ABUSO E SALUTE

TRA GLI ANZIANI IN EUROPA

Joaquim J.F. Soares, Henrique Barros, Francisco Torres-Gonzales, Elisabeth Ioannidi-Kapolou, Giovanni Lamura, Jutta Lindert, Juan de Dios Luna, Gloria Macassa, Maria Gabriella Melchiorre e Mindaugas Stankunas

Edizione italiana a cura di
M.G. Melchiorre e G. Lamura

Ancona, 2012

La presente pubblicazione rappresenta la versione italiana del testo: Soares J.J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura J., Lindert J., de Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G., Stankunas M., Abuse and Health Among Elderly in Europe. Lithuanian University of Health Sciences Press, Kaunas, 2010. ISBN 978-9955-15-194-4

La redazione della versione inglese è stata curata dal partner lituano Mindaugas Stankunas. L'intero progetto é stato supportato da un finanziamento della Commissione Europea, Executive Agency for Health and Consumers (EAHC).

Figura in copertina:	Mikalojus Konstantinas Ciurlionis (1875-1911) "La Creazione del Mondo: parte IX"
Editing del testo italiano:	Maria Gabriella Melchiorre, Giovanni Lamura
Traduzione italiana:	Maria Gabriella Melchiorre, Giovanni Lamura
Design della copertina:	Mindaugas Stankunas

ISBN 978-88-8249-070-6

© J.J.F Soaress, 2012
© H. Barros, 2012
© F. Torres-Gonzales, 2012
© E. Ioannidi-Kapolou, 2012
© G. Lamura, 2012
© J. Lindert, 2012
© J. De Dios Luna, 2012
© G. Macassa, 2012
© M.G. Melchiorre, 2012
© M. Stankunas, 2012
© INRCA, 2012

CONTENUTI

AUTORI E ISTITUTI PARTECIPANTI…… 7

RINGRAZIAMENTI…….. 9

PREFAZIONE Fabrizia Lattanzio - *Direttore Scientifico INRCA*…….. 10

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI……..... 13

Prevalenza di abuso e lesioni fisiche…….. 13

Perpetratori degli abusi..……..... 14

Sintomi di depressione……...…… 14

Sintomi di ansia…….. 15

Disturbi fisici……...……... 15

Qualità della vita……..…….. 16

SINTESI DEI SUGGERIMENTI PER LA RICERCA……..... 17

SINTESI DELLE RACCOMNDAZIONI A LIVELLO DI POLITICA NAZIONALE……..... 18

SINTESI DELLE RACCOMNDAZIONI A LIVELLO DI POLITICA EUROPEA……..... 21

SINTESI SWOT DELLO STUDIO…… 22

(**S**trengths**, W**eaknesses, **O**pportunities**, T**hreats to the future)

Punti di forza…….. 22

Punti di debolezza…….. 22

Opportunità……. 23

Rischi per il futuro……..... 23

1. INTRODUZIONE…… 24

1.1 Background……..……..……..…….. 24

1.2 Definizioni di abuso…..…….. …….. 25

1.3 Teorie ……... 25

1.4 Entità del fenomeno……..…… 26

1.5 Fattori di rischio……..……... 28

1.6 Conseguenze…… 28
1.7 Limiti dello studio e nuove ricerche……..... 29
1.8 Contesto di riferimento……... 30
1.9 Obiettivi del rapporto……..... 30

2. METODI……..... 31
2.1 Soggetti intervistati…… 31
2.2 Dimensioni esplorate…… 31
2.2.1 Abuso verso gli anziani ……..... 31
2.2.2 Salute mentale..... 32
2.2.3 Disturbi fisici..... 32
2.2.4 Uso dei servizi sanitari…… 33
2.2.5 Supporto sociale…….. 33
2.2.6 Qualità della vita……..... 33
2.2.7 Stile di vita……... 33
2.2.8 Aspetti demografici e socio-economici..... 34
2.3 Disegno dello studio..... 34
2.4 Analisi statistiche..... 35

3. RISULTATI……... 36
3.1 Prevalenza dei tipi di abuso e delle lesioni fisiche..... 36
3.1.1 Paese…….…… 36
3.1.2 Genere……..…….. 36
3.1.3 Stima dei tipi di abuso e delle lesioni fisiche …… 37
3.1.4 Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita……..……. 37
3.1.5 Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale…… 38
3.1.6 Fattori associati ai tipi di abuso e alle lesioni fisiche……..…… 39
3.1.7 Tabelle……..……... 40
3.2 Perpetratori……..……... 48
3.2.1 Tabelle……..……... 48
3.3 Sintomi di depressione……..…… 49
3.3.1 Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita……..……. 49
3.3.2 Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale……..… 49
3.3.3 Sintomi di depressione per tipo di abuso e lesioni fisiche…….……. 49

3.3.4 Fattori associati ai sintomi di depressione…… 50
3.3.5 Tabelle…… 50
3.4 Sintomi di ansia…… 54
3.4.1 Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita…… 54
3.4.2 Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale…… 54
3.4.3 Sintomi di ansia per tipo di abuso e lesioni fisiche…… 54
3.4.4 Fattori associati ai sintomi di ansia…… 55
3.4.5 Tabelle…… 55
3.5 Disturbi fisici…… 59
3.5.1 Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita…… 59
3.5.2 Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale…… 59
3.5.3 Disturbi fisici per tipo di abuso e lesioni fisiche…… 59
3.5.4 Fattori associati ai disturbi fisici…… 60
3.5.5 Tabelle…… 60
3.6 Qualità della vita…… 65
3.6.1 Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita…… 65
3.6.2 Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale…… 65
3.6.3 Qualità della vita per tipo di abuso e lesioni fisiche…… 65
3.6.4 Fattori associati alla qualità della vita…… 66
3.6.5 Tabelle…… 66

4. DISCUSSIONE…… 70
4.1 Prevalenza del fenomeno…… 70
4.2 Perpetratori…… 77
4.3 Sintomi di depressione…… 79
4.4 Sintomi di ansia…… 82
4.5 Disturbi fisici…… 85
4.6 Qualità della vita…… 89

5. SINTESI, LIMITI DELLO STUDIO E CONCLUSIONI…… 93
5.1 Sintesi…… 93
5.2 Limiti dello studio …… 93
5.3 Conclusioni…… 94
5.3.1 La Ricerca…… 94

5.3.2 Politiche generali contro l'abuso verso gli anziani……..….... 95
5.3.3 Politiche a livello nazionale……..……..… 96
5.3.4 Politiche a livello europeo……..……..…. 97
5.3.5 Politiche per la salute, il supporto sociale e contro l'abuso
verso gli anziani…….…… 97

6. BIBLIOGRAFIA……..…... 99

AUTORI E ISTITUTI PARTECIPANTI

Joaquim J. F. Soares

Prof. di Scienze della Salute Pubblica e Psicologia. Istituto Karolinska, Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica, Stoccolma e Università Mid Sweden, Istituto di Scienze della Salute, Sundsvall, Svezia. Email: joaquim.soares@ki.se; joaquim.soares@miun.se.

Henrique Barros

Prof. di Epidemiologia. Università di Porto, Facoltà di Medicina, Dipartimento di Igiene ed Epidemiologia, Istituto di Salute Pubblica, Università di Porto, Portogallo. Email: hbarros@med.up.pt.

Francisco Torres-Gonzales

Prof. di Psichiatria. Università di Granada, Centro di Ricerca Biomedica e Salute mentale in rete (CIBERSAM), Granada, Spagna. Email: ftorres@ugr.es

Elisabeth Ioannidi-Kapolou

Dottore di Ricerca in Sociologia e Ricercatrice Senior. Scuola Nazionale di Salute Pubblica, Dipartimento di Sociologia, Atene, Grecia. Email: ioanel@otenet.gr.

Giovanni Lamura

Dottore di Ricerca in Sociologia-Gerontologia e Ricercatore Senior. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (I.N.R.C.A.), Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRSSC), Polo Scientifico Tecnologico, Centro Studi e Ricerche Economico Sociali per l'invecchiamento, Ancona, Italia. Email: g.lamura@inrca.it.

Jutta Lindert

Prof. di Scienze della Salute Pubblica. Università Protestante di Scienze Applicate, Ludwigsburg, Germania. Email: mail@jlindert.de

Juan de Dios Luna

Prof. di Biostatistica. Università di Granada, Facoltà di Medicina, Dipartimento di Biostatistica, Granada, Spagna. Email: jdluna@ugr.es.

Gloria Macassa

Dottore di Ricerca in Epidemiologia. Istituto Karolinska, Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica, Stoccolma, e Università di Gävle, Dipartimento di Scienze Occupazionali-Professionali e della Salute Pubblica, Gävle, Svezia. Email: gloria.macassa@hig.se

Maria Gabriella Melchiorre

Ricercatrice Senior. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (I.N.R.C.A.), Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRSSC), Polo Scientifico Tecnologico, Centro Studi e Ricerche Economico Sociali per l'invecchiamento, Ancona, Italia. Email: g.melchiorre@inrca.it

Mindaugas Stankunas

Dottore di Ricerca in Scienze della Salute Pubblica, Professore Associato di Scienze della Salute Pubblica e Management. Università Lituana di Scienze della Salute, Dipartimento di Management della Salute, Kaunas, Lituania; Dipartimento Management Servizi per la salute, Scuola di salute pubblica, Università di Griffith, Queensland, Australia. Email: mindstan@gmail.com

RINGRAZIAMENTI

Il centro coordinatore dello studio **ABUEL** e i centri partners desiderano esprimere il loro apprezzamento per il sostegno finanziario concesso dall'Unione Europea attraverso l'Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), la quale ha reso così possibile la realizzazione del progetto. Si vuole estendere il ringraziamento a tutto lo staff della EAHC, e in particolare al Dr. Guy Dargent per il prezioso supporto fornito.

Inoltre, il centro coordinatore ed i partners desiderano esprimere il loro apprezzamento a tutti gli Istituti partecipanti e rispettivi staff coinvolti in **ABUEL**, in particolare alle Dott.sse Gloria Macassa e Sabrina Quattrini, ed al Prof. Juan de La Luna, per il coordinamento dello studio e la preparazione e analisi dei dati. Il centro coordinatore esprime il suo apprezzamento anche per il lavoro complessivo di tutti i partners, con un ringraziamento speciale alla Prof. Jutta Lindert e al Prof. Francisco Torres per la realizzazione del questionario e l'organizzazione della Conferenza finale di **ABUEL** tenutasi a Madrid nel giugno 2010.

Si ringrazia in particolare la Dott.ssa Fabrizia Lattanzio, Direttore Scientifico I.N.R.C.A., per la partecipazione al secondo meeting ABUEL, tenutosi ad Ancona nell'ottobre 2008, e per il concreto interessamento e sostegno all'intero progetto.

Infine, e soprattutto, il centro coordinatore e i partners esprimono il loro apprezzamento per la disponibilità e la gentilezza delle persone anziane intervistate, le quali accettando di partecipare ad **ABUEL** hanno reso possibile questa "avventura". Siamo davvero molto grati a tutti loro.

PREFAZIONE

Fabrizia Lattanzio *Direttore Scientifico INRCA*

Il maltrattamento degli anziani, di tipo psicologico, finanziario e fisico, ma anche in forme diverse quali abbandono e negligenza, rappresenta oggi un fenomeno molto diffuso, e peraltro a rischio di ulteriore crescita se si tiene conto del progressivo invecchiamento della popolazione. Accade infatti spesso, e in misura maggiore di quanto indicato dalle limitate informazioni disponibili, che gli anziani, talvolta soggetti particolarmente fragili, indifesi e soli, siano vittime di abusi in ambito sia domestico che residenziale, con pesanti conseguenze sul proprio benessere psicofisico.

Un recente comunicato OMS Europa riporta emblematicamente il titolo "Abusi sugli anziani: un inferno da dieci mila casi al giorno". Sono dati tratti dall'*"European report on preventing elder maltreatment, Oms Europa*" presentato nel 2011 a Budapest dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in occasione della terza conferenza Europea sulla prevenzione delle lesioni e promozione della Sicurezza. Dal rapporto emerge che ogni anno 2.500 anziani muoiono per mano di familiari, e in sostanza il 30% circa degli 8.500 omicidi di anziani over 65 anni, che avvengono annualmente in Europa (9 casi su 10 in paesi a basso-medio reddito), sarebbero da attribuire alle conseguenze dei maltrattamenti subiti. Inoltre, 29 milioni (19,4%) sono vittime di abuso psicologico e 6 milioni (3,8%) di abuso finanziario.

In complesso, le evidenze fornite da studi condotti in vari Paesi (specie negli Usa e nel Nord Europa) e rese note dall'INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), indicano una prevalenza di episodi che raggiunge, a seconda della metodologia adottata e del contesto esplorato, valori compresi tra il 4% e il 30% della popolazione oltre i 65 anni. I dati di ricerca a disposizione indicano inoltre vari fattori di rischio personali delle vittime (problemi di salute fisica e mentale, non autosufficienza, basso reddito, sesso femminile, età più avanzata), famigliari (scarso supporto, isolamento, burden del caregiving), sociali e culturali (il cosiddetto *ageism* o visione negativa e discriminazione della vecchiaia, la scarsa coesione e solidarietà intergenerazionale). Per quanto riguarda i perpetratori degli abusi, in circa la metà dei casi si tratta del coniuge o partner della vittima, ma anche di figli, generi, nuore. Sono meno frequenti, ma non per questo meno preoccupanti, i maltrattamenti perpetrati da amici e conoscenti, oltre che da operatori assistenziali in ambito di strutture residenziali, tramite l'uso improprio di misure di contenzione fisica o farmacologica, ma anche a livello fisico, verbale e psicologico.

In Italia sono ancora limitate le informazioni sull'elder abuse, ma sono comunque da menzionare lo Studio *Silvernet* del 2007, il quale ha evidenziato una prevalenza complessiva del

10%, e la survey nazionale inerente "*La violenza occulta. Violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*", condotta nel 2007-2008 dal Dipartimento di Scienze Demografiche dell'Università "La Sapienza" di Roma, la quale ha evidenziato soprattutto una prevalenza di abuso psicologico (9%). Significativi anche i dati del Rapporto EURES-ANSA 2009 sull'*Omicidio volontario in Italia,* i quali riportano un generale aumento degli omicidi di anziani negli ultimi anni, e specie in famiglia, con 39 vittime nel 2008, pari al 22,8% del totale. Anche in Italia siamo così di fronte ad un fenomeno reale eppure in gran parte "invisibile" e trascurato, che rappresenta ancora un tema difficile da affrontare nel dibattito in corso sull'invecchiamento della popolazione. Per la verità, nel nostro Paese l'abuso verso gli anziani viene spesso identificato prevalentemente con quanto riportato dai giornali e televisione in termini di truffe, furti, e "irregolarità" nelle case di riposo (principalmente per scarsa igiene, farmaci e cibi scaduti), le quali emergono grazie alle periodiche ispezioni dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei Carabinieri (NAS).

I risultati del progetto ABUEL, presentati in questo volume, forniscono importanti approfondimenti sulla problematica dell'abuso verso gli anziani, e rappresentano un'occasione importante per iniziare a colmare le lacune conoscitive sul fenomeno nel nostro Paese, ma anche in altre nazioni europee ancora poco investigate in tale direzione. Raggiungendo quasi 5000 soggetti over 60 anni, lo studio ne ha esplorato condizioni di salute, qualità della vita ed eventuali situazioni di disagio, compreso il possibile verificarsi di episodi di maltrattamento, riuscendo ad individuare i principali fattori di rischio e le possibili conseguenze. Emerge così una maggiore prevalenza del fenomeno nei Paesi del Nord Europa rispetto a quelli del Sud (26-30% contro 13-16%), e il maltrattamento maggiormente perpetrato è quello psicologico (19%), seguito a grande distanza da quello finanziario e fisico (4% e 3% circa). Coniugi e partners sono i principali perpetrators dell'abuso psicologico (34.8%) e fisico (33.7%).

Il minore valore di prevalenza (13%) viene registrato proprio in Italia, e tra le vittime la denuncia dell'episodio di abuso non rappresenta una reazione frequente, in quanto decisone difficile da prendere. In effetti, la denuncia alle forze dell'ordine ha riguardato solo dieci persone che hanno subito abuso finanziario e solo due vittime di abuso psicologico. C'è anche chi preferisce far finta di nulla, dato che conferma il senso d'impotenza che affligge le persone anziane quando sono maltrattate, e tanto più indicativo se letto insieme alla prevalenza di *perpetrators* famigliari. Le cause che inducono le vittime a tacere sono diverse: dipendenza nei confronti del perpetratore, timore di essere trasferiti in istituto, di non trovare reale aiuto nelle forze di polizia, ma a volte anche il non sapere a chi rivolgersi gioca un ruolo fondamentale. Talvolta le vittime sembrano persino inconsapevoli della gravità di quanto sta accadendo loro, con l'errata convinzione che l'essere maltrattati sia una conseguenza quasi naturalmente connessa all'essere vecchi.

Le informazioni fornite dallo studio ABUEL, oltre che fare il punto della situazione del fenomeno per il nostro Paese e altre realtà europee, possono così fornire spunti utili ai decisori politici al fine di individuare in via preventiva i fattori di rischio del fenomeno, ma anche direzione e tipologia delle misure e azioni più idonee da intraprendere. I risultati "suggeriscono" infatti con forza l'esigenza di sviluppare una legislazione "dedicata" alla protezione degli anziani contro gli abusi, di realizzare periodiche campagne d'informazione e sensibilizzazione, oltre che di implementare piani d'azione-prevenzione nazionali e multidisciplinari volti a migliorare la salute degli anziani e a diminuirne l'isolamento sociale.

La società odierna ha da tempo adottato misure a tutela di fasce potenzialmente deboli della popolazione, quali l'infanzia e le persone colpite da disabilità, ma non in modo altrettanto sistematico per la popolazione anziana. Assenti sono infatti, in Italia, misure legali specifiche dedicate agli anziani vittime di maltrattamenti. Sono disponibili alcuni articoli del Codice Penale, i quali riguardano comunque più in generale il contesto della violenza contro gruppi svantaggiati (es. art. 572 sui maltrattamenti in famiglia). Anche le forme di sostegno dedicate alla protezione dell'anziano dal rischio di abuso e maltrattamento sono insufficienti: abbiamo rari servizi di supporto psicologico e legale, alcune misure per ridurre le liste d'attesa per l'uso dei servizi, linee guida per prevenire gli effetti negativi del caldo estivo sugli anziani maggiormente a rischio. Esistono alcuni esempi di *helplines* per la raccolta di richieste da parte di anziani, ma nulla o quasi di specifico e dedicato (Telefono rosa a Roma, Filo d'argento AUSER nazionale), ad eccezione del TAM di Udine, servizio telefonico attivo dal 2001 per la raccolta di denunce e gestione dei casi di abuso riguardanti persone anziane. Ad esso si ispira il TAM TAM dell'INRCA di Ancona, progetto *Telefono Anziani Maltrattati,* un servizio di segnalazione telefonica dei maltrattamenti subiti dalle persone anziane, attivo dal 3 novembre 2010, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato operanti nel settore degli anziani (AUSER e ANTEAS) e stimolato appunto dalle informazioni fornite dallo studio ABUEL.

Ancora una volta occorre sottolineare l'importanza di progetti quali ABUEL, fondamentali per aiutare l'emersione e la prevenzione del fenomeno dell'elder abuse, i cui costi sociali e sanitari sono altissimi, e non ancora conosciuti in profondità. Ulteriori studi sul fenomeno sono comunque necessari, considerando che in vari paesi europei mancano dati certi e confrontabili a riguardo.

Si ringraziano quindi i ricercatori dell'INRCA che, assieme ai loro colleghi stranieri coinvolti nella stesura del presente volume, contribuiscono alla diffusione di evidenze sul maltrattamento degli anziani, svolgendo così un ruolo importante per lo sviluppo di interventi e strategie di prevenzione efficaci.

SINTESI DEI PRINICIPALI RISULTATI

Prevalenza di abuso e lesioni fisiche

i. Nel complesso dei 7 paesi europei investigati, il 19,4% degli anziani (60-84 anni) è stato esposto a violenza psicologica, il 2,7% a maltrattamenti fisici, lo 0,7% ad abuso sessuale, il 3,8% ad abuso finanziario e lo 0,7% ha subito lesioni fisiche.

ii. L'abuso psicologico si è verificato più spesso in Svezia (29,7%) e Germania (27,1%). L'abuso fisico è stato riscontrato con maggiore frequenza in Svezia (4%) e Lituania (3,8%), e quello sessuale in Grecia (1,5%) e Portogallo (1,3%). Le vittime di abuso finanziario sono emerse soprattutto in Portogallo (7,8%) e Spagna (4,8%), mentre le lesioni fisiche sono state riferite più spesso in Lituania (1,5%) e Grecia (1,1%).

iii. Gli uomini, in misura maggiore delle donne, sono risultati vittime di abuso psicologico (20% vs 18,9%), fisico (2,8% vs 2,6%) e finanziario (4,1% vs 3,7%). Diversamente, più donne che uomini hanno subito abusi sessuali (1% vs 0,3%) e lesioni fisiche (0,9% vs 0,4%).

iv. Il numero stimato di persone nella popolazione (60-84 anni), che hanno vissuto episodi di maltrattamento negli ultimi 12 mesi, è stato di 244.085 per l'abuso psicologico; 33.846 per l'abuso fisico, 8.742 per l'abuso sessuale; 48.800 per l'abuso finanziario, e 8.583 per le lesioni fisiche. In complesso, si è stimato un totale di 433.256 persone con esperienza di abuso, con valori maggiori in Svezia (133.470), Grecia (126.111) e Germania (44.869).

v. La diffusione delle tipologie di abuso differisce tra i paesi. Diversamente dagli anziani intervistati in Germania, quanti vivono in Grecia, Spagna, Italia e Portogallo hanno fatto registrare il minore "rischio" per l'abuso psicologico, e quanti vivono nelle ultime due nazioni citate anche il minore "rischio" per l'abuso fisico. In Portogallo è stato inoltre rilevato il maggior "rischio" per l'abuso finanziario, e in Grecia il più alto "rischio" per l'abuso sessuale.

vi. Gli anziani di età compresa tra 75-79 e 80-84 anni sono risultati a basso "rischio" per l'abuso psicologico, e gli anziani di 80-84 anni ad alto "rischio" per l'abuso finanziario.

vii. Gli uomini sono risultati a maggior "rischio" per l'abuso finanziario rispetto alle donne.

viii. I sintomi di ansia sono risultati associati ad una maggior "rischio" per tutte le forme di abuso, lesioni fisiche incluse.

ix. I disturbi fisici sono risultati associati ad un maggior "rischio" per l'abuso psicologico, fisico, e per le lesioni fisiche.

x. Un basso supporto sociale è risultato associato ad un maggior "rischio" per l'abuso psicologico, finanziario, e per le lesioni fisiche.

