente sociale di riconoscere il disagio, intervenire in anticipo e più efficacemente. Nell’articolo vengono illustrati gli elementi caratterizzanti di questa doppia fragilità e un possibile approccio del servizio sociale territoriale.

Di Soraya Fortunata Rudatis *(Assistente sociale presso un ente locale)*

La società contemporanea è caratterizzata da fenomeni discriminatori e pregiudizi, fra i quali il genere e l’età. La violenza agita nei confronti delle donne è una violazione dei diritti umani; è definita una violenza di genere, una forma di discriminazione contro le donne. Essa contempla tutte le forme di violenza che provocano o sono suscettibili di provocare danni di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata (Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, 2011; Dichiarazione sull’Eliminazione della Violenza contro le Donne, Assemblea Generale delle Nazioni Unite,1993).

L’OMS definisce l’abuso sugli anziani: “un’azione singola, o ripetuta, o una mancanza di un’azione appropriata, che avviene all’interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un’aspettativa di fiducia e che causa danno o dolore alla persona anziana”. Identificando non solo l’abuso fisico, ma anche quello psicologico, sessuale, finanziario, farmaceutico, nonché l’abbandono e la trascuranza.

Anche la discriminazione e i pregiudizi a causa dell’età e del genere possono essere considerati forme di abuso. Tra i fattori di rischio, l’OMS individua l’età e, appunto, il sesso, per cui le donne risultano essere più a rischio. La diffusione di pregiudizi culturali come la discriminazione degli anziani (“*ageism*” – per cui anziano = inutile, “un peso”) e le disuguaglianze di genere, creano terreno fertile per una cultura della “tolleranza della violenza” su questo tipo di target. Una tolleranza a questo tipo di violenza, non solo da parte dell’opinione pubblica e della gente comune, ma purtroppo una tolleranza diffusa anche da parte di operatori e professionisti.

Sessismo e ageismo

La violenza è una grave violazione dei diritti umani ed è una forma di discriminazione contro le donne (dell’art.3 della Convenzione di Istanbul, in vigore dal 2014). Nel 1997 l’OMS riconosceva la violenza come un mezzo per mantenere e rinforzare la subordinazione della donna. Nella società italiana, società patriarcale, solo dal 1975, con la riforma del diritto di famiglia, sono stati riconosciuti giuridicamente alcuni diritti alle donne e solo nel 1981 è stato abrogato il delitto d’onore; possiamo quindi capire che il passaggio culturale richieda decenni per estirpare comportamenti e convinzioni maschili e femminili rispetto al riconoscimento delle forme di violenza e della relativa denuncia e protezione.

Anche la rappresentazione del fenomeno ha una ricaduta culturale: pensiamo al fatto che **gli studi sul fenomeno della violenza di genere considerano una fascia d’età che va dai 18 ai 60 anni, al massimo fino ai 70 anni**, come nel caso dell’ISTAT. Questo preconcetto, esclude la donna oltre i 70 anni come probabile vittima di violenza di genere. La donna ultra settantenne se abusata, rientrerà nei dati sul fenomeno dell’abuso degli anziani, come se dopo una certa età il fattore

genere non sia importante. Mentre un approccio prassi/teoria/prassi evidenzia come la somma di più fragilità, (es. livelli bassi di scolarizzazione, alti tassi di disoccupazione, presenza di disabilità cognitiva e/o fisica, origini straniere) comporta un doppio/triplo rischio di essere vittima di violenza.

Raramente gli studi e le ricerche sulla violenza di genere riportano la correlazione con l'età senile della donna. Solitamente troviamo studi che rilevano dati sugli abusi in età anziana, comprendendo entrambi i generi e focalizzando il tema sulla fragilità legata alla perdita dell'autonomia della popolazione dei grandi anziani.

L'OMS considera il maltrattamento delle persone anziane un grave problema sociale e di salute pubblica, ma non riconosce l'ageismo, quale discriminazione per via dell'età, allo stesso modo come il razzismo è legato al colore della pelle e il sessismo, legato al genere. Il credere che le persone anziane siano un peso, dipendenti, deboli, incapaci, favorisce l'abuso e il maltrattamento nei loto confronti, soprattutto nei "grandi vecchi". Stereotipi e pregiudizi circa le persone anziane fanno aumentare la soglia della tolleranza delle omissioni, della trascuranza, non solo negli anziani stessi, che non si riconoscono come vittime di violenze, ma anche nei caregiver e negli operatori formali.



Fonte: Foto di Sorava Rudatis, 2019

Figura 1 – "La panchina delle pantofole rosse": per non dimenticare che la violenza di genere non ha età.

La violenza contro le donne over 65

Le varie forme di abuso nella popolazione anziana vengono declinate dai vari autori con nomi diversi. Sulla base di alcuni studi ed esperienze, possiamo accorpare le varie tipologie individuando altresì possibili indicatori di disagio come segue:

1. ***Abuso psicologico***, modalità relazionale che provoca sentimenti di colpa, impotenza, vergogna e disperazione, minacce di abbandono, umiliazione, isolamento, controllo; può essere associato ad altri abusi e l'abusato può divenire abusante. *Indicatori*: atteggiamento scusante, remissivo, timoroso e insicuro, pianti improvvisi, difficoltà nei ritmi di vita, sonno/veglia e nel mangiare, agitazione, apatia, gesti autolesivi, presenza di disturbi psico-somatici, regressioni non legati a demenza etc.
2. ***Abuso fisico***, maltrattamento: uso non accidentale della forza che causa dolore e sofferenza, tramite azioni quali colpire, bruciare, ferire, legare, graffiare, costringere a mangiare, a bere, a restare a letto. Include la contenzione fisica (spondine per letto, bracciali di immobilizzazione, cintura inguinale per sedia) e farmacologica (sedazione) se non valutata e prescritta ai fini di protezione, etc. *Indicatori:* oltre ai comportamenti riscontrati nell'abuso psicologico, frequenti accessi a diversi servizi sanitari, ematomi in diversi stadi, segni di lividi simmetrici in punti di costrizione (polsi, interno coscia, braccia), precedenti lesioni e fratture non trattate, sospette bruciature (di sigaretta, acqua bollente, elettrodomestici), cadute incompatibili con lo stato della persona, tagli e abrasioni, perdite di sangue da

naso, bocca, orecchie o altri orifizi, danni al cuoio capelluto, etc.

3. ***Abuso sessuale***, sia fisico che molestie verbali, contatto sessuale non consensuale. *Indicatori:* oltre che i segnali elencati nell'abuso psicologico e fisico, presenza di perdite, dolore, irritazione nelle zone vaginali e anali, ecchimosi interno cosce e pelvi, difficoltà a stare seduti o a camminare, rifiuto improvviso di farsi aiutare nell'igiene o farsi vedere spogliati, comportamenti provocatori, ambivalenti sul piano sessuale, non riscontrati precedentemente, malattie sessualmente trasmissibili, etc.
4. ***Abbandono, negligenza, trascuranza***, assenza di assistenza quotidiana o inadeguatezza delle cure primarie (nutrizione, idratazione, igiene e mobilizzazione) e dell'ambiente di vita, ignorare esigenze mediche e fisiche, mancato accesso a servizi sanitari, sociali, educativi, etc. *Indicatori*: mancanza o limitati beni di prima necessità come acqua, alimenti, riscaldamento o raffrescamento; trascuratezza igiene personale (sia intima che unghie e capelli sporchi o infestati), assenza di ausili necessari, abbigliamento non adeguato alla stagione e non decoroso, presenza di feci/urina nel vestiario/biancheria da letto, presenza di sporcizia e insetti/animali, ambiente mal odorante. Sul piano fisico: presenza di piaghe non da decubito, reazioni cutanee, deperimento repentino/disidratazione, comportamenti apatici/aggressivi/stati di ansia/confusionali, interventi infermieristici inappropriati o assenti.
5. ***Abuso economico-finanziario***, utilizzo improprio e non autorizzato del denaro, di beni di valore e delle proprietà, senza reale consapevolezza o consenso della persona anziana. *Indicatori*: prelevamenti importanti e frequenti in contanti non motivati da spese, firme per contratti con finanziarie, mutui, atti, procure, testamenti non promossi dall'anziano, uso non consensuale del bancomat per acquisti/contanti destinati ad altri all'insaputa dell'anziana, scomparsa di oggetti di valore, presenza di una nuova persona che si fa fare regali o in cambio di piccole prestazioni pretende o riceve laute mance, compensi per assistenza sproporzionati, abuso della delega, sfruttamento ecc.
6. ***Abuso farmaceutico***, iperdosaggio di farmaci o privazione di medicamenti necessari, somministrazione di cure che causano peggioramento o alterano lo stato di vigilanza e lucidità della persona. Rientra la contenzione farmacologica. *Indicatori*: richieste dei caregiver di prescrizioni improprie, presenza di scompensi non spiegabili dalla malattia, repentino cambiamento sul piano del movimento o della lucidità dell'anziana ecc.
7. ***Abuso discriminatorio***, legato al razzismo, al sessismo, ageismo, basato sulla disabilità della persona, altre forme di molestie, insulti ecc. *Indicatori*: comportamenti abusanti legati ad una particolarità esistenziale della persona anziana.
8. ***Abuso istituzionale***, abusi derivanti dalle organizzazioni, dalle residenze sanitarie-assistenziali. *Indicatori*: bassi standard di cura, routine rigide, risposte inadeguate ai bisogni complessi, turnover operatori, operatori scarsamente formati, spersonalizzazione ecc.