Perpetratori degli abusi

i. Coniugi e partners sono stati i perpetratori o autori più frequenti per l'abuso psicologico (34,8%), fisico (33,7%), e per lesioni fisiche (44,8%).

ii. Amici, conoscenti e vicini di casa sono stati gli autori più frequenti per l'abuso sessuale (30,3%).

iii. "Altri" soggetti (ad es. il personale di cura/assistenza) sono stati gli autori più frequenti per l'abuso finanziario (61,7%).

iv. Coniugi, partners, amici, conoscenti, vicini di casa e "altri", ma anche figli, sono quindi risultati "in prima linea" quali perpetratori dei maltrattamenti verso gli anziani intervistati.

Sintomi di depressione

i. L'abuso psicologico e le lesioni fisiche sono risultati associati a maggiori sintomi depressivi.

ii. I disturbi fisici sono risultati associati a maggiori sintomi depressivi.

iii. Fattori quali la provenienza geografica da Grecia, Italia, Lituania e Portogallo, e le preoccupazioni economiche sono risultati associati a maggiori sintomi depressivi.

iv. Un elevato supporto sociale è risultato associato a minori sintomi depressivi.

Sintomi di ansia

i. L'abuso psicologico è risultato associato a maggiori sintomi di ansia.

ii. I disturbi fisici sono risultati associati a maggiori sintomi di ansia.

iii. Fattori quali la provenienza geografica da Grecia e Lituania, e le preoccupazioni economiche sono risultati associati a maggiori sintomi di ansia.

iv. Un elevato supporto sociale è risultato associato a minori sintomi di ansia.

Disturbi fisici

i. L'abuso psicologico e sessuale, e le lesioni fisiche sono risultati associati a maggiori disturbi fisici.

ii. I sintomi depressivi e di ansia sono risultati associati a maggiori disturbi fisici.

iii. Un basso supporto sociale è risultato associato a maggiori disturbi fisici.

iv. Fattori quali la provenienza geografica da Lituania, Portogallo e Svezia, un'età più avanzata (75-79/80-84 anni) e l'essere vedova/o sono risultati associati a maggiori disturbi fisici.

v. L'essere di genere maschile è risultato associato a minori disturbi fisici.

Qualità della vita

i. L'abuso psicologico è risultato associato ad una minore qualità della vita (QOL).

ii. I disturbi fisici, ed i sintomi depressivi e di ansia, sono risultati associati ad una minore qualità della vita (QOL).

iii. Fattori quali la provenienza geografica da Grecia, Italia, Lituania, Portogallo, Spagna e Svezia, e le preoccupazioni economiche sono risultati associati ad una minore qualità della vita (QOL).

iv. Un elevato supporto sociale è risultato associato ad una maggiore qualità della vita (QOL).

v. Fattori quali l'essere più giovani e appartenenti alle Forze Armate sono risultati associati a una maggiore qualità della vita (QOL).

SINTESI DEI SUGGERIMENTI PER LA RICERCA

i. **ABUEL** ha fornito importanti approfondimenti sull'abuso verso gli anziani e sui fattori connessi (ad es. il supporto sociale). Tuttavia, ulteriori studi sul fenomeno (ad es. sui fattori di rischio) in popolazioni diverse (ad es. anziani non autosufficienti) sono necessari, considerando che in vari paesi europei mancano ancora dati certi a riguardo.

ii. Sono inoltre auspicabili studi sulle differenze di genere con riferimento ai perpetratori e alle vittime dei maltrattamenti, ed anche in riferimento agli aspetti di reciprocità degli episodi di abuso.

iii. In considerazione delle risorse finanziarie ed umane necessarie, si ritiene vantaggioso poter condurre tali studi in tutti i paesi dell'Unione Europea (UE) utilizzando lo stesso tipo di metodologia. I dati così rilevati possono avere un ruolo determinante per lo sviluppo di interventi e strategie di prevenzione efficaci.

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI A LIVELLO DI POLITICA NAZIONALE

I responsabili politici sono “strumentali” per lo sviluppo e l'attuazione di norme e linee guida che disciplinino la tutela degli anziani, ma anche per l’allocazione delle risorse in questi settori. In tale contesto, i politici possono tenere in considerazione quanto segue.

* La definizione operativa di abuso (comprese le lesioni fisiche) utilizzata da **ABUEL** fornisce una descrizione precisa delle varie componenti e della cronicità del fenomeno. Lo strumento utilizzato per rilevare prevalenza e cronicità dell’abuso fornisce inoltre un affidabile metodo di valutazione.
Di conseguenza:

i. utilizzare la definizione operativa di abuso e lo strumento sopra menzionati, può agevolare e migliorare la rilevazione ed il monitoraggio dell’abuso e relativa cronicità, ma anche la comparabilità dei dati e la comunicazione tra le persone coinvolte nelle problematiche dell’abuso. Inoltre, può risultare facilitato lo sviluppo di trattamenti, interventi e strategie di prevenzione efficaci, volte a gestire i contesti di abuso. In tal modo anche le risorse finanziarie ed umane disponibili possono essere utilizzate più efficacemente.

* **ABUEL** ha evidenziato varie differenze fra i paesi, e all’interno degli stessi, riguardanti i “modelli” di abuso, ma gli aspetti in comune sono risultati maggiori delle discrepanze. Il verificarsi dell’abuso psicologico è in particolare molto evidente. L’abuso fisico, sessuale, finanziario, e le lesioni fisiche, sono stati invece riscontrati con minore frequenza, ma la loro diffusione è comunque preoccupante. Non sono emerse importanti differenze di genere nell’esposizione all’abuso, tuttavia gli uomini in complesso hanno riferito episodi di maltrattamento in misura leggermente superore rispetto alle donne. Gli autori differiscono secondo la tipologia di abuso, ma i coniugi, partners, amici, conoscenti, vicini di casa ed "altri" (ad es. il personale di cura e assistenza) sono risultati i protagonisti della maggior parte dei casi di abuso. Sono stati così stimati, in complesso, circa 345.000 persone nella popolazione (60-84 anni) vittime di abuso negli ultimi 12 mesi.
Di conseguenza sarebbe opportuno:

i. realizzare, sviluppare e implementare, e migliorare dove esista già, una legislazione “dedicata” alla protezione degli anziani contro gli abusi, sia nella sfera privata che pubblica;

ii. realizzare, a vari livelli (ad es. regionale, nazionale), periodiche campagne di sensibilizzazione riguardanti l'abuso verso gli anziani, destinate al pubblico e a specifici gruppi (ad es. *i media*);

iii. sviluppare e implementare, e migliorare dove esistano già, piani di azione (nazionali, regionali, locali) con lo scopo di informare e formare sul tema dell'abuso verso gli anziani, ed anche con l'obiettivo di monitorare, trattare e prevenire il fenomeno. La formazione dovrebbe riguardare in particolare le persone che sono spesso o anche quotidianamente in contatto con gli anziani. I piani dovrebbero essere dettagliati e contemplare una serie di questioni quali il significato del fenomeno dell'abuso sugli anziani, i fattori di rischio, la prevenzione ed il trattamento dei casi ove si verifichino;

iv. realizzare piani d'azione, ad es. di prevenzione, che tengano in considerazione il fatto che, nonostante il focus riguardante l'abuso verso gli anziani metta in genere in risalto le donne quali vittime e gli uomini quali perpetratori, **ABUEL** ha posto in luce come anche gli uomini siano in generale maltrattati, fatta eccezione per gli abusi sessuali;

v. implementare piani di azione (regionali, locali) volti a "trattare" anche i perpetratori, e a prevenire futuri contesti di abuso per gli anziani;

vi. rendere disponibili risorse finanziarie di lungo periodo presso i centri decisionali nazionali, regionali e locali, per permettere l'attuazione dei piani d'azione citati sopra, ma anche per agevolare l'attività di ricerca e per realizzare progetti concreti e di sostegno alle Organizzazioni Non Governative (ONG) che operano nel settore del maltrattamento degli anziani;

vii. istituire, a livello decisionale nazionale, regionale e locale, gruppi di lavoro che si occupino in modo specifico di abusi sugli anziani e questioni connesse;

viii. istituire in ogni paese un centro di ricerche volto ad affrontare i vari aspetti del fenomeno, in linea con quanto è stato già fatto con riguardo specifico alla violenza contro le donne;

ix. sostenere e incoraggiare fondazioni di ricerca e istituti formativi (ad es. Università) al fine di sviluppare e implementare studi e programmi d'istruzione riguardanti il maltrattamento degli anziani e questioni connesse.

***** Come evidenziato da **ABUEL**, il maltrattamento degli anziani non avviene in ambiente "sterile", "incontaminato". Diversi fattori sembrano invece correlati ad esso. Sostegno sanitario e sociale, rispetto ad altri fattori (ad es. economici) sembrano svolgere un ruolo importante.

Di conseguenza:

i. azioni e interventi che riguardino l'abuso sugli anziani dovrebbero tenere in considerazione l'importanza della salute e dei fattori sociali;

ii. sarebbe opportuno realizzare, sviluppare e implementare, e migliorare dove esistano già, piani di azione volti a migliorare la salute degli anziani e a diminuirne l'isolamento sociale.

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI A LIVELLO DI POLITICA EUROPEA

* I responsabili politici a livello di Unione Europea, e le Istituzioni stesse dell'UE, possono svolgere un ruolo strategico per la protezione delle persone anziane, creando e sostenendo vari tipi di piani d'azione che si occupino di maltrattamento degli anziani e questioni correlate.

Di conseguenza sarebbe opportuno:

i. sviluppare e implementare una legislazione multi-nazionale "dedicata" alla protezione degli anziani contro gli abusi;

ii. realizzare periodiche campagne di sensibilizzazione multi-nazionali riguardanti l'abuso sugli anziani, destinate al pubblico e a gruppi specifici (ad es. *i media*);

iii. sviluppare e implementare piani di azione multi-nazionali riguardanti vari aspetti degli abusi sugli anziani (ad es. prevenzione);

iv. rendere disponibili risorse finanziarie di lungo periodo per realizzare concreti progetti di ricerca multi-nazionali sul maltrattamento degli anziani, e sostenere le Organizzazioni Non Governative (ONG) che operano nel settore;

v. sviluppare e finanziare un centro di ricerca multi-nazionale, volto a indagare i diversi aspetti degli abusi sugli anziani.

SINTESI SWOT DELLO STUDIO

(**S**trengths**, W**eaknesses, **O**pportunities**, T**hreats to the future)

Punti di forza

i. **ABUEL** rende disponibili dati nazionali comparati sui vari aspetti del maltrattamento verso gli anziani, sugli autori delle violenze ed altri fattori (ad es. supporto sociale); dati che i responsabili politici, i medici, i ricercatori e altri organismi (ad es. ONG), a livello europeo e nazionale, possono utilizzare per fini concreti.

ii. **ABUEL** ha utilizzato con successo apposite procedure e strategie di rilevazione, oltre che una definizione funzionale di abuso ed un apposito strumento per studiare il fenomeno, producendo peraltro utili materiali di indagine (ad es. manuale per gli intervistatori). Tutto ciò può essere utilizzato anche da politici, medici, ricercatori e altri organismi (ad es. ONG), a livello sia europeo che nazionale, per svolgere varie attività, quale ad es. il monitoraggio dell'abuso.

iii. I ricercatori coinvolti in **ABUEL** hanno professionalità e competenze in vari campi (ad es. psicologia, geriatria, epidemiologia), contesto che ha permesso di realizzare lo studio del fenomeno dell'abuso verso gli anziani in modo ampio e articolato.

iv. **ABUEL** fornisce suggerimenti relativi ad azioni concrete e di ricerca, oltre che per le politiche a livello sia europeo che nazionale, i quali possono essere utili input per la prevenzione degli abusi sugli anziani e per il trattamento delle vittime.

Punti di debolezza

i. **ABUEL** rende disponibili dati comparati sui vari aspetti del maltrattamento verso gli anziani, tuttavia solo in riferimento ai grandi centri urbani. Sorgono così questioni sulla possibilità di "generalizzare" i risultati e quindi sull'estensione degli stessi con riguardo ai piccoli centri urbani e zone rurali.

ii. **ABUEL** rende disponibili dati comparati sui vari aspetti del maltrattamento verso gli anziani, tuttavia solo con riguardo a 7 paesi europei. Sorgono così questioni sulla trasferibilità dei risultati e quindi sull'estensione degli stessi con riguardo agli altri paesi europei e non (ad es. USA).

Opportunità

i. **ABUEL** fornisce dati, materiali e suggerimenti, che possono essere utili input per decisori politici, medici, ricercatori e altri organismi (ONG) a livello sia europeo che nazionale, per migliorare il lavoro svolto a tutela della dignità delle persone anziane vittime di abuso.

ii. **ABUEL** fornisce dati, materiali e suggerimenti, che possono essere utili input per Centri e Fondazioni di ricerca a livello nazionale, e per le Agenzie a livello europeo (ad es. EAHC), al fine di migliorare il lavoro svolto per combattere il fenomeno dell'abuso, e per ridefinire le tematiche da affrontare in tale ambito.

iii. **ABUEL** fornisce dati che possono essere utili input per le campagne di sensibilizzazione contro l'abuso degli anziani a livello sia europeo che nazionale.

Rischi per il futuro

i. **ABUEL** rappresenta un importante e ulteriore studio sull'abuso verso gli anziani, ma i decisori politici e le Agenzie a livello europeo, i medici, i ricercatori e altri organismi (ad es. ONG), possono rischiare di non coglierne la portata e continuare così il loro lavoro non tenendo conto dei risultati e dei suggerimenti forniti, anche sottovalutando l'urgente necessità di investimenti a lungo termine nel settore del maltrattamento degli anziani.

1. INTRODUZIONE

1.1. Background

Il maltrattamento degli anziani è fonte di preoccupazione in Europa e non solo. Da problema con risvolti principalmente connessi alla previdenza sociale ed alla tematica dell'invecchiamento, il fenomeno è evoluto divenendo questione che coinvolge anche la salute pubblica.[1] L'abuso verso gli anziani è stato descritto per la prima volta in Gran Bretagna nel 1975 sotto il termine di "violenza fisica nei confronti delle nonnine" (dall'inglese "granny battering").[2,3] Un numero crescente di iniziative scientifiche e governative in vari paesi (es. USA) stanno affrontando il problema. L'abuso degli anziani è ormai riconosciuto nei paesi sia sviluppati che in via di sviluppo quale problema serio ed in espansione.

I progressi della scienza medica e del benessere sociale hanno contribuito all'aumento del numero di anziani nella popolazione complessiva, ed anche al fatto che molti di loro godano di lunghi periodi di vecchiaia senza problemi di disabilità. Ulteriori progressi in questi settori rafforzeranno ulteriormente tale contesto. Nonostante ciò, la vecchiaia è spesso associata ad un declino nella salute (ad es. fisica), che colpisce la capacità di svolgere i propri ruoli sociali, famigliari e lavorativi. Non di rado, l'essere anziano comporta anche la perdita di autorità, la riduzione delle reti sociali e della qualità della vita, difficoltà materiali ed emotive, e una maggiore dipendenza dagli altri per il proprio benessere. Ulteriori disuguaglianze sociali si riflettono in altrettante differenze, ad esempio nell'accesso ai servizi, e sembrano penalizzare soprattutto gli anziani. Anche le condizioni di vita ed abitative delle persone anziane non sono sempre adeguate, soprattutto per quanti sono fragili e non autosufficienti. Inoltre, l'attenzione crescente rivolta soprattutto alle tematiche giovanili, può rischiare di emarginare ulteriormente le persone anziane, le cui voci e opinioni possono non essere ascoltate e tenute in considerazione nella misura in cui si dovrebbe, data la loro esperienza e conoscenza.[4]

Alcuni dei fattori menzionati sopra possono così comportare, per le persone anziane, il rischio di essere maltrattate. La preoccupazione per tale fenomeno è inoltre posta in luce anche dal probabile aumento della popolazione nel segmento di età più avanzata. Nelle regioni più sviluppate è infatti previsto un aumento delle persone dai 60 anni in su di oltre il 50%, passando così da 264 milioni nel 2009 a 416 milioni nel 2050.[5] Nelle regioni in via di sviluppo questo segmento della popolazione dovrebbe aumentare di oltre il 300%, da 473 milioni nel 2009 a 1,6 miliardi nel 2050. In Europa si prevede che la fascia di età dai 60 anni e oltre aumenterà da 161 milioni nel 2010 a 236

milioni nel 2050.[5] Aumento della popolazione anziana e maggiore vulnerabilità della stessa sono così fattori chiave suscettibili di condurre a una crescita degli episodi di abuso.

1.2. Definizioni di abuso

Esistono varie definizioni dell'abuso verso gli anziani, che prendono in considerazione frequenza, durata, gravità e relative conseguenze degli episodi di violenza, oltre che il contesto culturale di riferimento. Ad esempio, il Comitato Europeo dei Ministri ed il Consiglio d'Europa, hanno definito l'abuso sugli anziani come "*qualsiasi atto, o la mancanza di misure adeguate, commessi contro le persone anziane e che si verificano all'interno della famiglia o nelle istituzioni, mettendone a repentaglio la vita, la sicurezza economica, fisica o psicologica, l'autonomia e lo sviluppo della personalità*".[6] La "UK Action" (Azione del Regno Unito) sul maltrattamento degli anziani ha elaborato una definizione di abuso basandosi in larga parte su uno studio condotto in Canada, Stati Uniti e Regno Unito; definizione che è stata poi adottata dalla "International Network for the Prevention of elder abuse" (INPEA - Rete internazionale per la prevenzione degli abusi sugli anziani). La definizione sostiene che: "*L'abuso verso l'anziano è un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di misure adeguate, che si verificano all'interno di un rapporto di fiducia e che arrecano danno o disagio ad una persona anziana*". Tale definizione di abuso contempla cinque tipologie: (i) l'abuso fisico (ad es. causare dolore fisico con percosse), (ii) psicologico o emozionale (ad es. urla e grida che causano pena e angoscia), (iii) finanziario o materiale (ad es. sfruttamento economico improprio o illegale), (iv) sessuale (ad es. contatto sessuale non consensuale) e (iv) abbandono (ad es. negligenza nell'adempiere un obbligo di cura verso l'anziano).[7] **ABUEL** utilizza una definizione operativa di abuso sugli anziani derivata sia dallo Studio Britannico sul tema[8] che dallo strumento CTS2.[9]

1.3. Teorie

Diversi approcci sono stati proposti per spiegare l'abuso sugli anziani. Ad esempio, *l'approccio situazionale* sostiene che tale fenomeno sia dovuto al sovraccarico di lavoro assistenziale del caregiver che non riesce a far fronte alle richieste di cura, contesto che crea così un ambiente idoneo al verificarsi di abusi. *L'approccio di scambio* sostiene che la dipendenza tra un adulto in età avanzata e l'autore dell'abuso sia legata a meccanismi e strategie stabiliti nel tempo all'interno della

vita famigliare. *L'approccio degli insegnamenti sociali* afferma che l'abuso sugli anziani sia un comportamento appreso nel proprio ambiente culturale di riferimento, mentre *l'approccio politico/economico* collega il fenomeno ai cambiamenti ed alle difficoltà incontrate dagli anziani quando perdono il proprio ruolo sociale-famigliare e dipendono da altri per il proprio benessere. *L'approccio psicopatologico* sostiene che un caregiver con problemi mentali possa mettere l'anziano a rischio di abuso; *il modello dell'interazione simbolica* chiama in gioco l'attribuzione dei ruoli e l'interazione tra caregiver e anziano assistito, e *il modello femminista* pone in evidenza le disuguaglianze di potere nelle relazioni quale fattore di rischio. Infine, *il modello ecologico dell'OMS* (Organizzazione Mondiale della Sanità) afferma che l'abuso in genere, incluso quello sugli anziani, rappresenti un fenomeno complesso che ha radici nella connessione tra fattori individuali, di relazione, collettivi e sociali. Tuttavia, attualmente non vi è un supporto "inequivocabile", da parte della comunità scientifica, di alcuno dei suddetti approcci.[10-14]

1.4. Entità del fenomeno

Inizialmente l'evidenza empirica sulla portata e le caratteristiche del maltrattamento degli anziani si è basata su cinque indagini che hanno coinvolto campioni generici di popolazione, condotte in Gran Bretagna, [15] Canada, Finlandia[16,17], Olanda[18] e Stati Uniti, [19] per un totale di 7.500 persone. Prendendo in esame l'abuso fisico, psicologico, finanziario e i casi di abbandono o trascuratezza, i risultati hanno evidenziato un tasso di prevalenza dell'abuso tra gli anziani del 4-6%.

Recentemente, Cooper, Selwood e Livingston[20] hanno realizzato una rassegna bibliografica sistematica di 49 studi, relativi alla prevalenza degli abusi sugli anziani e di abbandono degli stessi in vari paesi (es. USA). Nel dettaglio, 14 indagini sulla popolazione anziana in genere (n = 34.366)[15-19,21-29] hanno rilevato tassi complessivi di abuso sugli anziani compresi tra 3,2-27,5%. In 5 studi, con campioni di persone anziane non autosufficienti (n = 2.247), [30-34] il 25% degli intervistati ha segnalato la presenza di abuso psicologico, il 20% ha riferito episodi di abbandono, il 6-18% ha riportato casi di abuso finanziario e l'1% di violenza fisica. Due studi rivolti agli anziani utenti di servizi di assistenza di base (n = 428) e sottoposti a screening per violenza fisica, sessuale, psicologica o trascuratezza, hanno rilevato in complesso, e rispettivamente, tassi del 53%[35] e 11,9%.[36] In 10 studi sui maltrattamenti esercitati dagli assistenti familiari (o caregivers) (n = 1.810), [37-46] il tasso di abuso fisico è risultato compreso tra il 5-20%, quello verbale tra il 30-52%, e quello inerente qualsiasi tipo di abuso tra il 12-55%. In altri 12 studi (n = 102.980),[47-58] è emersa una grande variazione dei tassi di prevalenza. Gli studi più accurati hanno comunque messo in evidenza

che il 5% degli anziani utenti dei servizi di assistenza è risultato in complesso positivo nello screening per l'abuso, e il 3,6% degli anziani utenti di centri diurni è risultato in particolare positivo nello screening per l'abuso fisico. Meno dell'1% degli anziani vittime di maltrattamento sono stati segnalati ai servizi di polizia o protezione. Da segnalare infine 6 indagini sugli assistenti formali o professionali. In dettaglio, lo studio di Pillemer e Moore,[59] sull'attività degli infermieri (n=577), ha rilevato che circa il 36% di questi ha "osservato" episodi di abuso fisico e il 10% ha commesso atti di abuso fisico nell'ultimo anno. Nello stesso periodo, gran parte del personale di cura (81%) era inoltre stato testimone di casi di abuso psicologico, e il 40% aveva invece commesso in prima persona tali atti. Saveman e colleghi,[60] in uno studio sul personale di cura (n=499 infermieri) che lavora con persone anziane ospiti in contesti diversi (ad es. case protette), hanno rilevato che l'11% dello staff intervistato sapeva dell'esistenza di casi di abuso in tali settings durante l'ultimo anno, e il 2% ha persino ammesso di aver personalmente maltrattato alcuni anziani. Georgen,[61] in uno studio sullo staff di cura nelle case di riposo (ad es. infermieri, n = 80), ne ha riferito che il 79% ha maltrattato o trascurato un anziano ospite almeno una volta negli ultimi due mesi, mentre il 66% ha assistito a episodi di abuso da parte di altri. Jogerst e colleghi [62], in uno studio sull'abuso fisico, finanziario, sessuale e sulla trascuratezza in case di riposo certificate *Medicare* (n=355), hanno evidenziato che in un anno e oltre, per ogni 1.000 residenti, 20.7 incidenti sono stati segnalati al personale di cura, e 18.4 alle autorità competenti, e di quest'ultimi il 29% è risultato convalidato. Wang,[63] in uno studio su infermieri e assistenti di cura (n = 114), ha riferito che il 16,1% aveva assistito a episodi di abuso significativi, e il 99% a maltrattamenti in genere. Cooper e colleghi,[64] in uno studio sugli assistenti familiari (n=86) di anziani malati di Alzheimer, hanno rilevato che il 27,9% aveva abusato verbalmente dell'anziano assistito, e il 3,5% fisicamente.

Più di recente, uno studio negli USA[65] con un campione nazionale rappresentativo di persone con età compresa tra 57-85 anni (n = 3005), ha riportato, nell'ultimo anno, una prevalenza del 9% per l'abuso verbale, dello 0,2% per l'abuso fisico e del 3,5% per l'abuso finanziario. In un altro studio sempre negli USA,[66] con un campione nazionale rappresentativo di persone di 60 anni e oltre (n = 5.777), la prevalenza riferita a un anno è stata del 4,6% per l'abuso psicologico, dell'1,6% per l'abuso fisico, dello 0,6% per l'abuso sessuale, del 5,2% per l'abuso finanziario e del 5,1% per la negligenza o trascuratezza. Un'indagine condotta nel Regno Unito sull'abuso nei confronti delle persone di 66 anni e oltre (n = 2.106),[67] e riferita all'anno precedente la rilevazione, ha posto in luce una prevalenza dei maltrattamenti compresa tra 0,2-1,1% (sessuale 0,2%, psicologica 0,4%, fisica 0,4%, finanziaria 0,7%, negligenza 1,1%). I risultati della prima indagine nazionale in Israele [68] sulla prevalenza di abuso nei confronti di persone dai 65 anni in su (n = 1045). hanno mostrato che tra la popolazione ebraica (n = 948) l'1,6% era stato esposto ad abuso fisico o sessuale, il 14,5% ad abuso verbale, il 6,4% ad abuso finanziario, il 2,6% aveva subito limitazioni della libertà personale

e il 26% era stato trascurato. Tra la popolazione non ebraica (n = 97) le analoghe cifre sono state rispettivamente del 6,2%, 11,5%, 9,3%, 4,1% e 19,6%.

1.5. Fattori di rischio

Una serie di fattori di "rischio" per l'abuso verso gli anziani sono stati indicati in letteratura quali elementi che possono riguardare sia le vittime che i perpetratori.

Riguardo ai *fattori di "rischio" per le vittime,* vari studi indicano che le donne sono in genere a più alto "rischio" per l'abuso rispetto agli uomini, e che le stesse soffrono i "peggiori" episodi di maltrattamento, in particolare fisico e sessuale.[19,39,67-69] Altri fattori di "rischio" sono l'isolamento sociale o il basso supporto sociale,[16,41,66,70-77,93,103] la dipendenza a seguito di carenze fisico e/o cognitive[52,77-80] ed anche un forte stato depressivo, eventuali traumi, e una cattiva salute in genere.[65,66,81]

In relazione ai *fattori di "rischio" per i perpetratori*, le donne sembrano essere responsabili della maggior parte degli atti di abbandono o trascuratezza.[82] Altri fattori predisponenti sono l'isolamento sociale o il basso supporto sociale,[39,41] la dipendenza economica delle vittime con riguardo alla sistemazione abitativa e alle necessità quotidiane,[39,77,83-87] qualche forma di psicopatologia (ad es. per l'abuso di sostanze nocive) [39,40,42,43,61,77,84,88-91] e l'essere coniugi-conviventi o parenti delle vittime stesse.[19,2,39,67,68]

1.6. Conseguenze

Per gli anziani, gli effetti e le conseguenze della violenza subita possono avere risvolti drammatici, in quanto soggetti vulnerabili sotto vari aspetti (ad es. fisicamente), e quindi anche piccole lesioni fisiche e perdite di piccole somme di denaro possono avere un impatto significativo sul loro benessere. Sorprendentemente, pochi ricercatori hanno affrontato gli aspetti di morbilità e mortalità connesse all'abuso sugli anziani. Ciononostante, i dati indicano che gli anziani vittime di abusi spesso soffrono di coesistenti sintomi di depressione,[40,49,52,92-97] stress e ansia.[98] L'isolamento sociale, la solitudine e un basso supporto sociale sembrano tuttavia essere collegati al maltrattamento degli anziani soprattutto come fattori di "rischio", piuttosto che come conseguenze.[16,41,66,70-77,93,103] La relazione tra l'abuso e la qualità percepita della vita non ha attirato grande attenzione. Due studi suggeriscono, comunque, che gli anziani maltrattati percepiscono la propria

qualità della vita "peggiore rispetto ad altri".[8,101] Sebbene talune indagini hanno esplorato quali possano essere gli indicatori (o "markers of prevalence") degli effetti fisici, sugli anziani, degli abusi subiti e della mortalità dopo l'abuso,[99] i dati concreti disponibili su questi aspetti sono ancora scarsi. Alcuni studi hanno tuttavia suggerito che l'abuso sugli anziani è in misura significativa associato alla scarsa salute fisica delle vittime, ma anche alla minore durata della vita (o "sopravvivenza") delle stesse.[70,100-102] A titolo di esempio, in uno studio longitudinale sui tassi di mortalità tra 2.812 persone anziane, è emerso che, a tredici anni dalla prima rilevazione, il 40% dei soggetti che non avevano segnalato alcun episodio di abuso o trascuratezza era ancora in vita, in contrapposizione al 9% di coloro che erano stati diversamente maltrattati e abbandonati.[102]

1.7. Limiti dello studio e nuove ricerche

La letteratura prodotta sul tema dell'abuso verso gli anziani pone in luce diversi limiti, e in particolare il fatto che i dati disponibili sui tassi di prevalenza presentano ampie variazioni. Alcune divergenze sono comunque imputabili alla definizione stessa di abuso, ed anche all'utilizzo di strumenti diversi per rilevare e misurare gli episodi di violenza, oltre che a diverse modalità di raccolta degli stessi dati. In realtà, pochi studi hanno utilizzato metodi standardizzati di raccolta dei dati, strumenti e test validati ed affidabili, o hanno definito con chiarezza le popolazioni oggetto di indagine e la probabilità di campionamento. In tale contesto, confrontare i risultati disponibili sulla prevalenza degli abusi sugli anziani può risultare quindi un difficile compito. In particolare, diversi studi hanno investigato i fattori "rischio" e gli effetti associati al maltrattamento degli anziani, ma le differenze di cui sopra ostacolano il confronto tra i risultati, ed impediscono di arrivare a conclusioni definitive. Inoltre, poche indagini hanno affrontato la tematica complessiva (prevalenza, tipologia, fattori di rischio, effetti) a partire da una prospettiva multi-culturale e multi-nazionale, precludendo così l'inferenza statistica circa il grado di influenza di questi fattori.

Vi è in sostanza una mancanza di dati coerenti e affidabili sulla prevalenza degli abusi sugli anziani e relative caratteristiche soprattutto in Europa, e di conseguenza i risultati disponibili devono essere interpretati con cautela. Pertanto, vi è un cruciale bisogno di dati concreti e certi su queste tematiche, tenendo nel giusto conto anche l'influenza degli aspetti culturali, e tale esigenza può essere quindi soddisfatta utilizzando, nei vari studi, la stessa definizione di abuso sugli anziani, gli stessi strumenti per misurare il fenomeno, ma anche analizzando altre dimensioni importanti e correlate (ad es. la salute mentale), riferendosi peraltro a gruppi di popolazione ben definiti. L'utilizzo infine di metodologie statistiche standardizzate per l'analisi dei risultati, oltre che

facilitare il confronto tra paesi, contribuirà allo sviluppo di efficaci programmi di prevenzione e trattamento.

1.8. Contesto di riferimento

In Europa, sia a livello nazionale che di Unione Europea, vi è crescente preoccupazione per il fenomeno degli abusi verso gli anziani, confermata da diverse azioni (ad es. adozione di norme legislative a tutela delle vittime) intraprese in tale direzione da vari Governi. Tuttavia, c'è ancora una carenza di dati in tutti i paesi europei per quanto riguarda entità, caratteristiche, determinanti ed effetti di tali abusi. Dati che possono essere estremamente utili, ad esempio, per un ulteriore sviluppo delle politiche di prevenzione e contrasto del maltrattamento degli anziani, con adeguati approcci terapeutici.

In considerazione di ciò, un gruppo di ricercatori con professionalità e competenze diverse, provenienti da 7 paesi europei (Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portogallo, Spagna, Svezia), con la Svezia in qualità di centro coordinatore, ha deciso di affrontare la complessa tematica dell'*elder abuse,* e a tal fine, un progetto ad hoc (**ABUEL**) è stato preparato e inviato a ciascun partner per essere valutato e sostenuto. Il progetto, approvato e finanziato dalla EAHC, ha auto inizio nel mese di aprile del 2008. Il presente rapporto rappresenta uno dei risultati finali del progetto stesso.

1.9. Obiettivi del rapporto

Uno dei principali obiettivi di questo rapporto è stato quello di presentare i dati sulla prevalenza dell'abuso verso gli anziani (psicologico, fisico, sessuale, finanziario, lesioni fisiche incluse), in aggiunta alle caratteristiche dei perpetratori dei maltrattamenti, nei centri urbani di 7 paesi europei (Stoccarda in Germania, Atene in Grecia, Ancona in Italia, Kaunas in Lituania, Porto in Portogallo, Granada in Spagna, Stoccolma in Svezia). I dati sull'abbandono o negligenza non sono presentati in questa sede. Altri importanti obiettivi sono stati l'esaminare i fattori cruciali associati con le diverse forme di abuso e le lesioni fisiche, quali sintomi depressivi e di ansia, disturbi fisici e qualità della vita.

2. METODI

2.1. Soggetti intervistati

I partecipanti allo studio sono donne e uomini individuati tramite estrazione casuale dalle liste anagrafiche della popolazione residente nei 7 centri urbani europei sopra menzionati, ad eccezione tuttavia della Grecia, dove è stato utilizzato un campione casuale "porta a porta". I criteri di inclusione dei soggetti nello studio sono stati i seguenti: (i) età 60-84 anni; (ii) assenza di demenza o di altre disabilità cognitive[a]; (iii) status giuridico legale (cittadini nazionali e immigrati regolari); (iv) residenza a domicilio o in case protette[b]; (v) capacità di leggere e scrivere nella propria madrelingua; (vi) consenso all'inclusione nello studio. La dimensione del campione è stata calcolata sulla base dell'universo di donne e uomini con età compresa tra 60-84 anni, presenti nelle liste anagrafiche comunali, e una probabile prevalenza di abuso verso gli anziani del 13% è stata derivata da una recente review sistematica della letteratura sull'argomento.[20] Il numero totale di partecipanti è stato di 4.467 individui (2,559 donne, 57,3%). I tassi di risposta alla survey variano, fra i paesi partecipanti, tra il 18,9% e 87,4%, con una media del 45,2%. In particolare, il tasso di risposta è del 47,1% per le donne e del 49,3% per gli uomini, e varia anche tra i gruppi di età (47-49,7%) con una media del 48%. In complesso, gli anziani intervistati non fanno registrare differenze importanti (di età e genere) rispetto a quanti hanno rifiutato di aderire allo studio, né rispetto alla popolazione generale presente in ciascun paese incluso nello studio.

2.2. Dimensioni esplorate

2.2.1. Abuso verso gli anziani

L'abuso verso gli anziani è stato misurato con 52 items tratti dallo studio *sull'Elder Abuse* e *Neglect* realizzato nel Regno Unito[8,] e dallo strumento *Conflict Tactic Scale 2* [9], specifico per la rilevazione dei conflitti. Agli intervistati è stato chiesto se avessero subito atti di lieve o grave abuso psicologico (in totale 11 esempi, tra i quali gli insulti), fisico (17 esempi, tra i quali le percosse),

[a] La disabilità cognitiva è stata misurata con il test Mini-Cog (Borson et al. 2000).
[b] Italia esclusa.

sessuale (8 esempi, tra i quali il rapporto fisico contro la propria volontà), finanziario (9 esempi, tra i quali sottrazione di denaro con la forza) ed anche se avessero riportato lievi o gravi lesioni fisiche (7 esempi, tra i quali le contusioni). E' stato inoltre chiesto quanto spesso l'abuso si fosse verificato (cronicità) durante l'anno passato (possibili risposte graduate da "mai verificato" a oltre 20 volte). E' stata anche investigata l'eventualità di casi di trascuratezza e abbandono a carico degli anziani (ad es. mancanza di aiuto necessario nei lavori domestici quotidiani) con 13 domande relative al bisogno di aiuto ricevuto, non ricevuto o diversamente al non bisogno di aiuto. Sono state inoltre rilevate informazioni sulle principali caratteristiche degli autori dei maltrattamenti (ad es. l'età) e sui possibili luoghi dove l'abuso si fosse verificato. Infine, ai partecipanti è stato chiesto di riferire le proprie reazioni ed i propri sentimenti conseguenti agli atti di abuso subiti. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sulle varie tipologie di abuso (psicologico, fisico, sessuale, finanziario, e lesioni fisiche) piuttosto che sull'abbandono e sui perpetratori di tali atti.

2.2.2. Salute mentale

I sintomi di depressione e di ansia sono stati misurati con l'*Hospital Anxiety and Depression Scale*[104] composta di 14 items, con possibilità di risposte graduate da "mai" a "sempre", dei quali 7 relativi alla depressione (ad es. "mi sento come se fossi rallentato") e 7 relativi all'ansia (ad es. "ho improvvise crisi di panico"). I sintomi possono essere assenti (punteggio 0-7 che corrisponde a nessun caso di ansia-depressione), oppure presenti e quindi possibili (punteggio 8-10) o probabili (punteggio 11-21). Punteggi elevati corrispondono a livelli alti di depressione e ansia. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sul punteggio totale dello strumento utilizzato.

2.2.3. Disturbi fisici

I disturbi fisici sono stati misurati con la versione breve della *Giessen Complaint List* [105], composta di 24 items relativi a vari sintomi (ad es. debolezza fisica), e con possibilità di risposte graduate da "assenza di disturbo"a "disturbo che crea molto disagio". Il punteggio totale è di 96 ed è ottenuto dai punteggi parziali di 4 sotto-scale (relative a problemi di esaurimento/affaticamento fisico generale, gastrointestinali, cardiovascolari, muscolo-scheletrici). Punteggi elevati corrispondono ad elevati livelli di disturbi fisici. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sul punteggio totale dello strumento utilizzato.

2.2.4. Uso dei servizi sanitari

L'uso di servizi sanitari è stata misurato in termini di numero di contatti con diversi tipi di personale sanitario (ad es. medici) e servizi di assistenza sanitaria (ad es. di base). Gli items sono derivati dallo Studio Svedese sulla Salute *"Stockholm County Council Survey"*.[106].

2.2.5. Supporto sociale

Il supporto sociale è stata misurato quale percepito tramite la M*ultidimensional Scale of Perceived Social Support* [107,108] composta di 12 items, con possibilità di risposte graduate da "totale disaccordo con l'affermazione in questione" a "totale accordo". Il punteggio totale è di 84 ed è ottenuto dai punteggi parziali di 3 sotto-scale (relative al sostegno dalla famiglia, dagli amici, da altre persone significative). Punteggi elevati corrispondono ad un elevato supporto sociale. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sul punteggio totale dello strumento utilizzato.

2.2.6. Qualità della vita

La qualità della vita è stata misurata con lo strumento dell'OMS *Quality of life-Old* (QOL)[109] composto di 24 items, con possibilità di risposte graduate da "per nulla" a "moltissimo". Il punteggio totale è di 100 ed è ottenuto dai punteggi parziali di 6 sotto-scale (relative ad abilità sensoriali, autonomia, attività passate, presenti e future, partecipazione sociale, rapporto con la morte e intimità). Punteggi elevati corrispondono ad un'alta qualità della vita. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sul punteggio totale dello strumento utilizzato.

2.2.7. Stile di vita

Lo stile di vita è stato misurato in termini di consumo di alcol e di sigarette, e valutando la massa corporea tramite il *Body Mass Index* (BMI). L'identificazione dei disturbi dovuti all'abuso di alcol è stata realizzata con una versione modificata *dell'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* [110], composto di 5 items (ad es. "assume alcol"). In modo analogo è stato valutato il consumo di sigarette. Per questo report, l'attenzione si è concentrata sul consumo o meno di alcolici e sigarette (domande in formato "sì/no"). L'indice di massa corporea è stato calcolato, per ciascun anziano, con la formula kg/m2 (peso/altezza*2).

2.2.8. Aspetti demografici e socio-economici

Sono stati misurati anche alcuni **aspetti demografici e socio-economici** quali genere, età, stato civile e professione. La "preoccupazione finanziaria" (per come far "quadrare" il bilancio economico famigliare) è stata misurata con una domanda avente diverse risposte possibili graduate da "no" a "sempre". Una qualsiasi risposta diversa da "no" identifica quindi un soggetto con preoccupazione per le questioni economiche. Quattro domande (ad es. luogo di nascita) hanno rilevato se gli intervistati fossero nativi del luogo o immigrati. Le variabili demografiche e socio-economiche sono state adattate per i singoli paesi, pur rimanendo simili nel contenuto.

2.3. Disegno dello studio

Lo studio ha utilizzato un campione rappresentativo della popolazione e i dati sono stati raccolti nei centri urbani dei 7 paesi coinvolti per sei mesi (da gennaio a giugno 2009), tramite interviste "faccia a faccia", sia somministrate dall'intervistatore che e auto-compilate[c] dagli stessi intervistati. Lo studio è stato avviato con lo sviluppo di un protocollo di ricerca, comprendente modalità di campionamento, struttura e iter per la realizzazione dell'intervista, ed anche modalità formative e informative sulla rilevazione dirette agli intervistatori. In seguito sono stati individuati e selezionati gli strumenti ed i test più idonei per lo sviluppo del questionario. Tutti i materiali sono stati tradotti nelle rispettive lingue dei 7 paesi e adattati culturalmente. La fattibilità del questionario è stata testata in ognuno dei paesi partecipanti (10 interviste pilota in ognuno, 5 femmine e 5 maschi). Prima di iniziare la raccolta dei dati, si è provveduto all'arruolamento degli intervistatori, in numero variabile tra i vari paesi (da un minimo di 5 ad un massimo di 20), e alla loro formazione con riguardo alla somministrazione dell'intervista, nel rispetto della privacy e con l'adozione di un comportamento eticamente corretto nei confronti degli anziani da contattare. Sia prima che durante la rilevazione gli anziani partecipanti allo studio sono stati accuratamente informati sulle finalità e modalità di svolgimento dello stesso, sia per iscritto che oralmente, in aggiunta alla richiesta di firmare un apposito modulo di "consenso informato" all'intervista. Al termine della raccolta dei dati, è stato possibile creare banche dati nazionali ed anche un database integrato per il complesso dei 7 paesi coinvolti. Con estrema attenzione sono stati affrontati aspetti quali riservatezza dell'indagine, anonimato e diritti del partecipante. L'approvazione di una Commissione etica è stata

[c] Italia esclusa

richiesta e ottenuta in ciascuno paese partecipante, ad eccezione della Grecia, dove tale autorizzazione non si è resa necessaria.

2.4. Analisi statistiche

Analisi descrittive sono state effettuate per il complesso dei dati a disposizione, utilizzando le semplici distribuzioni di frequenza ed alcune misure di sintesi. Le analisi bivariate, secondo le dimensioni esplorate, sono state eseguite mediante i test *Chi-quadro* e *Kruskall-Wallis*, in aggiunta alle opportune correzioni tramite il test di *Bonferroni*. Lo specifico test di *Shapiro-Wilks* è stato utilizzato per valutare la normalità della distribuzione in caso di variabili dipendenti numeriche. Sono state inoltre calcolate talune correlazioni col metodo *Spearmann.* Il confronto tra i diversi tipi di autori dei maltrattamenti è stato realizzato utilizzando il test *Q-Cochran.* La significatività dei test, per tutte le analisi effettuate, è stata fissata ad un livello di $p < 0.05$. Sono state effettuate anche analisi multivariate - regressione lineare quantile – basate su valori medi calcolati per esaminare le interrelazioni tra le variabili dipendenti numeriche ed i valori delle covariate numerico-categoriche tra tutti i partecipanti. Le variabili dipendenti considerate sono: la depressione e l'ansia, i disturbi fisici, il supporto sociale e la qualità della vita. I fattori indipendenti considerati sono: il paese, l'età, il genere, lo stato civile, lo status di migrante, la situazione abitativa, la dimensione della famiglia, il livello di istruzione, la professione, le fonti di reddito, eventuali preoccupazioni economiche, eventuale presenza ancora attiva nel mercato del lavoro, l'uso di alcol, di sigarette e di assistenza sanitaria, eventuali episodi di abuso vissuti (ad es. abuso psicologico). Da precisare che le variabili dipendenti potevano essere utilizzate anche come covariate indipendenti. Ad esempio, i disturbi fisici sono stati considerati come variabile indipendente nella regressione relativa alla depressione e all'ansia, e diversamente come dipendente in caso di altre regressioni. Inoltre, le analisi di regressione logistica sono state eseguite prendendo in esame gli abusi e le lesioni fisiche come variabili dipendenti, mentre sono state utilizzate, quali variabili indipendenti, le stesse di cui sopra. Le associazioni tra le diverse variabili (secondo il tipo di regressione) sono state espresse come valori beta non-standardizzati e relativi errori standard o *Odds ratios* (OR), in aggiunta ad un CI (Intervallo di Confidenza) pari al 95%. Per realizzare il complesso delle analisi menzionate sono stati utilizzati i pacchetti statistici SPSS 15.1 e STATA 11.1.