In Italia, non si hanno dati sulla prevalenza del tipo di abuso (se non in qualche ricerca locale), **e comunque non vi sono specifiche in base al genere, ma riguardano gli anziani in generale**. Ricerche canadesi rilevano che il 70% dei casi di abuso sugli anziani, riguarda le donne; anche il Regno Unito ha identificato le donne come vittime di maltrattamenti nel 67% dei casi. La percezione del fenomeno, in Italia, è influenzata dalle notizie di cronaca, che fanno emergere l'attenzione per i grandi anziani (senza distinzione di genere) ricoverati in struttura, vittime di violenze fisiche e psicologiche da parte degli operatori (o dati degli interventi dei NAS, in ricoveri con carenze igienico-sanitarie).

A livello europeo, dati OMS, rilevano la prevalenza di abusi psicologici, poi quelli economico-finanziari, seguono quelli fisici e per ultimi quelli sessuali. L'incidenza è maggiore nelle persone con disabilità sia fisica che cognitiva e in condizione di non autosufficienza; ulteriori fattori di rischio sono l'età (over 80) e il genere femminile. Alcuni autori (Senim et al., 2013) e diversi studi, hanno formulato alcuni fattori di rischio legati al profilo dell'abusante, il quale, per la scarsa capacità di tollerare le necessità di assistenza dell'anziano, agisce la violenza.

Fattori di rischio generali
▪ Caregiver pressato e affaticato dall'assistenza ▪ Coniuge o figlio/a che presentano psicopatologie (quali dipendenze da sostanze, disturbi di personalità e depressione) ▪ Coniuge con demenza
Fattori di rischio legati alla tipologia di relazione fra abusante e vittima
▪ Convivenza ▪ Dipendenza reciproca (ad esempio il bisogno economico o abitativo del figlio e il bisogno di cure dell'anziana) ▪ Presenza di conflitti irrisolti fra loro, dinamiche familiari problematiche sul piano comunicativo e relazionale ▪ Figlio/a che ha subito violenze dal genitore da assistere

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 1 – Fattori di rischio che possono portare all'abuso

Vi sono anche dei **fattori protettivi** da considerare o da promuovere al fine di un cambio culturale efficace.

Fattori protettivi
▪ Empowerment delle donne anziane (la valorizzazione di ciò che possono fare per sé e per gli altri), aiutandole a conoscere e ri-conoscere le violazioni dei propri diritti; ▪ Una società informata e sensibile al tema della violenza di genere e dell'età senile; ▪ Un contesto sociale che riconosce il valore dell'età ▪ Una società multietnica, che può arricchire la cultura italiana di una nuova lettura dell'invecchiamento, che veda la persona anziana come "saggia" e abbandoni l'idea dell'anziano come un peso inutile (pensiamo ai tanti operatori socio-assistenziali di origini africane e latine che valorizzano la saggezza anziana); ▪ La prevalenza di operatori femminili che si occupano di anziani, generalmente più favorevoli al maternage e alla sensibilità sulla violenza di genere, se formate e preparate.