3. RISULTATI[d]

3.1. Prevalenza dei tipi di abuso e delle lesioni fisiche

3.1.1. Paese

Come illustrato nella Tabella 1.1, l'abuso psicologico è risultato più frequente in Svezia, Germania, Lituania e Portogallo, seguiti da Grecia, Spagna e Italia. L'abuso fisico è stato rilevato soprattutto in Svezia, Lituania, Grecia e Germania, seguite da Portogallo, Spagna e Italia. L'abuso sessuale è risultato più frequente in Grecia e Portogallo, seguiti da Germania, Italia, Svezia, Lituania e Spagna. L'abuso finanziario è stato riferito maggiormente in Portogallo, Spagna e Grecia, seguiti da Germania, Lituania, Italia e Svezia. Infine, le lesioni fisiche, quale conseguenza di maltrattamenti fisici subiti, sono emerse con più frequenza in Lituania e Grecia, seguite da Portogallo, Svezia, Spagna e Germania. Per l''Italia non è stato rilevato alcun caso di lesioni.

3.1.2. Genere

Come indicato nella Tabella 1.1, in Germania gli uomini hanno riferito abusi psicologici, fisici e finanziari in misura maggiore rispetto alle donne, mentre è emersa una situazione opposta con riguardo alle altre forme di abuso. In Grecia, le donne hanno fatto registrare valori più elevati degli uomini in tutti i tipi di abuso, lesioni comprese. In Italia, gli uomini hanno riportato maggiori episodi di abuso psicologico e finanziario rispetto alle donne, e diversamente minori episodi di abusi fisici e sessuali. Sempre in Italia, sia donne che uomini non hanno riferito alcuna lesione fisica. In Lituania e Portogallo gli uomini hanno fatto rilevare maggiori casi di abuso finanziario rispetto alle donne, mentre in Spagna sempre gli uomini hanno riferito maggiori abusi sessuali e lesioni, ma minori abusi psicologici e finanziari; uomini e donne hanno comunque riferito valori simili con riguardo all'abuso fisico. In Svezia, gli uomini hanno fatto rilevare maggiori casi di abuso psicologico, fisico, finanziario e di lesioni fisiche rispetto alle donne, e minori casi di abuso sessuale.

[d] Nell'analisi dei risultati presentati nelle tabelle, sono stati presi in considerazione solo i valori statisticamente significativi (indicati con $p<0.05$ o con asterisco *, **, ***)

3.1.3. Stima dei tipi di abuso e delle lesioni fisiche

Come indicato nella Tabella 1.1, considerando i 7 paesi coinvolti nello studio, sulla base dei dati riferiti al complesso delle tipologie di abuso esplorate (lesioni comprese) ed alla dimensione di genere, il numero stimato di persone che, nella popolazione di 60-84 anni, hanno avuto esperienza di abuso psicologico (negli ultimi 12 mesi) è stato di 244.085 persone (134.013 donne, 55%). Valori minori ma comunque importanti sono stati stimati per l'abuso finanziario e fisico, rispettivamente con 48.800 (26.235 donne, 53,8%) e 33.846 vittime (18.436 donne, 54,4%). Cifre più esigue e simili nell'entità si stimano infine per l'abuso sessuale - con 8.742 vittime (7.091 donne, 81,1%) - e per le lesioni fisiche - con 8.583 vittime (6.382 donne, 74,4%) -. Il numero totale di persone 60-84 anni che hanno vissuto in genere l'esperienza del maltrattamento negli ultimi 12 mesi è così risultato pari a 344.056 (192.157 donne, 56%).

3.1.4. Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita

In riferimento agli aspetti demografici e socio-economici presentati nella Tabella 1.2 (in riferimento alle differenze tra i vari paesi, si rimanda a quanto già esposto nel par. 3.1.1.), e prendendo in considerazione solo le differenze emerse quali significative, gli anziani di 60-74 anni hanno segnalato maggiori casi di abuso psicologico rispetto a quelli di 75-84 anni. Inoltre, i soggetti di 60-64 e 80-84 anni hanno riferito abusi fisici in misura maggiore rispetto a quelli di altre fasce d'età, mentre gli anziani di 70-84 anni hanno fatto registrare maggiori episodi di abuso finanziario rispetto alle fasce d'età più giovani.

Le donne hanno segnalato abusi sessuali in misura maggiore degli uomini, ma non sono emerse ulteriori differenze di genere di rilievo riguardanti le altre forme di abuso.

Le persone vedove hanno riferito abusi psicologici in misura minore rispetto ai soggetti con diverso stato civile (ad es. single), e quanti sono vedovi, divorziati o separati, hanno rivelato maggiori abusi finanziari. Gli anziani divorziati o separati hanno inoltre avuto maggiore esperienza di lesioni fisiche.

I soggetti che vivono soli o con il coniuge-partner hanno riferito maggiori abusi psicologici, ed ancora quanti vivono soli o con altre persone hanno riportato maggiori abusi finanziari. Quanto alla soluzione abitativa, quanti vivono in case in affitto hanno riportato i maggiori abusi psicologici e finanziari, e non sono state rilevate differenze significative tra le diverse tipologie abitative rispetto all'abuso fisico, sessuale, ed anche in riferimento alle lesioni.

Quanti hanno un maggiore livello d'istruzione hanno anche segnalato abusi psicologici in misura più consistente rispetto a quanti sono meno istruiti, e gli anziani che svolgono o hanno svolto un lavoro per il mercato[e] hanno riferito con più frequenza abusi psicologici rispetto a quanti svolgono o hanno svolto un lavoro domestico in casa o sono militari delle Forze Armate.

Gli intervistati con reddito da lavoro e da pensione, con sussidi vari di malattia e disoccupazione e con pensioni di invalidità-inabilità, hanno segnalato maggiori casi di abuso psicologico rispetto a quanti sono economicamente sostenuti dal proprio coniuge-partner o da altri mezzi finanziari. Gli anziani supportati dal reddito di coniugi-partners hanno inoltre segnalato maggiori abusi sessuali e finanziari rispetto agli altri.

Gli intervistati che ancora esercitano una professione retribuita hanno segnalato abusi psicologici in misura maggiore rispetto a quanti sono usciti dal mercato, e chi non ha riferito preoccupazioni finanziarie ha vissuto anche minori esperienze di abuso psicologico rispetto a chi diversamente le ha evidenziate. Gli anziani che hanno dichiarato di consumare alcolici hanno inoltre riferito maggiori episodi di abuso psicologico rispetto agli astemi. Infine, non sono emerse differenze significative relative allo status di migrante ed all'uso di tabacco in relazione alle diverse tipologie di abuso.

3.1.5. Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale

Come mostrato nella Tabella 1.3 (parte "a" e "b"), e sempre prendendo in considerazione solo i risultati statisticamente significativi, gli anziani esposti ad abusi psicologici, sessuali e finanziari, e lesioni fisiche, hanno utilizzato più spesso l'assistenza sanitaria rispetto ai non esposti.

Inoltre, gli anziani che hanno subito un maltrattamento, indipendentemente dalla tipologia, hanno riferito in genere maggiori disturbi fisici e maggiori sintomi di ansia e depressione, ma ad eccezione, per l'ultima dimensione, dei casi di abuso sessuale e finanziario. Ancora, gli anziani vittime di abuso hanno riportato un minore sostegno sociale, rispetto alle non vittime, in riferimento a tutte le forme di violenza considerate, ad esclusione dell'abuso sessuale.

Gli intervistati esposti ad abusi finanziari risultano inoltre vivere meno frequentemente in famiglie numerose rispetto ai non esposti. Non sono diversamente emerse differenze significative della BMI con riguardo alle varie tipologie di abuso.

[e] Con riguardo alla professione, è stato chiesto di indicare quella principale attuale o svolta in passato in caso di soggetti pensionati o comunque non più attivi nel mercato del lavoro.

3.1.6. Fattori associati ai tipi di abuso e alle lesioni fisiche

Come indicato nella Tabella 1.4, vivere in case in affitto, assumere alcol ed utilizzare i servizi sanitari, riportare punteggi più elevati in riferimento ai disturbi fisici ed ai sintomi di ansia, e valori minori con riguardo al supporto sociale, sono tutti aspetti associati con un aumento del "rischio" per l'abuso psicologico, mentre il provenire da Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, avere un'età compresa tra 75-79 e 80-84 anni e non avere preoccupazioni economiche, risultano circostanze associate diversamente ad un "rischio" minore. Essere coniugato-convivente, casalingo/a e avere punteggi elevati di ansia e disturbi fisici sono stati associati con un aumento del "rischio" per l'abuso fisico, mentre il provenire da Italia e Portogallo è stato associato con una diminuzione del "rischio" stesso.

Abitare in Grecia, dover contare sul sostegno finanziario di un coniuge-partner, utilizzare l'assistenza sanitaria ed avere seri sintomi d'ansia, sono risultati fattori associati ad un maggior "rischio" per l'abuso sessuale. Risiedere invece in Portogallo, avere un'età compresa tra 80-84 anni ed essere maschi, riportare un punteggio elevato alto nei sintomi d'ansia ma esiguo con riguardo al sostegno sociale percepito, sono risultati aspetti associati con un aumento del "rischio" per l'abuso finanziario.

Punteggi elevati in riferimento ai disturbi fisici e ai sintomi di ansia, e diversamente scarsi nel supporto sociale, sono risultati aspetti associati a un maggiore "rischio" per le lesioni fisiche, mentre l'uso di tabacco è stato associato a un minor rischio per quest'ultime.

3.1.7. Tabelle

Tabella 1.1. Prevalenza di abuso e lesioni fisiche negli ultimi 12 mesi per paese e genere, e stime delle vittime nella popolazione.

Paese/genere	Psicologico [a]		Fisico [b]		Sessuale [c]		Finanziario [d]		Lesioni fisiche [e]	
	%	Vittime	%	Vittime	%	Vittime	%	Vittime	%	Vittime
Germania (n=648)										
Donne	27.1	34.442	3.3	4.249	0.9	1.040	3.6	4.618	0.4	520
Uomini	26.8	18.578	2.8	1.941	1.5	1.040	3.5	2.426	0.5	347
	27.5	15.864	4.0	2.308	0.0	0	3.8	2.192	0.3	173
Grecia (n=643)										
Donne	13.2	71.266	3.4	18.718	1.5	8.338	4.0	21.895	1.1	5.894
Uomini	14.7	44.912	4.6	14.054	2.5	7.638	4.8	14.665	1.7	5.194
	11.3	26.354	2.0	4.664	0.3	700	3.1	7.230	0.3	700
Italia (n=628)										
Donne	10.4	3.010	1.0	269	0.5	141	2.7	757	0.0	0
Uomini	6.9	1.078	1.2	187	0.6	94	2.0	312	0.0	0
	16.5	1.932	0.7	82	0.4	47	3.8	445	0.0	0
Lituania (n=630)										
Donne	24.6	17.080	3.8	2.600	0.3	179	2.8	1.937	1.5	1.068
Uomini	25.1	11.233	4.1	1.835	0.4	179	2.4	1.074	2.0	895
	23.7	5.847	3.1	765	0.0	0	3.5	863	0.7	173
Portogallo (n=656)	21.9	13.485	2.1	1.277	1.3	791	7.8	4.777	0.7	448
Donne	25.4	9.489	2.0	747	1.6	598	6.6	2.466	1.2	448
Uomini	16.6	3.996	2.2	530	0.8	193	9.6	2.311	0.0	0
Spagna (n=636)	11.5	9.011	1.4	1.101	0.3	226	4.8	3.780	0.5	441
Donne	12.8	5.700	1.4	623	0.2	89	5.5	2.449	0.3	134
Uomini	9.7	3.311	1.4	478	0.4	137	3.9	1.331	0.9	307
Svezia (n=626)	29.7	106.486	4.0	14.307	0.5	1.811	1.8	6.560	0.6	2.306
Donne	24.9	47.795	2.3	4.415	0.6	1.152	1.7	3.263	0.6	1.152
Uomini	35.6	58.691	6.0	9.892	0.4	659	2.0	3.297	0.7	1.154
Totale (n=4467)	19.4	244.085	2.7	33.846	0.7	8.742	3.8	48.800	0.7	8.583
Donne	18.9	134.013	2.6	18.436	1.0	7.091	3.7	26.235	0.9	6.382
Uomini	20.0	110.072	2.8	15.410	0.3	1.651	4.1	22.565	0.4	2.201

[a]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [b]=e.g. le ha dato dei calci; [c]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [d]=e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà ; [e]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 1.2. Abuso e lesioni fisiche, variabili demografiche, socio-economiche e stile di vita.

Variabili		**Psicologico** [a]		**Fisico** [b]		**Sessuale** [c]		**Finanziario** [d]		**Lesioni fisiche** [e]
	N	**%**	***P*-valori**	**%**	***P*-valori**	**%**	***P*-valori**	**%**	***P*-valori**	**%**	***P*-valori**
Paese			*P*<0.001		*P*=0.002		*P*=0.028		*P*<0.001		*P*=0.066
Germania	648	27.1		3.3		0.9		3.6		0.4	
Grecia	643	13.2		3.4		1.5		4.0		1.1	
Italia	628	10.4		1.0		0.5		2.7		0.0	
Lituania	630	24.6		3.8		0.3		2.8		1.5	
Portogallo	656	21.9		2.1		1.3		7.8		0.7	
Spagna	636	11.5		1.4		0.3		4.8		0.5	
Svezia	626	29.7		4.0		0.5		1.8		0.6	
Classi di età (anni)			*P*<0.001		*P*=0.002		*P*=0.768		*P*=0.001		*P*=0.924
60-64	1124	22.1		3.3		0.7		2.9		0.9	
65-69	1088	19.6		2.1		0.9		2.8		0.6	
70-74	961	21.8		2.6		0.7		4.5		0.6	
75-79	749	14.6		2.4		0.6		4.0		0.6	
80-84	545	15.2		3.2		0.5		6.4		0.6	
Genere			P=0.455		*P*=0.567		*P*=0.003		*P*=0.33		*P*=0.056
Donna	2493	18.9		2.6		1.0		3.7		0.9	
Uomo	1865	20.0		2.8		0.3		4.1		0.4	
Stato civile			*P*=0.002		*P*=0.229		*P*=0.39		*P*<0.001		*P*=0.01
Single	258	21.1		2.8		1.4		2.7		0.0	
Coniugato/convivente	2841	19.7		2.7		0.6		3.0		0.6	
Divorziato/separato	331	25.2		4.1		1.3		6.4		1.9	
Vedovo/a	927	15.7		2.1		0.6		5.7		0.6	
Immigrato/a			*P*=0.071		*P*=0.469		*P*=0.855		*P*=0.066		*P*=0.598
Si	4113	19.1		2.6		0.7		3.9		0.7	
No	229	24.5		3.6		0.9		2.3		0.5	
Situazione abitativa			*P*=0.023		*P*=0.918		*P*=0.103		*P*=0.013		*P*=0.534
Solo	1038	20.2		2.9		1.3		5.5		1.1	
Coniuge/partner	2161	20.4		2.5		0.5		3.2		0.5	
Coniuge/partner/altri [f]	693	17.8		2.8		0.8		3.0		0.8	
Altri [g]	450	15.0		2.1		0.4		4.4		0.5	
Tipo di abitazione			*P*<0.001		*P*=0.201		*P*=0.113		*P*<0.02		*P*=0.167
Di proprietà	3332	18.2		2.4		0.6		3.5		0.6	
In affitto	887	25.0		3.3		1.3		5.3		1.0	
Altro [h]	139	12.6		4.4		0.7		2.8		0.0	

Tabella 1.2. Continua.

Variabili			Psicologico [a]		Fisico [b]		Sessuale [c]		Finanziario [d]		Lesioni fisiche [e]
	N	%	*P*-valori	%	*P*-valori	%	*P*-valori	%	*P*-valori	%	*P*-valori
Istruzione			*P*<0.001		*P*=0.701		*P*=0.568		*P*=0.183		*P*=0.658
Non sa leggere/scrivere	135	14.9		1.9		0.0		6.8		0.6	
Nessun titolo di studio	186	15.2		2.1		0.4		4.5		1.6	
Scuola elementare incompleta	335	14.5		3.8		1.0		5.8		0.7	
Scuola elementare	1075	17.0		2.1		1.0		3.3		0.7	
Scuola media-superiore	1718	20.4		2.7		0.6		3.3		0.6	
Università-studi post universitari	835	23.1		3.0		0.6		4.0		0.8	
Altro [i]	71	30.0		4.2		1.4		6.5		0.0	
Professione			P=0.001		*P*=0.12		*P*=0.152		*P*=0.075		*P*=0.455
Legislatori/imprenditori/ professionisti/dirigenti	1190	22.3		2.7		0.4		3.6		0.8	
Tecnici/impiegati/prof. qualificate	1171	18.2		1.9		0.7		3.5		0.5	
Lavoratori specializzati agricoltura/ silvicoltura/caccia/pesca	694	20.4		2.0		0.5		2.8		0.3	
Artigiani/operai/prof. elementari	563	20.8		3.8		0.7		4.1		1.1	
Casalinga/casalingo	644	13.9		3.3		1.2		5.5		0.9	
Forze Armate	45	10.5		0.0		0.0		7.6		0.0	
Principale fonte di reddito			P=0.001		*P*=0.064		*P*=0.005		*P*<0.044		*P*=0.735
Reddito da lavoro	2859	19.4		2.4		0.5		3.4		0.7	
Pensione di anzianità	532	25.0		3.6		0.7		3.1		0.8	
Pensione inval-inab/pens. sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [j]	234	23.6		5.1		1.1		5.1		1.0	
Reddito del coniuge/partner	622	13.3		2.4		1.6		5.7		0.8	
Altro [k]	106	17.7		1.4		0.0		3.3		0.0	
Lavora ancora (lavoro retribuito)			P=0.013		*P*=0.492		*P*=0.172		*P*=0.575		*P*=0.894
No	3426	19.0		2.6		0.7		3.8		0.7	
Si	736	23.8		3.2		1.1		3.4		0.7	
Preoccupazioni finanziarie			P=0.016		*P*=0.547		*P*=0.129		*P*=0.079		*P*=0.053
No	1563	18.3		2.4		0.5		3.1		0.3	
Si	2791	21.4		2.8		0.8		4.2		0.9	
Fumo			P=0.302		*P*=0.243		*P*=0.566		*P*=0.341		*P*=0.131
No	3834	19.5		2.7		0.7		3.9		0.8	
Si	522	18.4		2.1		0.5		3.2		0.2	
Consumo di alcol			P=0.001		*P*=0.713		*P*=0.674		*P*=0.032		*P*=0.474
No	1573	15.9		2.7		0.6		4.6		0.8	
Si	2783	21.3		2.7		0.8		3.4		0.6	

[a]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [b]=e.g. le ha dato dei calci; [c]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [d]=e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà ;[e]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa; [f]=e.g. figlia; [g]=e.g. figlia; [h]=e.g. case di riposo per anziani; [i]=e.g. scuola d'arte; [j]=e.g. pensione di malattia; [k]=e.g. capitale proprio.

Tabella 1.3 (a). Abuso e lesioni fisiche, ampiezza della famiglia, BMI, uso dei servizi sanitari e disturbi fisici.

Variabili	Ampiezza della famiglia [a]				BMI [b]				Uso dei servizi sanitari [c]				Disturbi fisici [d]			
	n	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**	**n**	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**	**n**	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**	**n**	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**
Psicologico [e]				*P*=0.3399				*P*=0.4019				*P*=0.0001				*P*=0.0001
No	3574	2.1	1.16		3471	26.7	4.23		3514	1.3	0.21		3584	15.2	14.05	
Si	881	2.1	0.95		852	26.6	4.18		874	1.4	0.23		883	20.4	16.78	
Fisico [f]				*P=0*.5785				*P*=0.484				*P*=0.2226				*P*=0.0026
No	4338	2.1	1.13		4210	26.7	4.22		4272	1.3	0.21		4350	16.0	14.56	
Si	117	2.0	1.04		113	26.3	4.30		116	1.3	0.24		117	22.5	19.82	
Sessuale [g]				*P*=0.1191				*P*=0.5016				*P*=0.0011				*P*=0.0001
No	4421	2.1	1.13		4291	26.7	4.22		4354	1.3	0.22		4433	16.2	14.75	
Si	34	1.8	0.90		32	26.8	4.49		34	1.4	0.22		34	25.3	13.99	
Finanziario [h]				*P*=0.0033				*P*=0.9643				*P*=0.0071				*P*=0.0002
No	4280	2.1	1.13		4158	26.7	4.23		4214	1.3	0.21		4292	16.0	14.62	
Si	175	1.9	0.84		165	26.6	3.97		174	1.4	0.22		175	20.7	17.45	
Lesioni fisiche [i]				*P*=0.4153				*P*=0.6398				*P*=0.0208				*P*=0.0001
No	4424	2.1	1.12		4294	26.7	4.23		4357	1.3	0.22		4436	16.1	14.62	
Si	31	2.0	1.15		29	26.2	3.80		31	1.4	0.20		31	34.4	21.92	

[a]=numero di persone nella famiglia; [b]=Body Mass Index = indice di massa corporea; [c]=frequenza contatti con i servizi sanitari; [d]=GBB-24, 0-96; [e]= e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [f]=e.g. le ha dato dei calci; [g]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [h]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [i]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 1.3 (b). Abuso e lesioni fisiche, supporto sociale, sintomi di depressione e di ansia.

Variabili	Supporto sociale [a]				Sintomi di depressione [b]				Sintomi di ansia [b]			
	n	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**	**n**	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**	**N**	**Media**	**d.s.**	***P*-valori**
Psicologico [c]				*P*=0.0001				*P*=0.0001				*P*=0.0001
No	3494	68.4	14.03		3536	5.0	4.08		3535	4.6	3.88	
Si	864	63.7	16.40		875	6.0	4.07		877	6.3	4.42	
Fisico [d]				*P*=0.0013				*P*=0.0007				*P*=0.0001
No	4246	67.6	14.50		4294	5.1	4.06		4297	4.9	3.99	
Si	112	61.5	18.15		117	6.7	5.13		115	7.1	5.31	
Sessuale [e]				*P*=0.3182				*P*=0.2349				*P*=0.0001
No	4325	67.5	14.61		4377	5.2	4.09		4378	4.9	4.03	
Si	33	64.1	17.93		34	6.2	4.98		34	8.1	5.17	
Finanziario [f]				*P*=0.0002				*P*=0.2297				*P*=0.0137
No	4186	67.7	14.42		4237	5.1	4.06		4237	4.9	3.99	
Si	172	62.3	18.51		174	5.7	4.81		175	6.0	5.07	
Lesioni fisiche [g]				*P*=0.0014				*P*=0.0001				*P*=0.0001
No	4329	67.5	14.56		4380	5.1	4.09		4381	4.9	4.01	
Si	29	56.3	21.04		31	8.7	4.29		31	9.9	5.38	

[a]= MSPSS, 12-84; [b]= HADS, 0-21; c=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [d]=e.g. le ha dato dei calci; [e]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [f]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [g]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 1.4. Analisi multivariata di regressione logistica (odds ratio 95% CI – Intervallo confidenza) - Associazione tra variabili demografiche/socio-economiche, stile di vita, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici), supporto sociale e abuso.

Variabili Indipendenti	**Psicologico**[a]	**Fisico** [b]	**Sessuale** [c]	**Finanziario** [d]	**Lesioni fisiche** [e]
	OR (95%CI)	**OR (95%CI)**	**OR (95%CI)**	**OR (95%CI)**	**OR (95%CI**
Paese [f]					
Grecia	0.46 (0.31-0.68) ***	0.80 (0.33-1.99)	9.76 (1.26-75.84)*	0.84 (0.37-1.92)	6.79 (0.73-63.16)
Italia	0.35 (0.24-0.51) ***	0.19 (0.06-0.62) **	1.73 (0.19-16.04)	0.95 (0.43-2.07)	
Lituania	0.80 (0.57-1.13)	0.89 (0.39-2.06)	2.14 (0.23-19.75)	1.04 (0.46-2.33)	7.38 (0.99-55.17)
Portogallo	0.52 (0.37-0.72) ***	0.39 (0.16-0.94) *	3.04 (0.49-18.88)	2.57 (1.35-4.92) **	1.44 (0.19-10.84)
Spagna	0.38 (0.24-0.60) ***	0.31 (0.09-1.06)	3.62 (0.35-37.17)	1.17 (0.50-2.73)	0.87 (0.04-17.02)
Svezia	1.18 (0.87-1.59)	1.40 (0.66-2.95)	2.40 (0.32-18.29)	0.63 (0.28-1.44)	1.06 (0.12-9.09)
Germania[+]					
Classi di età (anni) [f]					
65-69	0.83 (0.64-1.07)	1.00 (0.53-1.90)	1.65 (0.55-5.01)	0.78 (0.43-1.41)	1.13 (0.34-3.73)
70-74	0.94 (0.72-1.24)	1.06 (0.53-2.10)	1.52 (0.41-5.70)	1.44 (0.82-2.55)	0.35 (0.07-1.70)
75-79	0.52 (0.38-0.71) ***	0.89 (0.42-1.90)	1.44 (0.36 5.71)	1.31 (0.71-2.45)	0.68 (0.17-2.79)
80-84	0.63 (0.45-0.89) *	1.27 (0.56-2.89)		2.24 (1.19-4.20) *	0.85 (0.15-4.88)
60-64[+]					
Genere [f]					
Uomo	1.11 (0.91-1.36)	1.58 (0.95-2.64)	0.71 (0.22-2.31)	2.52 (1.62-3.92) ***	0.7 (0.23-2.14)
Donna [+]					
Stato civile [f]					
Coniugato/convivente	1.09 (0.58-2.05)	5.31 (1.07-26.3) *	3.60 (0.40-32.31)	0.90 (0.27-2.98)	
Divorziato/separato	1.03 (0.66-1.60)	1.79 (0.54-5.89)	0.19 (0.03-1.42)	2.03 (0.81-5.10)	
Vedovo/a	0.86 (0.57-1.31)	0.99 (0.30-3.21)	0.23 (0.04-1.23)	1.42 (0.59-3.42)	
Single[+]					
Immigrato/a [f]					
Si	1.04 (0.73-1.47)	1.19 (0.54-2.62)	1.19 (0.54-2.62)	0.58 (0.20-1.62)	1.38 (0.15-12.31)
No+					
Situazione abitativa [f]					
Coniuge/partner	1.37 (0.76-2.48)	0.47 (0.12-1.82)	0.17 (0.02-1.44)	1.32 (0.43-4.08)	0.17 (0.02-1.86)
Coniuge/partner /altri [h]	1.52 (0.75-3.07)	1.13 (0.21-6.15)	0.90 (0.03-25.25)	1.64 (0.40-6.82)	0.16 (0.01-3.89)
Altri [i]	1.15 (0.74-1.78)	2.03 (0.69-5.93)	1.46 (0.12-17.43)	1.28 (0.55-2.97)	0.38 (0.04-3.61)
Solo[+]					
Tipo di abitazione [f]					
In affitto	1.28 (1.02-1.60)*	1.27 (0.75-2.15)	1.72 (0.67-4.38)	1.3 (0.85-1.99)	1.59 (0.53-4.73)
Altro [j]	0.84 (0.47-1.51)	2.17 (0.70-6.68)	1.63 (0.18-15.00)	0.7 (0.24-2.03)	
Di proprietà [+]					

Tabella 1.4. Continua.

Variabili Indipendenti	Psicologico[a] OR (95%CI)	Fisico [b] OR (95%CI)	Sessuale [c] OR (95%CI)	Finanziario [d] OR (95%CI)	Lesioni fisiche [e] OR (95%CI
Istruzione [f]					
Nessun titolo di studio	1.54 (0.63-3.76)	1.89 (0.18-19.66)		0.53 (0.13-2.13)	
Scuola elementare incompleta	1.15 (0.50-2.64)	2.43 (0.28-20.81)		0.75 (0.24-2.34)	
Scuola elementare	1.36 (0.61-3.00)	1.47 (0.17-12.39)		0.64 (0.22-1.92)	
Scuola media-superiore		1.72 (0.77-3.85)	2.15 (0.25-18.43)		0.79 (0.26-2.43)
Università-studi post universitari	1.93 (0.83-4.45)	2.43 (0.26-22.85)		1.30 (0.39-4.37)	
Altro [k]	2.17 (0.81-5.87)	2.59 (0.19-35.32)		1.62 (0.30-8.64)	
Non sa leggere/scrivere [+]					
Professione [f]					
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	0.97 (0.74-1.27)	0.98 (0.48-2.01)	1.48 (0.33-6.67)	1.38 (0.79-2.43)	0.84 (0.19-3.73)
Lavoratori specializzati agricoltura/ Silvicoltura/caccia/pesca	1.36 (0.99-1.86)	1.10 (0.48-2.54)	0.87 (0.13-5.85)	0.74 (0.36-1.50)	0.41 (0.06-2.85)
Artigiani/operai/profess. elementari	1.35 (0.95-1.90)	2.10 (0.94-4.71)	2.01 (0.32-12.78)	1.30 (0.64-2.65)	1.43 (0.29-7.06)
Casalinga/casalingo	1.18 (0.75-1.84)	3.02 (1.11-8.18) *	2.49 (0.35-18.03)	1.87 (0.79-4.41)	1.59 (0.19-13.55)
Forze Armate	0.90 (0.33-2.43)			2.77 (0.85-9.05)	
Legislatori/imprenditori/ professionisti/dirigenti [+]					
Principale fonte di reddito [f]					
Reddito da lavoro	1.21 (0.80-1.82)	1.34 (0.49-3.63)	0.28 (0.05-1.46)	0.84 (0.35-2.00)	0.90 (0.13-6.33)
Pensione inval-inab/pens. sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [l]	0.93 (0.63-1.37)	1.76 (0.79-3.94)	0.89 (0.15-5.16)	1.00 (0.48-2.10)	0.39 (0.06-2.53)
Reddito del coniuge/partner	0.93 (0.63-1.38)	1.06 (0.42-2.68)	4.01 (1.0-16.01) *	1.82 (0.91-3.64)	0.47 (0.06-3.64)
Altro [m]	0.91 (0.51-1.62)	0.44 (0.06-3.41)		1.07 (0.36-3.18)	
Pensione di anzianità[+]					
Lavora ancora (lavoro retribuito) [f]					
Si	0.85 (0.60-1.21)	0.98 (0.40-2.42)	5.99 (1.84-19.52)**	1.28 (0.65-2.51)	1.18 (0.21-6.73)
No[+]					
Preoccupazioni finanziarie [f]					
Si	1.72 (0.59-0.88) **	1.18 (0.21-6.73)	1.18 (0.21-6.73)	1.16 (0.77-1.75)	1.16 (0.77-1.75)
No[+]					
Fumo [f]					
Si	0.86 (0.65-1.13)	1.16 (0.77-1.75)	1.16 (0.77-1.75)	0.91 (0.51-1.61)	0.91 (0.51-1.61)*
No[+]					
Consumo di alcol [f]					
Si	1.31 (1.06-1.63) *	1.34 (0.8-2.25)	1.34 (0.8-2.25)	0.34 (0.8-2.25)	1.34 (0.8-2.25)
No[+]					

Tabella 1.4. Continua.

Variabili Indipendenti	Psicologico [a]	Fisico [b]	Sessuale [c]	Finanziario [d]	Lesioni fisiche [e]
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
Ampiezza famiglia [g, n]	0.96 (0.83-1.11)	0.71 (0.45-1.10)	0.36 (0.10-1.38)	0.79 (0.54-1.18)	1.25 (0.58-2.67)
BMI [g, o]	0.99 (0.97-1.01)	0.99 (0.94-1.04)	0.97 (0.88-1.07)	1.01 (0.96-1.05)	0.90 (0.81-1.00)
Uso servizi sanitari [g, p]	1.69 (1.15-2.49) **	1.33 (0.56-3.18)	6.45 (1.36-30.62) *	1.13 (0.50-2.54)	2.15 (0.37-12.41)
Disturbi fisici [g, q]	1.02 (1.01-1.03) ***	1.02 (1.00-1.03) *	1.03 (1.00-1.06)	1.00 (0.99-1.02)	1.05 (1.02-1.08) **
Supporto sociale [g, r]	0.98 (0.98-0.99) ***	0.99 (0.97-1.00)	0.99 (0.96-1.02)	0.99 (0.98-1.00) *	0.97 (0.94-0.99) *
Sintomi di depressione [g, s]	1.01 (0.98-1.04)	1.02 (0.94-1.09)	0.87 (0.75-1.01)	0.95 (0.90-1.01)	0.97 (0.84-1.12)
Sintomi di ansia [g, s]	1.08 (1.05-1.11) ***	1.09 (1.02-1.16) *	1.18 (1.06-1.33) **	1.07 (1.01-1.13) *	1.14 (1.02-1.29) *

[+]=baseline; [a]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [b]=e.g. le ha dato dei calci; [c]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [d]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà ; [e]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa; [f]= variabili categoriche; [g]= variabili continue; [h]=e.g. figlia; [i]=e.g. figlia; [j]=e.g. case di riposo per anziani; [k]=scuola d'arte; [l]=e.g. pensione di malattia; [m]=e.g. capitale proprio; [n]= numero di persone nella famiglia; [o]= Body Mass Index = indice di massa corporea; [p]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [q]=GBB-24, 0-96; [r]=MSPSS, 12-84; [s]=HADS, 0-21;* $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.0001$.

3.2. Perpetratori

Come indicato nella Tabella 1.5, considerando l'insieme dei 7 paesi, i coniugi-partners sono emersi quali principali perpetratori dell'abuso psicologico (34,8%), fisico (33,7%) e delle lesioni (44,8%), ma si tratta tuttavia, in questo caso, di differenze statisticamente non significative. Sempre in riferimento ai suddetti tipi di abuso, e sempre con valori non significativi e nello stesso ordine, abbiamo i figli-nipoti con il 18,1%, 13,5% e 6,9%, gli altri parenti con il 16%, 6,7% e 6,9%, e gli "altri" con il 21%, 31,7% e 27,6%. Infine, con riguardo agli amici, conoscenti e vicini, le analoghe cifre sono rispettivamente il 27,7%, 13,5% e 13,8%, con un verificarsi peraltro più frequente di abuso psicologico piuttosto che di abuso fisico e lesioni da parte di queste figure (p=0.0345).

La maggior parte degli abusi sessuali è stata inflitta da amici, conoscenti e vicini di casa (30,3%) seguiti da "altri" (27,3%), coniugi-partners (24,2%), figli-nipoti (3%) e altri parenti (3%), e peraltro con figli-nipoti e altri parenti emersi quindi meno frequentemente, e significativamente (p<0,0001), quali autori degli abusi sessuali.

Gli "altri" sono i principali perpetratori degli abusi finanziari (61,7%) seguiti da figli-nipoti (11,4%), amici, conoscenti e vicini di casa (9%), altri parenti (8,4%) e coniugi-partners (5,4%), con una differenza statisticamente rilevante tra gli "altri" e i rimanenti perpetratori in complesso (p<0.0001).

3.2.1. Tabelle

Tabella 1.5. Perpetratori di abuso e lesioni fisiche (%).

Perpetratori	Psicologico (n=840) [a]	Fisico (n=104) [b]	Sessuale (n=33) [c]	Finanziario (n=167) [d]	Lesioni fisiche (n=29) [e]
Coniuge/partner	34.8	33.7	24.2	5.4	44.8
Figli/nipoti	18.1	13.5	3.0	11.4	6.9
Altri parenti [f]	16.0	6.7	3.0	8.4	6.9
Amici/vicini/conoscenti	27.7	13.5	30.3	9.0	13.8
Altri [g]	21.0	31.7	27.3	61.7	27.6

[a]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [b]=e.g. le ha dato dei calci; [c]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [d]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà ; [e]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa; [f]=e.g. nonni; [g]=e.g. personale di cura.

3.3. Sintomi di depressione

3.3.1. Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita

Come illustrato nella Tabella 2.1, gli anziani provenienti da Grecia, Lituania e Portogallo hanno riportato un punteggio superiore, con riguardo ai sintomi depressivi, rispetto a quelli di Germania, Italia, Spagna e Svezia. Quanti appartengono ai gruppi di età più avanzata (70-84 anni) hanno analogamente fatto registrare maggiori valori di depressione rispetto ai più giovani (60-69 anni). I soggetti di genere femminile, quanti sono vedovi e hanno un basso livello d'istruzione, hanno riportato valori superiori nei sintomi depressivi rispetto alle controparti. Inoltre, quanti vivono con altre persone diverse dal coniuge-partner (ad es. con figlie), casalinghe/i, lavoratori agricoli, artigiani e operai hanno riportato sintomi depressivi più seri. Risultati simili sono emersi tra i soggetti finanziariamente sostenuti da sussidi di malattia o disoccupazione, da pensioni di invalidità-inabilità, o direttamente dal coniuge-partner, nonché aventi preoccupazioni economiche. Infine, gli anziani che non bevono alcol hanno segnalato maggiori sintomi depressivi rispetto agli altri. Non sono emerse ulteriori differenze statisticamente significative.

3.3.2. Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale

La Tabella 2.2 evidenzia come BMI, uso dei servizi sanitari e disturbi fisici sono risultati positivamente correlati con i sintomi depressivi, ad indicare che più alto è il punteggio in queste variabili, maggiore è il livello di depressione degli anziani intervistati. Il sostegno sociale è risultato invece negativamente correlato con i sintomi depressivi, suggerendo che ad una carenza di supporto famigliare e amicale corrisponde una più elevata depressione nei soggetti intervistati. L'ampiezza della famiglia non è risultata correlata con i sintomi depressivi in misura statisticamente significativa.

3.3.3. Sintomi di depressione per tipo di abuso e lesioni fisiche

Come evidenziato nella Tabella 2.3, gli anziani esposti ad abusi psicologici, fisici e sessuali hanno riportato valori maggiori dei sintomi depressivi rispetto ai non esposti. Non sono emerse differenze significative con riguardo all'abuso finanziario e alle lesioni fisiche.

3.3.4 Fattori associati ai sintomi di depressione

La Tabella 2.4 mostra che il provenire da Grecia, Italia, Lituania e Portogallo, avere preoccupazioni finanziarie, avere elevati disturbi fisici, e aver subito abusi psicologici e lesioni fisiche, sono risultati tutti fattori associati con un aumento dei sintomi depressivi. Diversamente, il provenire dalla Spagna, avere compiuto un ciclo d'istruzione con relativo attestato o diploma (sia elementare, medio e superiore che Università), assumere alcol e riferire un elevato supporto sociale, sono risultati aspetti associati con una diminuzione degli stessi sintomi.

3.3.5. Tabelle

Tabella 2.1. Sintomi di depressione, variabili demografiche, socio-economiche e stile di vita.

Variabili	**Sintomi di depressione** [a]		
	n	**Media (d.s.)**	***P*-valori**
Paese			*P*<0.0001
Germania	615	3.4 (3.04)	
Grecia	643	7.3 (4.59)	
Italia	613	4.6 (3.97)	
Lituania	630	7.3 (2.78)	
Portogallo	652	5.5 (3.85)	
Spagna	636	4.5 (4.91)	
Svezia	622	3.4 (2.82)	
Classi di età (anni)			*P*<0.0001
60-64	1112	4.5 (3.62)	
65-69	1078	4.6 (3.77)	
70-74	943	5.6 (4.29)	
75-79	737	5.8 (4.46)	
80-84	541	6.2 (4.44)	
Genere			*P*<0.0001
Donna	2527	5.5 (4.26)	
Uomo	1884	4.6 (3.78)	
Stato civile			*P*<0.0001
Single	262	5.3 (4.40)	
Coniugato/convivente	2873	4.6 (3.76)	
Divorziato/separato	339	5.2 (3.88)	
Vedovo/a	936	6.8 (4.58)	
Immigrato/a			*P*=0.0264
Si	4164	5.2 (4.11)	
No	231	4.6 (3.87)	
Situazione abitativa			*P*<0.0001
Solo	1055	5.8 (4.32)	
Coniuge/partner	2183	4.5 (3.65)	
Coniuge/partner/altri [b]	702	4.9 (4.04)	
Altri [c]	456	7.1 (4.74)	
Tipo di abitazione			*P*=0.2368
Di proprietà	3359	5.1 (4.04)	
In affitto	911	5.2 (4.21)	
Altro [d]	140	5.7 (4.71)	

Tabella 2.1. Continua.

Variabili	Sintomi di depressione [a] n	Media (d.s.)	*P*-valori
Istruzione			*P*<0.0001
Non sa leggere/scrivere	136	7.7 (5.49)	
Nessun titolo di studio	187	6.1 (5.43)	
Scuola elementare incompleta	336	6.6 (4.95)	
Scuola elementare	1084	5.6 (4.14)	
Scuola media-superiore	1745	4.9 (3.68)	
Università-studi post universitari	848	4.0 (3.42)	
Altro [e]	72	5.2 (3.16)	
Professione			*P*<0.0001
Legislatori/imprenditori/ professionisti/dirigenti	1205	4.2 (3.47)	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	1190	4.6 (3.66)	
Lavoratori specializzati agricoltura/ silvicoltura/caccia/pesca	697	5.7 (4.20)	
Artigiani/operai//profess. elementari	567	6.4 (4.56)	
Casalinga/casalingo	652	6.4 (4.73)	
Forze Armate	45	3.1 (3.29)	
Principale fonte di reddito			*P*<0.0001
Reddito da lavoro	2898	5.0 (3.83)	
Pensione di anzianità	537	3.8 (3.33)	
Pensione inval-inab/pens. sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [f]	242	7.0 (4.98)	
Reddito del coniuge/partner	623	6.3 (4.91)	
Altro [g]	106	5.1 (3.62)	
Lavora ancora (lavoro retribuito)			*P*<0.0001
No	3470	5.4 (4.16)	
Si	744	4.0 (3.28)	
Preoccupazioni finanziarie			*P*<0.0001
No	1581	4.0 (3.57)	
Si	2826	5.8 (4.23)	
Fumo			*P*=0.5693
No	3875	5.1 (4.10)	
Si	533	5.2 (4.04)	
Consumo di alcol			*P*<0.0001
No	1583	6.4 (4.65)	
Si	2825	4.4 (3.55)	

[a]=HADS, 0-21; [b]=e.g. figlia; [c]=e.g. figlia; [d]=e.g. case di riposo per anziani; [e]=e.g. scuola d'arte; [f]=e.g. pensione di malattia; [g]=e.g. capitale proprio.

Tabella 2.2. Correlazioni[b] tra sintomi di depressione, ampiezza della famiglia, BMI, uso dei servizi sanitari, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici) e supporto sociale.

Variabili	Sintomi di depressione [a]
Ampiezza famiglia [d]	-0.0274 [c]
BMI [e]	0.0670 *
Uso servizi sanitari [f]	0.0528 *
Disturbi fisici [g]	0.4654 *
Supporto sociale [h]	-0.2908 *

[a]=HADS, 0-21; [b]= Correlazione di Spearmann; [c]= coefficienti di correlazione; [d]=numero di persone nella famiglia; [e]=Body Mass Index = Indice di massa corporea; [f]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [g]=GBB-24, 0-96; [h]=MSPSS, 12-84; * *P*<0.05.

Tabella 2.3. Sintomi di depressione, tipologia di abuso e lesioni fisiche.

Variabili	Sintomi di depressione [a]		
	n	Media (d.s.)	*P*-valori
Psicologico [b]			*P*<0.0001
No	3536	5.0 (4.08)	
Si	875	6.0 (4.07)	
Fisico [c]			*P*=0.0007
No	4294	5.1 (4.06)	
Si	117	6.7 (5.13)	
Sessuale [d]			*P*<0.0001
No	4380	5.1 (4.09)	
Si	31	8.7 (4.29)	
Finanziario [e]			*P*=0.2297
No	4237	5.1 (4.06)	
Si	174	5.7 (4.81)	
Lesioni fisiche [f]			*P*=0.2349
No	4377	5.2 (4.09)	
Si	34	6.2 (4.98)	

[a]=HADS, 0-21; [b]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [c]=e.g. le ha dato dei calci; [d]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [e]= e.g ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [f]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 2.4. Analisi multivariata di regressione lineare (β = betas non standardizzati; ES = errore standard). Associazioni tra variabili demografiche/socio-economiche, stile di vita, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici), abuso e sintomi di depressione.