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 2 – Fattori protettivi

In Italia alcune ricerche locali hanno fatto emergere una forte correlazione di violenza nei confronti della donna molto anziana (over 85), con limitazioni fisiche, sensoriali e psichiche, disturbi del comportamento, non titolare di pensione, spesso non cointestataria di alloggio di proprietà, senza accesso ai conti correnti del nucleo.

Il ruolo dell'assistente sociale nella lotta alla violenza contro le donne anziane

Se l'ambito prevalente degli abusi è il domicilio, come è possibile intercettare le situazioni a rischio per l'assistente sociale di un ente locale?
Nel lavoro con le donne anziane, l'assistente sociale di norma viene contattata inizialmente dai familiari che si rivolgono per richiedere servizi, quali pasti a domicilio, assistenza domiciliare, centri diurni, strutture di sollievo, strutture residenziali. Durante questi colloqui, si raccoglie l'anamnesi personale e familiare, gli eventi critici dell'interessato e della sua famiglia, la condizione economica, abitativa, sanitaria e delle reti formali ed informali attive, le possibili risorse da mettere in campo, per individuare l'intervento più appropriato.

Talvolta, ci si trova in difficoltà a raccogliere in modo esaustivo gli elementi conoscitivi attraverso un approccio sistemico (Campanini, 2002), in quanto spesso i familiari o l'amministratore di sostegno, non sono a conoscenza di alcune informazioni o più spesso perchè non comprendono il senso di alcune domande poste dagli operatori a fronte di una richiesta di un servizio, visto come una prestazione della quale si ha diritto. Spetta al professionista verbalizzare i significati. In ogni caso l'incontro successivo con l'interessata permette di riordinare altri elementi ai fini di una valutazione. Tali colloqui devono prevedere un ambiente sereno e sicuro per poter dialogare.

Il colloquio in contesto di visita domiciliare permette di carpire le dinamiche familiari, le modalità di rapporto fra i vari conviventi, conoscere chi si prende cura dell'anziana. **La visita domiciliare è uno strumento importante per cogliere in quale ambiente di vita si sviluppa la quotidianità**, delle disponibilità materiali, della qualità dell'igiene ambientale, della libertà di movimento e delle relazioni con il vicinato; l'ambiente può stimolare a fare domande che ampliano per l'operatore la conoscenza della persona (es. ritratti, fotografie, hobby, ricordi, odori, spazi ecc.) e consentono di costruire assieme all'anziana i vari passaggi nei cicli vitali della famiglia.

Altre volte è necessario svolgere il colloquio sociale in ufficio, per garantire maggiore serenità senza intromissioni da parte di terzi non utili al dialogo. In ogni caso **è opportuno dedicare un tempo sufficiente per ogni colloquio** al fine di lasciare spazio a domande e approfondimenti. Il **lavoro biografico**, permette all'operatore di raccogliere il percorso della donna anziana e attraverso un approccio sistemico, fare delle ipotesi di rischio. Non è raro riscontrare eventi nell'infanzia o nella vita coniugale contrassegnati da violenze più o meno marcate. Raccontate nella maggioranza delle volte come normali, facendo emergere come il "gioco familiare" (Cirillo,1986) nel tempo ha organizzato e strutturato la famiglia, influenzando la percezione della realtà, in cui la consapevolezza della gravità rimane sopita.