Variabili indipendenti	Sintomi di depressione [a] β (ES)
Paese [b]	
Grecia	3.89 (0.28) ***
Italia	0.84 (0.25) **
Lituania	3.37 (0.26) ***
Portogallo	0.97 (0.25) ***
Spagna	–0.79 (0.30) *
Svezia	0.35 (0.25)
Germania[+]	
Classi di età (anni) [b]	
65-69	–0.34 (0.18)
70-74	0.21 (0.20)
75-79	0.33 (0.25)
80-84	0.24 (0.15)
60-64[+]	
Genere [b]	
Uomo	0.24 (0.15)
Donna [+]	
Stato civile [b]	
Coniugato/convivente	0.01 (0.47)
Divorziato/separato	–0.12 (0.34)
Vedovo/a	0.26 (0.30)
Single[+]	
Immigrato/a [b]	
Si	0.05 (0.27)
No[+]	
Situazione abitativa [b]	
Coniuge/partner	0.33 (0.44)
Coniuge/partner /altri [d]	–0.10 (0.48)
Altri [e]	0.12 (0.27)
Solo [+]	
Tipo di abitazione [b]	
In affitto	–0.08 (0.17)
Altro [f]	–0.09 (0.37)
Di proprietà [+]	

Tabella 2.4. Continua.

Variabili indipendenti	Sintomi di depressione [a] β (ES)
Istruzione [b]	
Nessun titolo di studio	–0.91 (0.55)
Scuola elementare incompleta	–0.44 (0.50)
Scuola elementare	–1.08 (0.47) *
Scuola media-superiore	–1.00 (0.48) *
Università-studi post universitari	–1.03 (0.51) *
Altro [g]	–0.68 (0.69)
Non sa leggere/scrivere [+]	
Professione [b]	
Tecnici/impiegati/profes. qualificate	0.05 (0.20)
Lavoratori specializzati agricolt./silvic./caccia/pesca	0.18 (0.24)
Artigiani/operai/profess. elementari	0.33 (0.26)
Casalinga/casalingo	–0.11 (0.32)
Forze Armate	–0.66 (0.57)
Legislatori/imprenditori/professionisti/dirigenti [+]	
Principale fonte di reddito [b]	
Reddito da lavoro	0.26 (0.30)
Pens. inval-inab/pens. sociale/sussidi malattia-disoccup. [h]	0.29 (0.29)
Reddito del coniuge/partner	0.38 (0.27)
Altro [i]	0.58 (0.41)
Pensione di anzianità [+]	
Lavora ancora (lavoro retribuito) [b]	
Si	–0.32 (0.26)
No [+]	
Preoccupazioni finanziarie [b]	
Si	0.46 (0.14) **
No [+]	
Fumo [b]	
Si	0.16 (0.19)
No [+]	
Consumo di alcol [b]	
Si	–0.3 (0.15) *
No [+]	
Ampiezza famiglia [c, j]	0.08 (0.07)
BMI [c, k]	0.00 (0.02)
Uso servizi sanitari [c, l]	0.54 (0.30)
Disturbi fisici [c, m]	0.09 (0.01) ***
Supporto sociale [c, n]	–0.87 (0.06) ***
Abuso psicologico [b, o]	
Si	0.55 (0.16) **
No [+]	
Abuso Fisico [b, p]	
Si	–0.19 (0.42)
No [+]	
Abuso sessuale [b, q]	
Si	0.08 (0.79)
No [+]	
Abuso finanziario [b, r]	
Si	–0.31 (0.33)
No [+]	
Lesioni fisiche [b, s]	
Si	1.81 (0.71) *
No [+]	

[+]=Baseline; [a]=HADS, 0-21; [b]= variabili categoriche; [c]= variabili continue; [d]=e.g. figlia; [e]=e.g. figlia; [f]=e.g. case di riposo per anziani; [g]=e.g. scuola d'arte; [h]=e.g. pensione di malattia; [i]=e.g. capitale proprio; [j]= numero di persone nella famiglia; [k]= Body Mass Index = indice di massa corporea; [l]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [m]=GBB-24, 0-96; [n]=MSPSS, 12-84; [o]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [p]=e.g. le ha dato dei calci; [q]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [r]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [s]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa. * P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.0001.

3.4. Sintomi di ansia

3.4.1. Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita

Come illustrato nella Tabella 3.1, gli anziani provenienti da Grecia, Lituania e Portogallo hanno evidenziato sintomi di ansia in misura superiore rispetto a quelli di Germania, Italia, Spagna e Svezia. Anche i gruppi di età più avanzata (70-84 anni) hanno riportato livelli ansiosi leggermente più elevati rispetto ai più giovani (60-69 anni). Quanti sono di genere femminile, vedovi, analfabeti e comunque con un basso livello di istruzione, hanno ottenuto un punteggio superiore nei livelli di ansia rispetto alle controparti. Inoltre, i soggetti che vivono con altre persone (ad es. con figlie), casalinghe/i, e quanti sono artigiani e operai, hanno riportato punteggi elevati dei sintomi d'ansia. Risultati simili sono emersi tra gli anziani che non lavorano, sostenuti da indennità di disoccupazione o malattia e da pensioni di invalidità-inabilità, od anche dal reddito del coniuge/partner di reddito, nonché finanziariamente preoccupati. Infine, gli anziani che non consumano alcolici hanno riportato punteggi maggiori nei livelli d'ansia rispetto a quanti ne bevono. Non sono emerse ulteriori differenze statisticamente significative.

3.4.2. Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale

Come mostrato nella Tabella 3.2, l'uso di servizi sanitari ed i disturbi fisici sono risultati positivamente correlati con i sintomi di ansia, indicando che il livello di quest'ultima è maggiore al crescere del punteggio nelle due variabili indicate. Diversamente, i valori di ansia sono risultati negativamente correlati con il sostegno sociale, suggerendo che più basso è il punteggio relativo al supporto di famiglia, amici e conoscenti, maggiori sono i sintomi ansiosi. Non sono emerse associazioni significative tra ansia, indice di massa corporea e tipo-ampiezza del nucleo familiare.

3.4.3. Sintomi di ansia per tipo di abuso e lesioni fisiche

Come indicato nella Tabella 3.3, gli anziani esposti a tutte le forme di abuso, lesioni fisiche incluse, hanno riportato punteggi maggiori dei sintomi d'ansia rispetto ai non esposti.

3.4.4. Fattori associati ai sintomi di ansia

La Tabella 3.4 evidenzia che provenire da Grecia e Lituania, avere preoccupazioni economiche, basso BMI, aver subito abusi psicologici e riportare punteggi elevati con riguardo ai disturbi fisici, sono risultati fattori associati con l'aumento dei livelli ansiosi. Diversamente, provenire dalla Spagna, essere maschi, divorziati o separati, e con elevato supporto sociale, sono tutti aspetti associati con una diminuzione dei sintomi di ansia.

3.4.5. Tabelle

Tabella 3.1. Sintomi di ansia, variabili demografiche, socio-economiche e stile di vita.

Variabili	**Sintomi di ansia** [a]		
	n	**Media (d.s.)**	***P*-valori**
Paese			*P*<0.0001
Germania	624	3.9 (3.21)	
Grecia	643	5.8 (4.57)	
Italia	605	4.2 (3.69)	
Lituania	630	6.0 (3.76)	
Portogallo	652	5.8 (4.00)	
Spagna	636	5.0 (4.75)	
Svezia	622	4.1 (3.44)	
Classi di età (anni)			*P*=0.0155
60-64	1108	4.8 (3.89)	
65-69	1079	4.6 (3.83)	
70-74	953	5.2 (4.03)	
75-79	733	5.3 (4.50)	
80-84	539	5.1 (4.12)	
Genere			*P*<0.0001
Donna	2524	5.6 (4.23)	
Uomo	1888	4.0 (3.55)	
Stato civile			*P*<0.0001
Single	266	5.1 (4.09)	
Coniugato/Convivente	2864	4.6 (3.84)	
Divorziato/separato	341	5.2 (4.11)	
Vedovo/a	940	5.9 (4.44)	
Immigrato/a			*P*=0.1327
Si	4165	5.0 (4.07)	
No	231	4.5 (3.62)	
Situazione abitativa			*P*<0.0001
Solo	1066	5.4 (4.29)	
Coniuge/partner	2178	4.5 (3.78)	
Coniuge/partner/altri [b]	697	4.9 (4.01)	
Altri [c]	455	6.2 (4.41)	
Tipo di abitazione			*P*=0.0121
Di proprietà	3354	4.9 (4.02)	
In affitto	914	5.3 (4.15)	
Altro [d]	143	5.3 (3.98)	

Tabella 3.1. Continua.

Variabili	Sintomi di ansia [a]		*P*-valori
	n	Media (d.s.)	
Istruzione			*P*<0.0001
Non sa leggere/scrivere	136	6.9 (5.19)	
Nessun titolo di studio	187	5.4 (4.68)	
Scuola elementare incompleta	337	6.3 (4.76)	
Scuola elementare	1081	5.3 (4.09)	
Scuola media-superiore	1749	4.7 (3.82)	
Università-studi post universitari	848	4.2 (3.49)	
Altro [e]	71	4.7 (3.44)	
Professione			*P*<0.0001
Legislatori/imprenditori/ Professionisti/dirigenti	1207	4.3 (3.66)	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	1190	4.6 (3.81)	
Lavoratori specializzati agricoltura/ silvicoltura/caccia/pesca	699	5.1 (4.15)	
Artigiani/operai/profess. elementari	568	5.6 (4.39)	
Casalinga/casalingo	650	6.1 (4.39)	
Forze Armate	43	3.6 (3.72)	
Principale fonte di reddito			*P*<0.0001
Reddito da lavoro	2896	4.7 (3.83)	
Pensione di anzianità	538	4.4 (3.65)	
Pensione inval-inab/pens. sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [f]	241	6.4 (4.97)	
Reddito del coniuge/partner	623	6.2 (4.55)	
Altro [g]	109	5.2 (3.79)	
Lavora ancora (lavoro retribuito)			*P*=0.0173
No	3469	5.0 (4.09)	
Si	746	4.4 (3.56)	
Preoccupazioni finanziarie			*P*<0.0001
No	1585	3.7 (3.47)	
Si	2823	5.7 (4.17)	
Fumo			*P*=0.5380
No	3879	5.0 (4.02)	
Si	530	5.0 (4.22)	
Consumo di alcol			*P*<0.0001
No	1586	5.8 (4.38)	
Si	2823	4.5 (3.76)	

[a]=HADS, 0-21; [b]=e.g. figlia; [c]=e.g. figlia; [d]=e.g. case di riposo per anziani; [e]=e.g. scuola d'arte; [f]=e.g. pensione di malattia; [g]=e.g. capitale proprio.

Tabella 3.2. Correlazioni[b] tra sintomi di ansia, ampiezza della famiglia, BMI, uso dei servizi sanitari, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici) e supporto sociale.

Variabili	Sintomi di ansia [a]
Ampiezza famiglia [d]	-0.0112 [c]
BMI [e]	0.0187
Uso servizi sanitari [f]	0.1047 *
Disturbi fisici [g]	0.4616 *
Supporto sociale [h]	-0.2104 *

[a]=HADS, 0-21; [b]= correlazione di Spearmann; [c]= coefficienti di correlazione; [d]= numero di persone nella famiglia; [e]= Body Mass Index = indice di massa corporea; f= frequenza contatti con I servizi sanitari; [g]=GBB-24, 0-96; [h]=MSPSS, 12-84; * *P*<0.05.

Tabella 3.3. Sintomi di ansia, tipologia di abuso e lesioni fisiche.

Variabili	Sintomi di ansia [a]		
	n	Media (d.s.)	*P*-valori
Psicologico [b]			*P*<0.0001
No	3535	4.6 (3.87)	
Si	877	6.3 (4.42)	
Fisico [c]			*P*=0.0001
No	4297	4.9 (3.98)	
Si	115	7.1 (5.34)	
Sessuale [d]			*P*<0.0001
No	4378	4.9 (4.02)	
Si	34	8.4 (5.29)	
Finanziario [e]			*P*=0.0137
No	4237	4.9 (3.99)	
Si	175	6.1 (5.04)	
Lesioni fisiche [f]			*P*<0.0001
No	4381	4.9 (4.00)	
Si	31	10.2 (5.42)	

[a]=HADS, 0-21; [b]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [c]=e.g. le ha dato dei calci; [d]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [e]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [f]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa

Tabella 3.4. Analisi multivariata di regressione lineare (β = betas non standardizzati; ES = errore standard). Associazioni tra variabili demografiche/socio-economiche, stile di vita, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici), abuso e sintomi di ansia.

Variabili indipendenti	Sintomi di ansia [a] β (ES)
Paese [b]	
Grecia	1.14 (0.30) ***
Italia	–0.27 (0.27)
Lituania	0.64 (0.28) *
Portogallo	0.15 (0.27)
Spagna	–0.66 (0.33) *
Svezia	0.20 (0.26)
Germania[+]	
Classi di età (anni) [b]	
65-69	–0.07 (0.20)
70-74	0.17 (0.21)
75-79	–0.26 (0.23)
80-84	–0.51 (0.27)
60-64[+]	
Genere [b]	
Uomo	–0.61 (0.16) ***
Donna [+]	
Stato civile [b]	
Coniugato/convivente	–0.51 (0.50)
Divorziato/separato	–0.72 (0.36) *
Vedovo/a	–0.58 (0.32)
Single[+]	
Immigrato/a [b]	
Si	0.12 (0.29)
No[+]	
Situazione abitativa [b]	
Coniuge/partner	0.56 (0.47)
Coniuge/partner/Altri [d]	0.60 (0.52)
Altri [e]	0.56 (0.30)
Solo [+]	
Tipo di abitazione [b]	
In affitto	–0.16 (0.18)
Altro [f]	0.69 (0.39)
Di proprietà [+]	

Tabella 3.4. Continua.

Variabili indipendenti	Sintomi di ansia [a] β (ES)
Istruzione [b]	
Nessun titolo di studio	–0.50 (0.59)
Scuola elementare incompleta	–0.31 (0.54)
Scuola elementare	–0.82 (0.51)
Scuola media-superiore	–0.80 (0.52)
Università-studi post universitari	–0.77 (0.56)
Altro [g]	–0.67 (0.75)
Non sa leggere/scrivere [+]	
Professione [b]	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	0.05 (0.20)
Lavoratori specializzati agricolt./silvicolt./caccia/pesca	0.18 (0.24)
Artigiani/operai/profess. elementari	0.33 (0.26)
Casalinga/casalingo	–0.11 (0.32)
Forze Armate	–0.66 (0.57)
Legislatori/imprenditori/professionisti/dirigenti [+]	
Principale fonte di reddito [b]	
Reddito da lavoro	0.44 (0.33)
Pens. inval-inab/pens. sociale/sussidi malattia-disoccup.[h]	0.05 (0.31)
Reddito del coniuge/partner	0.43 (0.29)
Altro [i]	0.08 (0.44)
Pensione di anzianità [+]	
Lavora ancora (lavoro retribuito) [b]	
Si	0.12 (0.28)
No [+]	
Preoccupazioni finanziarie [b]	
Si	0.88 (0.15) ***
No [+]	
Fumo [b]	
Si	0.36 (0.21)
No [+]	
Consumo di alcol [b]	
Si	–0.11 (0.16)
No [+]	
Ampiezza famiglia [c, j]	–0.09 (0.08)
BMI [c, k]	–0.06 (0.02) ***
Uso servizi sanitari [c, l]	0.40 (0.32)
Disturbi fisici [c, m]	0.12 (0.01) ***
Supporto sociale [c, n]	–0.52 (0.06) ***
Abuso psicologico [b, o]	
Si	0.54 (0.17) **
No [+]	
Abuso fisico [b, p]	
Si	0.32 (0.45)
No [+]	
Abuso sessuale [b, q]	
Si	0.11 (0.85)
No [+]	
Abuso finanziario [b, r]	
Si	0.31 (0.35)
No [+]	
Lesioni fisiche [b, s]	
Si	0.76 (0.77)
No [+]	

[+]=Baseline; [a]=HADS, 0-21; [b]= variabili categoriche; [c]= variabili continue; [d]=e.g. figlia; [e]=e.g. figlia; [f]=e.g. case di riposo per anziani; [g]=e.g. scuola d'arte; [h]=e.g. pensione di malattia; [i]=e.g. capitale proprio; [j]= numero di persone nella famiglia; [k]= Body Mass Index = indice di massa corporea; [l]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [m]=GBB-24, 0-96; [n]=MSPSS, 12-84; [o]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [p]=e.g. le ha dato dei calci; [q]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [r]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [s]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa. * $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.0001$.

3.5. Disturbi fisici

3.5.1. Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita

Come evidenziato nella Tabella 4.1, gli anziani di Lituania, Portogallo e Spagna hanno segnalato livelli più elevati di disturbi fisici rispetto a quelli provenienti da Germania, Grecia, Italia e Svezia. Analogamente, i gruppi di età più avanzati (75-84 anni), hanno riferito malesseri fisici in misura maggiore rispetto a quelli più giovani (60-74 anni), ed i partecipanti allo studio vedovi, immigrati e con un basso livello di istruzione, hanno riportato maggiori disagi a riguardo rispetto alle controparti. Hanno riportato punteggi elevati nei malesseri fisici anche gli anziani che vivono soli o con altre persone (ad es. con figlie), che alloggiano in abitazioni diverse dalle proprie (ad es. case per anziani), casalinghe/i, lavoratori agricoli, artigiani e operai. Risultati simili sono emersi tra i soggetti finanziariamente sostenuti da indennità di malattia o disoccupazione, da pensioni di invalidità-inabilità, dal reddito del coniuge-partner, che ancora lavorano e con preoccupazioni finanziarie. Infine, gli anziani che non fumano né bevono alcolici hanno riportato livelli più elevati di disturbi fisici rispetto alle controparti. Non sono emerse ulteriori differenze significative.

3.5.2. Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale

Come indicato nella Tabella 4.2, l'ampiezza della famiglia ed il sostegno sociale sono risultati negativamente correlati con i disturbi fisici, suggerendo che quando la famiglia è meno estesa ed il supporto sociale percepito é scarso, maggiore è il livello dei disturbi in questione. BMI, uso dell'assistenza sanitaria, sintomi depressivi e di ansia, sono diversamente risultati positivamente correlati con i disturbi fisici, indicando che maggiore è il punteggio in queste variabili, maggiore è il livello dei disturbi stessi.

3.5.3. Disturbi fisici per tipo di abuso e lesioni fisiche

Come mostrato nella Tabella 4.3, gli anziani esposti a tutte le forme di abuso ed alle lesioni fisiche hanno riportato livelli più elevati di malesseri fisici rispetto ai non esposti.

3.5.4. Fattori associati ai disturbi fisici

La Tabella 4.4 suggerisce che la provenienza da Lituania e Portogallo è risultata associata con alti livelli di disturbi fisici, mentre il contrario accade per quanti sono Svedesi. Anche avere un'età compresa tra 75-84 anni, essere vedovi, vivere in abitazioni per persone anziane, avere quale reddito un'indennità di malattia o disoccupazione, o una pensione d'invalidità-inabilità, sono emersi quali dimensioni socio-demografiche legate a maggiori malesseri fisici. Allo stesso modo elevato BMI, utilizzare i servizi sanitari, riferire elevati sintomi depressivi e di ansia, nonché avere un basso sostegno sociale, e l'aver subito abuso psicologico, sessuale e lesioni fisiche, sono tutti fattori risultati associati con elevati livelli di disturbi fisici. Essere di genere maschile è risultato diversamente associato ad una riduzione del punteggio degli stessi disturbi.

3.5.5. Tabelle

Tabella 4.1. Disturbi fisici, variabili demografiche, socio-economiche e stile di vita.

Variabili	**Disturbi fisici** [a]		
	n	**Media (d.s.)**	***P*-valori**
Paese			*P*<0.0001
Germania	648	12.3 (12.30)	
Grecia	643	16.6 (15.46)	
Italia	628	12.7 (10.84)	
Lituania	630	21.4 (14.40)	
Portogallo	656	22.5 (16.61)	
Spagna	636	19.3 (17.30)	
Svezia	626	9.40 (10.08)	
Classi di età (anni)			*P*<0.0001
60-64	1124	13.5 (13.23)	
65-69	1088	14.5 (14.20)	
70-74	961	17.5 (15.30)	
75-79	749	19.6 (16.25)	
80-84	545	19.0 (14.58)	
Genere			*P*<0.0001
Donna	2559	19.0 (15.79)	
Uomo	1908	19.0 (15.79)	
Stato civile			*P*<0.0001
Single	270	15.1 (13.49)	
Coniugato/convivente	2903	14.4 (13.23)	
Divorziato/separato	343	17.8 (17.37)	
Vedovo/a	950	21.6 (16.99)	
Immigrato/a			*P*=0.0243
Si	4211	16.4 (14.88)	
No	238	13.6 (12.46)	
Situazione abitativa			*P*<0.0001
Solo	1078	18.8 (16.21)	
Coniuge/partner	2208	14.2 (13.09)	
Coniuge/partner/altri [b]	706	14.9 (13.48)	
Altri [c]	457	22.3 (17.84)	

Tabella 4.1. Continua.

Variabili	Disturbi fisici [a]		
	n	Media (d.s.)	*P*-valori
Tipo di abitazione			*P*=0.0002
Di proprietà	3392	15.8 (14.55)	
In affitto	930	17.3 (15.12)	
Altro [d]	143	20.0 (16.73)	
Istruzione			*P*<0.0001
Non sa leggere/scrivere	136	25.9 (18.78)	
Nessun titolo di studio	187	24.5 (18.11)	
Scuola elementare incompleta	338	22.3 (18.69)	
Scuola elementare	1092	18.0 (14.98)	
Scuola media-superiore	1782	14.6 (13.25)	
Università-studi post universitari	855	11.5 (11.25)	
Altro [e]	73	15.1 (12.37)	
Professione			*P*<0.0001
Legislatori/imprenditori/ professionisti/dirigenti	1217	12.7 (12.10)	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	1214	14.3 (13.55)	
Lavoratori specializzati agricoltura/ silvicoltura/caccia/pesca	707	18.3 (15.20)	
Artigiani/operai/profess. elementari	570	20.5 (17.21)	
Casalinga/casalingo	656	20.7 (16.08)	
Forze Armate	45	12.7 (17.38)	
Principale fonte di reddito			*P*<0.0001
Reddito da lavoro	2939	15.2 (13.71)	
Pensione di anzianità	542	10.8 (11.65)	
Pensione inval-inab/pens. sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [f]	243	27.2 (19.22)	
Reddito del coniuge/partner	627	21.1 (16.22)	
Altro [g]	110	16.6 (14.85)	
Lavora ancora (lavoro retribuito)			*P*<0.0001
Si	3518	16.8 (14.87)	
No	751	11.8 (12.29)	
Preoccupazioni finanziarie			*P*<0.0001
No	1605	12.1 (12.20)	
Si	2857	18.5 (15.54)	
Fumo			*P*=0.0017
No	3927	16.4 (14.83)	
Si	536	14.6 (14.19)	
Consumo di alcol			*P*<0.0001
No	1598	20.0 (16.55)	
Si	2866	14.0 (13.14)	

[a]= GBB-24, 0-96; [b]=e.g. figlia; [c]=e.g. figlia; [d]=e.g. case di riposo per anziani; [e]=e.g. scuola d'arte; [f]=e.g. pensione di malattia; [g]=e.g. capitale proprio.

Tabella 4.2. Correlazioni[b] tra disturbi fisici, ampiezza della famiglia, BMI, uso dei servizi sanitari, aspetti della salute (e.g. sintomi di depressione e ansia) e supporto sociale.

Variabili	Disturbi fisici [a]
Ampiezza famiglia [d]	-0.0429 * [c]
BMI [e]	0.1483 *
Uso servizi sanitari [f]	0.2717 *
Sintomi di depressione [g]	0.4620 *
Sintomi di ansia [g]	0.4673 *
Supporto sociale [h]	-0.2180 *

[a]= GBB-24, 0-96; [b]= Correlazione di Spearmann; [c]= coefficienti di correlazione; [d]=numero di persone nella famiglia; [e]=Body Mass Index = Indice di massa corporea; [f]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [g]= HADS, 0-21; [h]=MSPSS, 12-84; * $P<0.05$.

Tabella 4.3. Disturbi fisici, tipologia di abuso e lesioni fisiche.

Variabili	Disturbi fisici [a]		
	n	Media (d.s.)	*P*-valori
Psicologico [b]			*P*<0.0001
No	3584	15.2 (14.05)	
Si	883	20.4 (16.78)	
Fisico [c]			*P*<0.0001
No	4350	16.0 (14.56)	
Si	117	22.5 (19.82)	
Sessuale [d]			*P*<0.0001
No	4436	16.1 (14.62)	
Si	31	34.4 (21.92)	
Finanziario [e]			*P*<0.0001
No	4292	16.0 (14.62)	
Si	175	20.7 (17.45)	
Lesioni fisiche [f]			*P*<0.0001
No	4433	16.2 (14.75)	
Si	34	25.3 (13.99)	

[a]= GBB-24, 0-96; [b]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [c]=e.g. le ha dato dei calci; [d]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [e]= e.g ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [f]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 4.4. Analisi multivariata di regressione lineare (β = betas non standardizzati; ES = errore standard). Associazioni tra variabili demografiche/socio-economiche, stile di vita, aspetti della salute (e.g. sintomi di depressione e ansia), supporto sociale, abuso e disturbi fisici.

Variabili indipendenti	**Disturbi fisici [a] β (ES)**
Paese [b]	
Grecia	–0.64 (0.81)
Italia	–0.95 (0.73)
Lituania	4.13 (0.77) ***
Portogallo	3.88 (0.71) ***
Spagna	1.04 (0.87)
Svezia	–2.45 (0.70) ***
Germania [+]	
Classi di età (anni) [b]	
65-69	0.43 (0.52)
70-74	0.31 (0.57)
75-79	2.90 (0.62) ***
80-84	2.76 (0.70) ***
60-64 [+]	
Genere [b]	
Uomo	–2.88 (0.42) ***
Donna [+]	
Stato civile [b]	
Coniugato/convivente	2.02 (1.34)
Divorziato/separato	0.95 (0.95)
Vedovo/a	1.81 (0.85) *
Single [+]	
Immigrato/a [b]	
Si	–0.81 (0.78)
No [+]	
Situazione abitativa [b]	
Coniuge/partner	–1.30 (1.25)
Coniuge/partner/altri [d]	–1.24 (1.40)
Altri [e]	–0.68 (0.80)
Solo [+]	
Tipo di abitazione [b]	
In affitto	0.16 (0.48)
Altro [f]	2.14 (1.05) *
Di proprietà [+]	
Istruzione [b]	
Nessun titolo di studio	0.21 (1.57)
Scuola elementare incompleta	0.57 (1.43)
Scuola elementare	–0.06 (1.37)
Scuola media-superiore	–1.67 (1.39)
Università-studi post universitari	–2.09 (1.48)
Altro [g]	–0.41 (1.99)
Non sa leggere/scrivere [+]	
Professione [b]	
Tecnici/impiegati/professioni qualificate	–0.30 (0.57)
Lavoratori specializzati agricolt./silvicolt./caccia/pesca	0.97 (0.67)
Artigiani/operai/profess. elementari	0.70 (0.73)
Casalinga/casalingo	–1.17 (0.91)
Forze Armate	1.43 (1.67)
Legislatori/imprenditori/professionisti/dirigenti [+]	
Principale fonte di supporto [b]	
Reddito da lavoro	0.42 (0.86)
Pens. inval-disab/pens. sociale/sussidi malattia-disocc. [h]	7.09 (0.83) ***
Reddito del coniuge/partner	0.51 (0.76)
Altro [i]	–0.11 (1.18)
Pensione di anzianità [+]	
Lavora ancora (lavoro retribuito) [b]	
Si	–1.03 (0.74)
No [+]	
Preoccupazioni finanziarie [b]	
Si	0.51 (0.41)
No [+]	

Tabella 4.4. Continua.

Variabili indipendenti	Disturbi fisici [a] β (ES)
Fumo [b]	
Si	0.09 (0.55)
No [+]	
Consumo di alcol [b]	
Si	–0.30 (0.42)
No [+]	
Ampiezza famiglia [c, j]	–0.11 (0.22)
BMI [c, k]	0.26 (0.04) ***
Uso servizi sanitarie [c, l]	10.41 (0.84) ***
Sintomi di depressione [c, m]	4.42 (0.44) ***
Sintomi di ansia [c, m]	5.73 (0.40) ***
Supporto sociale [c, n]	–0.35 (0.17) *
Abuso psicologico [b, o]	
Si	2.73 (0.46) ***
No [+]	
Abuso Fisico [b, p]	
Si	–0.67 (1.21)
No [+]	
Abuso sessuale [b, q]	
Si	7.82 (2.33) **
No [+]	
Abuso finanziario [b, r]	
Si	–0.51 (0.92)
No [+]	
Lesioni fisiche [b, s]	
Si	7.37 (2.00) ***
No [+]	

[+]=Baseline; [a]= GBB-24, 0-96; [b]= variabili categoriche; [c]= variabili continue; [d]=e.g. figlia; [e]=e.g. figlia; [f]=e.g. case di riposo per anziani; [g]=e.g. scuola d'arte; [h]=e.g. pensione di malattia; [i]=e.g. capitale proprio; [j]= numero di persone nella famiglia; [k]= Body Mass Index = indice di massa corporea; [l]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [m]= HADS, 0-21; [n]=MSPSS, 12-84; [o]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [p]=e.g. le ha dato dei calci; [q]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [r]= e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [s]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa. * $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.0001$.

3.6. Qualità della vita

3.6.1. Aspetti demografici, socio-economici e stile di vita

Come illustrato nella Tabella 5.1, gli anziani di Germania, Spagna e Svezia risultano aver sperimentato una maggiore qualità della vita (QOL) rispetto a quelli provenienti da Grecia, Italia, Lituania e Portogallo, così come i gruppi di età più giovani (60-69 anni) rispetto agli altri (70-84 anni). I soggetti di sesso maschile, sposati o conviventi, con maggiore livello di istruzione e immigrati, hanno riferito una maggiore qualità della vita rispetto alle controparti. Risultati simili sono emersi tra quanti vivono con il coniuge-partner ma anche con altri, che ancora lavorano e con reddito da lavoro, sono manager e professionisti, appartenenti alle Forze Armate, senza preoccupazioni economiche e con abitazione di proprietà. Infine, gli anziani che non fumano hanno evidenziato una maggiore qualità della vita rispetto ai fumatori, mentre un contesto opposto è stato osservato in riferimento al consumo di alcolici. Non sono emerse ulteriori differenze significative.

3.6.2. Famiglie, Body Mass Index (BMI), salute e supporto sociale

La Tabella 5.2 pone in evidenza come la dimensione della famiglia è risultata correlata positivamente con la qualità della vita (QOL), suggerendo che quest'ultima è migliore per gli anziani che vivono in famiglie numerose, rispetto a coloro che vivono in famiglie di piccole dimensioni o addirittura da soli. Contesto analogo è emerso con riguardo al sostegno sociale, anch'esso risultato positivamente associato con la qualità di vita. BMI, sintomi di depressione e ansia, e disturbi fisici sono invece risultati negativamente correlati con la qualità di vita riferita, indicando che a maggiori valori delle variabili in esame, corrisponde un minore benessere generale.

3.6.3. Qualità della vita per tipo di abuso e lesioni fisiche

Come mostrato nella Tabella 5.3, gli anziani esposti ad abusi psicologici e fisici, e a lesioni fisiche, hanno riportato un livello inferiore di qualità della vita rispetto ai non esposti. Non sono emerse differenze significative in riferimento agli abusi sessuali e finanziari.

3.6.4. Fattori associati alla qualità della vita

Nella Tabella 5.4 tutti i paesi esplorati dallo studio (Grecia, Italia, Lituania, Portogallo, Spagna e Svezia, prendendo la Germania come baseline o valore di riferimento per la regressione) fanno registrare una significativa scarsa qualità della vita, specie in Grecia. Allo stesso modo, avere un sostegno finanziario proveniente da indennità di malattia o disoccupazione, da pensione di invalidità-inabilità, o dal reddito del proprio coniuge-partner, e avere preoccupazioni finanziarie, ma anche livelli elevati di depressione, ansia, e disturbi fisici, e l'aver subito abusi psicologici, sono risultati fattori associati ad una diminuzione della qualità della vita. Una maggiore qualità della stessa è diversamente risultata associata con l'essere più giovani (65-69 anni) e occupati nelle Forze Armate, nonché con l'uso di alcol e con un elevato sostegno sociale.

3.6.5. Tabelle

Tabella 5.1. Qualità della vita, variabili demografiche, socio-economiche e stile di vita.

Variabili	**Qualità della vita** [a]		
	n	**Media (d.s.)**	***P*-valori**
Paese			*P*<0.0001
Germania	536	77.8 (12.27)	
Grecia	571	54.4 (11.92)	
Italia	570	69.4 (12.51)	
Lituania	630	61.7 (11.47)	
Portogallo	585	66.1 (13.04)	
Spagna	634	71.8 (16.58)	
Svezia	622	72.4 (12.33)	
Classi di età (anni)			*P*<0.0001
60-64	1051	69.7 (14.05)	
65-69	1027	69.5 (14.24)	
70-74	878	66.7 (14.98)	
75-79	682	66.0 (14.93)	
80-84	510	63.2 (15.53)	
Genere			*P*<0.0001
Donna	2364	66.4 (15.00)	
Uomo	1784	69.5 (14.27)	
Stato civile			*P*<0.0001
Single	248	66.3 (15.15)	
Coniugato/convivente	2716	70.1 (13.81)	
Divorziato/separato	321	64.6 (15.00)	
Vedovo/a	863	61.5 (15.47)	
Immigrato/a			*P*=0.0296
Si	214	69.3 (14.83)	
No	3918	67.6 (14.11)	
Situazione abitativa			*P*<0.0001
Solo	985	64.0 (15.15)	
Coniuge/partner	2062	70.7 (13.66)	
Coniuge/partner/altri [b]	663	68.6 (13.95)	
Altri [c]	423	60.3 (15.67)	

Tabella 5.1. Continua.

Variabili	Qualità della vita [a]		
	n	Media (d.s.)	*P*-valori
Tipo di abitazione			*P*=0.0009
Di proprietà	3160	68.2 (14.41)	
In affitto	855	66.0 (15.56)	
Altro [d]	132	65.0 (17.61)	
Istruzione			*P*<0.0001
Non sa leggere/scrivere	130	61.2 (17.92)	
Nessun titolo di studio	180	67.3 (17.98)	
Scuola elementare incompleta	313	62.4 (16.00)	
Scuola elementare	1023	65.1 (14.57)	
Scuola media-superiore	1628	68.2 (13.61)	
Università-studi post universitari	811	72.9 (13.66)	
Altro [e]	62	69.8 (13.52)	
Professione			*P*<0.0001
Legislatori/imprenditori/ Professionisti/dirigenti	1145	71.7 (13.81)	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	1108	69.4 (13.91)	
Lavoratori specializzati agricoltura/ Silvicoltura/caccia/pesca	647	66.2 (14.27)	
Artigiani/operai/profess. elementari	546	62.3 (15.26)	
Casalinga/casalingo	607	62.9 (15.23)	
Forze Armate	41	74.4 (14.93)	
Principale fonte di reddito			*P*<0.0001
Reddito da lavoro	515	72.0 (13.62)	
Pensione di anzianità	2725	68.3 (14.21)	
Pensione inval-inab/pensione sociale/ sussidi malattia-disoccupazione [f]	226	59.6 (16.93)	
Reddito del coniuge/partner	578	64.1 (15.51)	
Altro [g]	99	67.2 (14.27)	
Lavora ancora (lavoro retribuito)			*P*<0.0001
Si	711	72.1 (13.51)	
No	3244	66.6 (14.79)	
Preoccupazioni finanziarie			*P*<0.0001
Si	2654	64.8 (13.63)	
No	1490	72.9 (14.60)	
Fumo			*P*<0.0001
Si	499	65.9 (14.52)	
No	3646	67.9 (14.80)	
Consumo di alcol			*P*<0.0001
Si	2649	70.3 (13.35)	
No	1497	63.1 (15.93)	

[a]= WHOQOL-OLD, 0-100; [b]=e.g. figlia; [c]=e.g. figlia; [d]=e.g. case di riposo per anziani; [e]=e.g. scuola d'arte; [f]=e.g. pensione di malattia; [g]=e.g. capitale proprio.

Tabella 5.2. Correlazioni[b] tra qualità della vita, ampiezza della famiglia, BMI, uso dei servizi sanitari, aspetti della salute (e.g. disturbi fisici, sintomi di depressione e ansia) e supporto sociale.

Variabili	Qualità della vita [a]
Ampiezza famiglia [d]	0.0666 * [c]
BMI [e]	-0.05826 *
Uso servizi sanitari [f]	-0.0038
Disturbi fisici [g]	-0.4172 *
Sintomi di depressione [h]	-0.6718 *
Sintomi di ansia [h]	-0.4859 *
Supporto sociale [i]	0.3535*

[a]= WHOQOL-OLD, 0-100; [b]= Correlazione di Spearmann; [c]= coefficienti di correlazione; [d]=numero di persone nella famiglia; [e]=Body Mass Index = Indice di massa corporea; [f]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [g]=GBB-24, 0-96; [h]=HADS, 0-21; [i]=MSPSS, 12-84; * *P*<0.05.

Tabella 5.3. Qualità della vita, tipologia di abuso e lesioni fisiche.

Variabili	Qualità della vita [a]	Media (d.s.)	*P*-valori
Psicologico [b]			*P*<0.0001
Si	835	64.4 (15.12)	
No	3313	68.5 (14.59)	
Fisico [c]			*P*=0.0022
Si	111	61.6 (18.88)	
No	4037	67.8 (16.42)	
Sessuale [d]			*P*=0.0691
Si	31	62.1 (19.10)	
No	4117	67.7 (14.74)	
Finanziario [e]			*P*=0.7327
Si	171	62.5 (34.06)	
No	3986	67.7 (14.60)	
Lesioni fisiche [f]			*P*<0.0001
Si	29	55.0 (17.29)	
No	4119	67.7 (14.73)	

[a]= WHOQOL-OLD, 0-100; [b]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [c]=e.g. le ha dato dei calci; [d]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [e]= e.g ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [f]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa.

Tabella 5.4. Analisi multivariata di regressione lineare (β = betas non standardizzati; ES = errore standard). Associazioni tra variabili demografiche/socio-economiche, stile di vita, aspetti della salute (e.g. sintomi di depressione e ansia), supporto sociale, abuso e qualità della vita.

Variabili indipendenti	Qualità della vita [a] β (ES)
Paese [b]	
Grecia	–17.74 (0.90) ***
Italia	–7.20 (0.81) ***
Lituania	–9.19 (0.84) ***
Portogallo	–6.45 (0.80) ***
Spagna	–2.01 (0.94) *
Svezia	–6.48 (0.77) ***
Germania [+]	
Classi di età (anni) [b]	
65-69	1.33 (0.57) *
70-74	0.76 (0.62)
75-79	–0.52 (0.68)
80-84	–1.22 (0.75)
60-64 [+]	
Genere [b]	
Uomo	–0.71 (0.46)
Donna [+]	
Stato civile [b]	
Coniugato/convivente	–0.70 (1.47)
Divorziato/separato	–1.38 (1.03)
Vedovo/a	0.38 (0.86)
Single [+]	
Immigrato/a [b]	
Si	–0.08 (0.90)
No [+]	
Situazione abitativa [b]	
Coniuge/partner	1.88 (1.38)
Coniuge/partner/altri [d]	0.70 (0.51)
Altri [e]	–1.12 (1.12)
Solo [+]	
Tipo di abitazione [b]	
In affitto	–0.97 (1.50)
Altro [f]	–1.70 (0.83)
Di proprietà [+]	

Tabella 5.4. Continua.

Variabili indipendenti	Qualità della vita [a] β (ES)
Istruzione [b]	
Nessun titolo di studio	4.43 (1.70)
Scuola elementare incompleta	2.10 (1.55)
Scuola elementare	1.84 (1.48)
Scuola media-superiore	1.86 (1.51)
Università-studi post universitari	2.73 (1.61)
Altro [g]	1.70 (2.16)
Non sa leggere/scrivere [+]	
Professione [b]	
Tecnici/impiegati/profess. qualificate	0.24 (0.61)
Lavoratori specializzati agricolt./silvicolt./caccia/pesca	0.12 (0.72)
Artigiani/operai/profess. elementari	–0.50 (0.78)
Casalinga/casalingo	–1.07 (0.99)
Forze Armate	4.94 (1.81) **
Legislatori/imprenditori/professionisti/dirigenti [+]	
Principale fonte di reddito [b]	
Reddito da lavoro	1.16 (0.93)
Pens. inval-inab/pens. sociale/sussidi malattia-disocc. [h]	–2.83 (0.89) **
Reddito del coniuge/partner	–2.47 (0.85) **
Altro [i]	1.65 (1.28)
Pensione di anzianità [+]	
Lavora ancora (lavoro retribuito) [b]	
Si	0.95 (0.80)
No [+]	
Preoccupazioni finanziarie [b]	
Si	–1.36 (0.44) **
No [+]	
Fumo [b]	
Si	0.15 (0.60)
No [+]	
Consumo di alcol [b]	
Si	1.24 (0.45) **
No [+]	
Ampiezza famiglia [c, j]	0.02 (0.05)
BMI [c, k]	0.35 (0.20)
Uso servizi sanitari [c, l]	0.64 (0.92)
Disturbi fisici [c, m]	–3.00 (0.41) ***
Sintomi di depressione [c, n]	–8.88 (0.49) ***
Sintomi di ansia [c, n]	–3.14 (0.45) ***
Supporto sociale [c, o]	2.44 (0.18) ***
Abuso psicologico [b, p]	
Si	–1.55 (0.20) **
No [+]	
Abuso Fisico [b, q]	
Si	0.23 (1.24)
No [+]	
Abuso sessuale [b, r]	
Si	–0.11 (2.39)
No [+]	
Abuso finanziario [b, s]	
Si	1.90 (1.01)
No [+]	
Lesioni fisiche [b, t]	
Si	3.95 (2.20)
No [+]	

[+]=Baseline; [a]=WHOQOL-OLD, 0-100; [b]=variabili categoriche; [c]= variabili continue; [d]=e.g. figlia; [e]=e.g. figlia; [f]=e.g. case di riposo per anziani; [g]=e.g. scuola d'arte; [h]=e.g. pensione malattia; [i]=e.g. capitale proprio; [j]=numero di persone nella famiglia; [k]=Body Mass Index = indice di massa corporea; [l]= frequenza contatti con i servizi sanitari; [m]=GBB-24, 0-96; [n]=HADS, 0-21; [o]=MSPSS, 12-84; [p]=e.g. ha sminuito ciò che lei fa; [q]=e.g. le ha dato dei calci; [r]=e.g. l'ha toccata con finalità sessuali contro la sua volontà; [s]=e.g. ha cercato di farsi dare da lei denaro, beni o proprietà; [t]=e.g. ha perso i sensi dopo essere stato colpito alla testa. * $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.0001$.

4. DISCUSSIONE

4.1. Prevalenza del fenomeno

Nel complesso dei paesi investigati (Tabella 1.1), l'abuso psicologico è emerso quale tipologia di maltrattamento maggiormente diffusa, seguito dall'abuso finanziario e fisico. L'abuso sessuale e le lesioni fisiche sono stati diversamente riscontrati con minore frequenza. Gli uomini in misura maggiore delle donne hanno segnalato casi di abuso psicologico, fisico e finanziario, mentre una situazione opposta è stata messa in luce con riguardo all'abuso sessuale e alle lesioni fisiche. A livello nazionale, l'abuso psicologico si è verificato più spesso in Svezia e in Germania, l'abuso fisico in Svezia e Lituania, l'abuso sessuale in Grecia e Portogallo. L'abuso finanziario è stato riferito con maggiore frequenza in Portogallo e Spagna, e le lesioni fisiche in Lituania e in Grecia. Più uomini che donne sono stati esposti a violenze psicologiche in Svezia, Germania e Italia, mentre il contrario è avvenuto negli altri paesi. Ancora, più uomini che donne hanno avuto esperienza di abusi fisici in Svezia, Germania e Portogallo, mentre una realtà opposta è emersa nei rimanenti paesi. Inoltre, sempre gli uomini sono risultati maggiormente esposti ad abusi finanziari rispetto alle donne, e in tutti i paesi, tranne che in Grecia e in Spagna. Diversamente, le donne più degli uomini sono risultate sia vittime di abuso sessuale in tutti e 7 i paesi considerati, ad eccezione della Spagna, che vittime di lesioni fisiche in tutti i paesi, tranne che in Spagna e in Svezia. Infine, è stato stimato che circa 345.000 anziani (60-84 anni) hanno subito abusi in complesso (lesioni comprese) durante gli ultimi 12 mesi nei centri urbani esplorati dallo studio.