Da parte dell'assistente sociale, è fondamentale curare la relazione, attraverso un atteggiamento di maternage, di cura e attenzione. L'ascolto dell'anziana, richiede pazienza e disponibilità. E' necessario modulare il linguaggio verbale e non verbale. L'assistente sociale, attraverso il **lavoro di rete**, si raccorda con altri operatori: questo strumento permette di fare un quadro più completo della situazione, ma nel contempo di confrontarsi con la cultura degli altri operatori e di condividere conoscenze e dubbi circa il rischio di essere di fronte a una presunta vittima. Durante l'attività professionale dell'assistente sociale, questo aspetto è ricorrente e sollecita diverse domande: quali significati danno i vari professionisti? Quanto l'ageismo influenza la valutazione? Quale conoscenza della violenza di genere hanno i geriatri, gli operatori socio-sanitari, gli infermieri del territorio, i fisioterapisti e altri operatori dell'area dedicata agli anziani? Analogamente ai casi di tutela dei minori, il principio di cautela e di messa in sicurezza della presunta vittima diventa prioritario; il professionista farà riferimento agli obblighi previsti dalla legislazione, così come sono tenuti tutti gli altri operatori sanitari e socio-assistenziali.

In un approccio basato sul rispetto dell'autodeterminazione, l'**assistente sociale sosterrà la presunta vittima senza prevaricare la sua volontà**, facilitando una presa di consapevolezza del suo stato di benessere/malessere, delle sue priorità, delle sue speranze, dei suoi desideri, quali azioni vorrebbe fare, ecc. e offrire una guida nell'esplorare le possibili soluzioni e risorse. **Nel lavoro con le donne vittime di violenza l'elemento culturale, la negazione della violenza, le**

condizioni di povertà economica, il doppio legame maltrattante-vittima, le difficoltà del cambiamento sono comuni a tutte le donne, ma hanno un'incidenza maggiore man mano che l'età aumenta.

Se nel caso delle donne giovani e madri vittime di violenza, esse riescono, se pur con fatica, a sviluppare una progettualità futura, o comunque vi è una spinta al cambiamento almeno per i propri figli, nel caso delle donne ultra sessantacinquenni, questa progettualità è di difficile immaginazione, non intravedendo futuro. Spesso a causa del doppio legame di dipendenza con un coniuge maltrattante malato o un figlio abusante in difficoltà, per la donna anziana che subisce violenza da anni, un cambiamento non è concepibile. Tutto ciò limita moltissimo le azioni di scelta da parte della vittima, e l'operatore potrebbe trovarsi di fronte ad una persona incapace di decidere per sé, limitando di conseguenza i possibili interventi dell'operatore, in bilico fra il rispetto dell'autodeterminazione e gli obblighi di legge.

L'assistente sociale, sulla base della valutazione del rischio, potrà intervenire **mettendo in sicurezza la presunta vittima**, se possibile con interventi di sostegno: ad esempio garantire una presenza neutra in casa, con il servizio di assistenza domiciliare, che possa essere di sostegno e di mediazione nella relazione, sollevare il caregiver maltrattante dai compiti assistenziali quotidiani, proponendo la frequenza ai centri diurni; offrire uno spazio di ascolto al caregiver riconoscendo queste fatiche e trovare le strategie per incanalarle senza danno ecc. Se invece, siamo di fronte a situazioni di obbligo di legge[1]., l'assistente sociale dovrà decidere di intervenire (Bertotti, 2016) a tutela della vittima, attraverso gli strumenti giuridici previsti nel caso della violenza di genere, come ad esempio, l'allontanamento dalla casa familiare.

Oltre al lavoro sul caso, quale ruolo può avere l'assistente sociale di territorio, quali strategie preventive possono essere attuate a livello comunitario? Se l'assistente sociale è agente di cambiamento con la singola persona, può esserlo per la rete formale e informale, per la micro-comunità per la comunità più ampia. Quando ad esempio l'assistente sociale coordina gruppi di assistenti domiciliari può trasmettere letture diverse di situazioni osservate, oppure **sensibilizzare altri operatori** proponendo percorsi formativi congiunti. L'assistente sociale di territorio può **organizzare serate informative e di sensibilizzazione** alla cittadinanza o a gruppi specifici di anziani, o meglio solo a donne anziane, per aiutarle a riconoscere i segnali della violenza e prendere consapevolezza.

Azioni per un buon lavoro sociale con le donne anziane
▪ Conoscere, studiare e aggiornarsi sul fenomeno della violenza di genere ▪ Approfondire la specificità dell'essere donna anziana in una determinata cultura, in un determinato periodo storico ▪ Superare gli stereotipi legati al sessismo e all'ageismo ▪ Impegnarsi per il rispetto dei diritti umani ▪ Dare valore all'esperienza soggettiva ▪ Lavorare in modo creativo per promuovere l'empowerment della donna anziana ▪ Promuovere una visione riflessiva con le donne prima che siano anziane o "grandi vecchie" ▪ Agire sull'intergenerazionale e sulle differenze di genere ▪ Promuovere dialogo fra Ordini Professionali (medici, infermieri...), sul tema, ed in particolare con l'Ordine dei giornalisti, per rappresentare nella cronaca il fenomeno della violenza nell'età senile

Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 4 – Azioni per un buon lavoro sociale con le donne anziane

Conclusioni

Il fenomeno della violenza di genere è ancora un **fenomeno sommerso**, ancor di più quello che coinvolge le donne over 65 anni. **Vi è scarsa conoscenza quali-quantitativa della violenza di doppia vulnerabilità, legata all'età e al genere.** Tale fenomeno ha il carattere dell'invisibilità: invisibile perchè avviene nel privato delle relazioni familiari e affettive, perchè non sempre se ne riconoscono i contorni e i contenuti. Invisibile anche perchè la comunicazione e l'informazione spesso alimentano stereotipi e pregiudizi generando ambiguità: pensiamo alla rappresentazione della vittima nelle campagne di sensibilizzazione, che ritraggono solitamente donne giovani.

Serve maggiore consapevolezza; serve attenzione e senso di responsabilità da parte di tutti: degli operatori che vanno formati e addestrati a riconoscere questi segnali. Un approfondimento dal punto di vista giuridico, rispetto agli obblighi degli operatori, sarebbe necessario. **E' indispensabile una formazione specifica**, che coinvolga quelle figure che per ruoli e competenze professionali sono potenzialmente degli osservatori privilegiati, in quanto operanti in quelle situazioni ove si verifica una fragilità della donna anziana. In particolare, investire su quelle figure che a vario titolo possono avere accesso alle case delle donne anziane (medici, infermieri, assistenti sociali, operatori socio sanitari, fisioterapisti ecc.).

Serve **costruire reti sociali forti ed ostacolare l'isolamento**, che rende particolarmente facile la manipolazione dell'abusante sia esso partner che figlio/a e dare strumenti di lettura ai familiari che delegano l'assistenza a privati. Servono soprattutto politiche mirate e lungimiranti di **valorizzazione della terza/quarta età** della donna, e nello specifico della donna in età senile. Valorizzazione di quella donna anziana, che si prende cura dei nipoti, dei figli disoccupati o disabili, del coniuge ammalato. E' per tale ragione, che è fondamentale **intercettare e rendere consapevoli le donne di ogni età**, per non arrivare con un fardello di difficile soluzione in età anziana soprattutto per la ridotta progettualità di vita. Si pensi alle giovani donne madri aiutate durante la scelta di allontanarsi da un compagno violento: avranno sviluppato un sufficiente equilibrio relazionale e affettivo per proteggersi da eventuali successivi rapporti malsani? O queste donne potranno potenzialmente

essere di nuovo vittime in età anziana?

Ma ancor di più serve che **la società civile si prenda cura di quelle donne**, non ancora "nonne", fra i 55 e i 65 anni, **schiacciate fra i carichi di cura** di un coniuge malato, di genitori anziani, di figli disoccupati o con disabilità, di nipoti e **le proprie difficoltà** lavorative e di salute, che loro malgrado sono divenute ammortizzatori sociali invisibili e nel contempo culturalmente si sentono, o sono ancora, succube della mentalità maschilista e patriarcale.

"Siamo state amate e odiate,
adorate e rinnegate,
baciate e uccise,
solo perchè donne"
(Alda Merini)

BIBLIOGRAFIA

Bertotti T., (2016), *Decidere nel servizio sociale. Metodi e riflessioni etiche*, Carocci, Roma.

Campanini A., (2002), *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci, Roma.

Cirillo S., (1986), *Famiglie in crisi e affido familiare. Guida per gli operatori*, Carocci, Roma.

Senim U., Bartorelli L., Salvioli G., (2013), *I grandi vecchi: curare ancora*, Carocci, Roma.