I risultati dello studio ABUEL sono per la verità difficilmente confrontabili con quelli di altre indagini.[15-19, 21-68] La maggior parte di queste hanno infatti adottato metodologie diverse dalla nostra, inclusa una differente definizione di abuso, non hanno confrontato l'entità del fenomeno tra i paesi, e inoltre hanno raramente preso in esame e rilevato l'abuso sessuale e le lesioni fisiche. Ad eccezione dell'abuso psicologico, i tassi di abuso da noi indicati tendono così ad essere inferiori, e in alcuni casi con spiccata evidenza, rispetto a quelli emersi nel'ambito di altre ricerche sul tema.[30-64]

Sono comunque disponibili studi che presentano somiglianze con la nostra rilevazione (ad es. riferiti alla popolazione generale).[15-19,21-29,65-68] Tuttavia, rispetto a questi, i nostri valori di abuso psicologico risultano più elevati, mentre quelli dell'abuso fisico e finanziario sono più esigui. Quanto alle differenze di genere, i risultati ABUEL solo a volte concordano con quelli emersi in analoghe indagini, mentre in alcuni casi è evidente un netto contrasto. Ulteriori discrepanze tra i nostri risultati e quelli di altri studi sono collegati, nella maggior parte dei casi, alle differenze di età nei soggetti campionati ed alla loro disponibilità o meno nel segnalare episodi di maltrattamento subito.

In particolare, i valori di prevalenza di ABUEL sono superiori a quelli riportati nello studio del Regno Unito,[67] il quale ha investigato il fenomeno in Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord, e rappresenta peraltro lo studio più simile al nostro in termini di confronto tra i paesi e con coinvolgimento di entrambi i sessi. Tuttavia, mentre nell'indagine realizzata nel Regno Unito[67] emerge uno 0,7% di partecipanti esposti ad abuso psicologico, fisico e sessuale, le nostre cifre evidenziano un maggiore 11,4% in complesso. Parte di queste differenze può essere imputata al fatto che la nostra rilevazione include soggetti di età compresa tra 60-84 anni, mentre lo studio britannico [67] considera anziani dai 66 anni in su. Solitamente la prevalenza dei casi di abuso tende infatti ad essere maggiore nelle età più giovani rispetto ai gruppi di età più avanzata. Inoltre, il nostro studio raccoglie informazioni proponendo 52 items agli intervistati, mentre lo studio nel Regno Unito[67] ha utilizzato soltanto 32 items, lasciando così scoperti importanti aspetti dell'abuso verso gli anziani.

Nel complesso, sebbene siano evidenti differenze tra i nostri dati e quelli di altri studi, il quadro generale che ne emerge indica comunque come il fenomeno del maltrattamento delle persone anziane, in particolare psicologico, sia relativamente diffuso. Inoltre, come evidenziato dalle analisi bivariate riportate nel presente volume (Tabelle 1.2 e 1.3), l'esperienza dell'abuso differisce in relazione ad una serie di fattori demografici/socio-economici (ad es. l'età), legati allo stile di vita (ad es. uso di alcol) e anche in presenza di particolari contesti sociali (ad es. presenza o meno di supporto sociale). Successive analisi di regressione multivariata (Tabella 1.4) hanno tuttavia messo in luce, e delineato meglio, taluni specifici aspetti socio-economici e demografici quali fattori associati con l'essere vittime di abuso: il risiedere in Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, avere un'età compresa tra 75-84 anni, l'essere sposati-conviventi, di sesso maschile e sostenuti finanziariamente con reddito del proprio coniuge-partner, avere preoccupazioni economiche ed alloggiare in case in affitto. Inoltre, anche l'essere consumatori di alcol e tabacco, utilizzatori di assistenza sanitaria, riportare elevati sintomi di ansia e parecchi disturbi fisici, e infine riferire uno scarso sostegno sociale percepito, sono risultati altrettanti fattori associati con il maltrattamento subito delle persone anziane intervistate, e rappresentano quindi cruciali caratteristiche delle stesse vittime. In dettaglio, il provenire da Portogallo e Grecia è risultato associato, rispettivamente, ad un aumento del "rischio" per gli abusi finanziari e sessuali. Il provenire da Grecia, Italia, Portogallo e Spagna è stato anche associato con una diminuzione del "rischio" per l'abuso psicologico, mentre provenire da nazioni quali Italia e Portogallo, è stato associato con una diminuzione del "rischio" per l'abuso fisico.

Paese

Gli anziani che vivono in Germania denotano un più elevato "rischio" per l'abuso psicologico e fisico rispetto agli anziani negli altri paesi (dati non presenti nella Tabella 1.4, dove Germania = baseline o valore di riferimento). Ciò potrebbe riflettere una maggiore diffusione del fenomeno in questa nazione

rispetto alle altre, ma anche una maggiore consapevolezza del fenomeno da parte degli intervistati e una maggiore disponibilità a rivelare esperienze di violenza subita. E' infatti da tenere presente che la percezione di cosa effettivamente siano l'abuso psicologico e fisico può differire tra i vari paesi esplorati. Un'ulteriore spiegazione può trovarsi nei divari di autonomia e autorità che caratterizzano le persone avanti con gli anni, ed è quindi possibile che gli anziani tedeschi si siano sentiti meno "autorevoli" rispetto a quelli degli altri paesi, con la conseguenza di un maggior "rischio" di esposizione ad episodi di abuso. In complesso i risultati ABUEL potrebbero anche riflettere una società tedesca più violenta di altre, e alcuni elementi a supporto di tale affermazione sono presenti in un recente sondaggio sulla criminalità condotto in 18 paesi dell'UE (con riguardo a 10 reati comuni), secondo il quale la Germania, in media, presenta una maggiore prevalenza di reati rispetto a paesi quali Grecia, Italia, Portogallo e Spagna.[111]

Gli anziani greci sono invece emersi a più alto "rischio" per l'abuso sessuale. Questi risultati confermano in parte le osservazioni del sondaggio sul crimine di cui sopra,[111] che riportano una prevalenza di violenze sessuali, in particolare contro le donne, più elevata in Grecia piuttosto che in Italia, Portogallo e Spagna. Può comunque essere possibile che nel nostro campione tali anziani abbiano percepito, valutato e riferito i comportamenti sessuali subiti con maggiore gravità rispetto agli altri paesi. Così come è probabile che gli stessi siano stati più disponibili nel riferire gli episodi di violenza sessuale rispetto agli anziani in altri paesi. In ogni caso, la valutazione-misurazione dell'abuso sessuale è estremamente difficile, e i relativi risultati, inclusi quelli di ABUEL, vanno interpretati con grande cautela, anche in considerazione dei seguenti aspetti: nel nostro studio l'abuso sessuale non è risultato così frequente; non sono emerse grandi differenze a riguardo tra uomini e donne; in un solo caso (Spagna), gli uomini hanno riferito più delle donne episodi di questo tipo.

Gli anziani residenti in Portogallo sono risultati a più alto "rischio" per gli abusi finanziari. Ciò contrasta con quanto evidenziato dall'indagine sui reati di cui sopra,[111] la quale ha indicato come il Portogallo sia uno tra i paesi con minore livello di criminalità in Europa, sebbene vada specificato come l'abuso finanziario in tale specifico studio sia stato affrontato solo indirettamente nelle forme del furto connesso alla violazione di domicilio. In qualche misura, anche la situazione economica in Portogallo, che presenta un contesto peggiore di molti altri paesi europei (es. Germania, Spagna), potrebbe implicare una maggiore diffusione degli episodi di abuso economico, in particolare nei confronti degli anziani che, in generale, sono più indifesi e vulnerabili dei giovani.[112-115]

Età

Gli anziani di età compresa tra 80-84 anni sono risultati a più alto "rischio" per gli abusi finanziari, mentre gli anziani di età compresa tra 75-84 anni sono risultati a più basso "rischio" per l'abuso psicologico. I dati relativi all'abuso finanziario possono essere in parte collegati alla diversa e

maggiore disponibilità nel riferire tale tipologia di maltrattamento tra le generazioni più "vecchie", ma anche al fatto che i soggetti di età compresa tra 80-84 anni, rispetto ai contingenti più giovani, presentano spesso maggiori problemi di salute fisica e/o mentale, ma anche una rete di supporto sociale meno estesa, essendo così a maggior "rischio" di esposizione appunto a tale tipo di abuso. E' anche plausibile che gli autori dei maltrattamenti siano stati economicamente dipendenti o a carico degli stessi anziani (ad es. per le spese quotidiane), e/o possono aver avuto problemi personali connessi ad es. all'abuso di sostanze alcoliche e/o stupefacenti, e quindi possono essere stati più "inclini" ad abusare finanziariamente degli anziani. Dati provenienti da altri studi, sebbene non sempre specificamente riferiti agli abusi finanziari, indicano che fattori di rischio relativi alle vittime (isolamento sociale, menomazioni fisiche e/o mentali)[16,41,52,65,66,70-81,93,103] e ai perpetratori (isolamento sociale, dipendenza finanziaria, psicopatologie)[39,40,42,43,61,77,83-91], potrebbero avere reso le persone anziane maggiormente vulnerabili agli abusi economici. Tuttavia, la relazione tra età più avanzata e maggiori casi di abuso riscontrati, non è confermata da tutti gli studi sul fenomeno.[18,43,52] Per quanto riguarda la relazione tra il ridotto "rischio" per l'abuso psicologico e un'età compresa tra 75-84 anni, si potrebbe ipotizzare che più i soggetti sono anziani e più sono "immuni" rispetto agli abusi psicologici, nel senso che data la loro saggezza ed esperienza di vita sono meno intransigenti e maggiormente comprensivi e disposti a sopportare, specie se il maltrattamento proviene dai famigliari (in questo caso anche per ragioni affettive).

Genere

Essere di genere maschile è risultato associato con un maggiore "rischio" per gli abusi finanziari. Ciò può essere dovuto al fatto che gli uomini, rispetto alle donne, hanno maggiore potere economico ed è così più probabile che gestiscano questioni finanziarie, ciò comportando anche un maggiore "rischio" del relativo abuso per gli stessi. E' anche possibile che le donne riferiscano con minore frequenza eventuali abusi economici in quanto maggiormente tolleranti rispetto a tale ipotesi, oppure perché tendono a considerare tali atti, eventualmente subiti da figli adulti o nipoti, quale implicita concessione di aiuto economico agli stessi, contesto in effetti riscontrato tra gli anziani Latino Americani.[116] È interessante notare che i dati ABUEL riguardanti le differenze di genere tra gli anziani vittime di abuso, sono in contrasto con quanto sostenuto da alcuni autori che diversamente riferiscono maggiori episodi abusi (di qualsiasi tipo) contro le donne,[18,43,52] o che indicano persino un'assenza di differenze di genere nell'ambito del fenomeno in esame.[19]

Stato civile

La condizione di coniugato-convivente è stata associata ad un aumento del "rischio" per l'abuso fisico. Infatti, come indicato in precedenza, la maggior parte dei maltrattamenti fisici sono esercitati dal

coniuge-partner, e i nostri risultati riflettono appunto tale situazione. Diverse spiegazioni sono possibili: un rapporto matrimoniale insoddisfacente per lungo tempo (ad es. con scarsa espressione delle emozioni); un rapporto vittima-perpetratore protratto per lungo periodo; un pesante lavoro di cura e di assistenza dei propri parenti anziani da parte dei famigliari; gravi menomazioni fisiche e/o mentali tra le vittime; psicopatologie e dipendenza economica tra gli autori degli atti di violenza. A titolo di esempio, se un coniuge-partner è il principale caregiver di un soggetto non autosufficiente, ciò potrebbe comportare un notevole stress per lo stesso, soprattutto se il soggetto che presta assistenza presenta a sua volta problemi fisici e/o mentali. Col tempo tale contesto potrebbe divenire troppo pesante da sopportare e creare così le condizioni per potenziali maltrattamenti. In ogni caso, come evidenziato in diversi studi, i perpetratori degli abusi fisici sono spesso i coniugi-partners, e molti dei fattori citati sopra sono stati associati con un aumento del "rischio" di abuso, specie quello fisico.[19,22,39,40-43,52,61,65-67,68,77-81,83-91]

Abitazione

Vivere in abitazioni in affitto è stato associato con un aumento di "rischio" per l'abuso psicologico, e può anche rappresentare un indicatore di condizioni socio-economiche critiche, fatto che potrebbe a sua volta "agevolare" il verificarsi di episodi di abuso. E' infatti possibile che non avere la disponibilità di una casa propria e adeguata alle proprie esigenze, implichi il dover accettare una sistemazione abitativa sovraffollata, con conseguente mancanza di privacy, fattori che potrebbero così creare contesti di maltrattamento e abuso. Questo aspetto, in letteratura, non è stato affrontato con specifico riferimento agli abusi verso gli anziani. Tuttavia, dati provenienti da diverse popolazioni, anziani inclusi, suggeriscono in generale che le scarse condizioni socio-economiche, in termini di dipendenza finanziaria, disagio o deprivazione, sembrano essere collegati a diverse forme di abuso.[1,18,25,66,117-121]

Situazione economica

Gli anziani finanziariamente sostenuti dal reddito dei rispettivi coniugi-partners (poco più del 14% in ABUEL) sono risultati a più alto "rischio" per gli abusi sessuali rispetto alle controparti. Questo suggerisce che essi non dispongono di un reddito personale (ad es. pensione) o che comunque possono contare su entrate proprie estremamente esigue e non sufficienti, divenendo così dipendenti dal coniuge-partner con riguardo alle spese di vitto, alloggio e assistenza sanitaria. Nel nostro studio si potrebbe ipotizzare che i coniugi-partners con potere economico abbiano "forzato" la "volontà sessuale" dei loro compagni, i quali non sono stati in grado di "opporsi" proprio a causa della loro "debolezza" e dipendenza economiche (ad es. per paura di perdere il sostegno finanziario stesso).

Gli anziani che non hanno preoccupazioni finanziarie per le spese quotidiane sono risultati a più basso "rischio" per l'abuso psicologico. Tali risultati indicano che, in genere, l'assenza di problemi monetari implica un certo potere economico, e le conseguenti autonomia e disponibilità finanziarie svolgano una funzione protettiva nei riguardi di eventuali atti di abuso, sebbene in alcuni contesti lo stesso benessere economico possa rappresentare diversamente un fattore di "rischio".[122] Così, tra gli anziani come nella popolazione generale, non avere difficoltà finanziarie può in qualche misura ridurre la possibilità di subire maltrattamenti.

Gli anziani che ancora svolgono un lavoro retribuito per il mercato sono risultati a maggiore "rischio" per gli abusi sessuali, suggerendo che tali atti possano essersi verificati sul posto di lavoro e/o in occasione dello svolgimento di attività lavorative. I tassi di abuso sessuale in ambito professionale, tra i lavoratori anziani, non sono ben noti. La maggior parte degli studi in tale direzione riguardano le molestie sessuali riferite dalle donne, ma anche gli uomini sono risultati talvolta esposti a tali atti di violenza.[123] Indipendentemente dal genere, un sondaggio su 21.703 lavoratori in 15 Stati membri dell'UE ha evidenziato un 2% di soggetti con esperienza di molestia sessuale.[124] Uno studio analogo, realizzato in 11 paesi europei, con riguardo a vari settori di lavoro e con diversi campioni nazionali, ha messo in luce un tasso di violenza tra il 2-90% contro le donne, e tra l'1-51%[125] verso gli uomini. Diversi fattori sono stati proposti per spiegare le forme di abuso sessuale sul luogo di lavoro, e tra questi in particolare le caratteristiche organizzative sembrano influenzare non solo la presenza di tali atti in contesti lavorativi, ma anche la forma specifica in cui essi si manifestano.[126]

Alcol e fumo

L'uso di bevande alcoliche è stato associato con un aumento del "rischio" per l'abuso psicologico. Vari studi hanno rilevato una relazione tra assunzione di alcol e abuso (con riguardo sia ai perpetratori che alle vittime), e in gran parte in ambito domestico, ma si tratta di un'associazione non lineare bensì complessa e condizionata da diversi fattori quali la quantità di alcool assunto, precedenti esperienze di abuso, nonché problemi psicologici e comportamentali dei soggetti coinvolti.[127] Purtroppo non sono disponibili studi analoghi relativi in specifico alle persone anziane maltrattate. Tuttavia, un'indagine [128] suggerisce che la compromissione della capacità di giudizio e della memoria, a causa di uso improprio e nocivo di alcol da parte delle persone anziane, può rendere gli stessi più vulnerabili agli abusi, ma è anche possibile che le persone anziane consumino alcol per "affrontare" gli stessi abusi subiti. Un altro studio[129] suggerisce persino che i caregivers possono anche incoraggiare gli anziani a bere per poterne abusare più facilmente.

L'uso di tabacco è risultato associato ad una diminuzione del "rischio" per le lesioni fisiche. La particolare associazione tra l'essere anziano, l'uso di tabacco e l'abuso subito, non risulta affrontato in letteratura. Alcuni studi hanno per la verità indicato una relazione tra il fumare e l'abuso, ma in

direzione opposta. A titolo di esempio, le vittime di abusi nel settore dei servizi navali Statunitensi sono risultati maggiormente dipendenti dalla nicotina rispetto ai non maltrattati,[130] e la violenza domestica, soprattutto nei confronti delle donne, è stata associata con una maggiore probabilità per le stesse di essere fumatrici.[131] I nostri risultati sono quindi in contrasto con gli studi sopra citati, sebbene questi non coinvolgano soggetti anziani. Una spiegazione potrebbe essere nel fatto che siamo di fronte ad una relazione casuale.

Uso di servizi sanitari

Il frequente ricorso all'assistenza sanitaria è stato associato ad un aumento del "rischio" per l'abuso psicologico e sessuale. In effetti, è possibile che gli anziani utenti abituali dei servizi sanitari, ciò suggerendo la presenza di problemi di debolezza e dipendenza fisico-psicologica, possano essere maggiormente vulnerabili agli abusi, rispetto alle controparti. E' tuttavia probabile anche una considerazione opposta e che indica un maggior uso di servizi sanitari a seguito dei maltrattamenti subiti. In altre parole, l'abuso psicologico e sessuale chiamano in causa vari problemi di salute, i quali a loro volta comportano un uso più frequente di assistenza sanitaria. In ogni caso, vari studi hanno dimostrato che esiste un'associazione positiva tra uso di servizi sanitari ed episodi di abuso.[132,133]

Ansia e disturbi fisici

Un punteggio alto nei sintomi d'ansia è risultato associato ad un aumento del "rischio" per tutte le forme di abuso, lesioni fisiche incluse. Una spiegazione plausibile potrebbe trovarsi nel fatto che un anziano ansioso, e relativi sintomi cognitivi, fisici ed emotivi, possono creare malcontento, rabbia, e tensione fra le persone intorno all'anziano stesso, contesto che con il tempo potrebbe condurre a comportamenti violenti e di abuso. E' anche possibile un modello esplicativo inverso, nel senso che gli stessi atti di abuso potrebbero aver causato il manifestarsi di sintomi ansiosi, e questo potrebbe essere in particolare il caso dell'abuso psicologico, come evidenziato altrove nel presente volume. I nostri risultati in complesso sembrano quindi suggerire che l'ansia sia un "precursore" degli atti di abuso in genere, "causa" ed "effetto" al tempo stesso per l'abuso psicologico. In ogni caso, l'abuso verso gli anziani sembra in generale coesistere con sintomi di ansia e angoscia in particolare.[98]

Un punteggio alto nei disturbi fisici è stato associato con un aumento del "rischio" per l'abuso psicologico e fisico, lesioni incluse. I malesseri e disagi fisici (ad es. vertigini, nausee, dolori vari) sono in effetti molto comuni tra gli anziani.[134-145], i quali presentano spesso molteplici problemi di salute, incluse ansia e depressione.[146-155] I nostri risultati confermano tale realtà, e i dati presenti in letteratura mostrano che la non autosufficienza dovuta a deficienze fisiche e cognitive[52,77-80], un serio stato depressivo, eventuali traumi subiti ed una scarsa salute[65,66,81] sono tutti cruciali fattori di "rischio" per l'abuso in genere, il quale sembra così coesistere con uno stato complessivo di "cattiva"

salute.[40,49,52,92-98,100.101] Come già sottolineato con riguardo all'ansia, anche la presenza di disturbi fisici nell'anziano può aver causato insoddisfazione e stress tra quanti gli vivono attorno, oltre che dipendenza dell'anziano dagli stessi, contesto che, con l'andare del tempo, potrebbe aver condotto ad atti di abuso. Una spiegazione inversa è inoltre possibile. L'abuso, in particolare quello fisico con conseguenti lesioni, può infatti a sua volta avere provocato "disturbi fisici" quali dolori muscolari, lividi, distorsioni, o piccoli tagli, eventi in effetti direttamente correlabili a lesioni causate dal maltrattamento fisico subito. In complesso, quindi, i disturbi fisici possono essere sia "causa" che "effetto" di un abuso, secondo la tipologia di violenza esplorata.

Supporto sociale

Uno scarso sostegno sociale è risultato associato con un aumento del "rischio" per l'abuso psicologico ed economico, lesioni incluse. Questo risultato è in linea con altri studi, i quali hanno appunto evidenziato una relazione tra l'assente o ridotto supporto sociale, famigliare e amicale, e un maggiore "rischio" di esposizione ad atti di violenza.[16,41,66,70-77,93.103] Tuttavia, un modello esplicativo inverso è anche possibile, vale a dire un contesto di abuso può di per sé portare a una mancanza o riduzione della rete sociale di sostegno. È da sottolineare che l'assenza di supporto sociale (ad es. non sentirsi assistito e curato, valorizzato e parte di una rete sociale ricca di relazioni) influisce in complesso negativamente sul benessere delle persone anziane. Tale impatto negativo può essere particolarmente evidente se gli anziani sono dipendenti da altri soggetti per le attività quotidiane, la compagnia, e la cura della loro salute fisica e mentale. Dati di ricerca indicano in particolare che la mancanza di supporto sociale comporta, nel lungo periodo, un aumento della predisposizione alla malattia e del rischio di mortalità[156-159], oltre che ad una più lunga degenza in ospedale o in casa di riposo.[160-162] E' interessante, a riguardo, ipotizzare un complesso modello causale che dalla mancanza di supporto sociale conduce alla diminuzione della salute fisica e mentale, la quale a sua volta, nel corso del tempo, si potrebbe tradurre in una maggiore probabilità di esposizione ad atti di abuso a seguito sia della dipendenza degli anziani dai propri caregivers, e sia del peso dell'assistenza che in tal caso graverebbe sui caregivers stessi. I risultati presenti in letteratura indicano in effetti che le persone che dipendono dai caregivers a seguito di carenze fisiche e mentali, e che inoltre riferiscono sintomi di depressione, traumi, e cattive condizioni di salute, sono a maggior rischio di abuso.[52,65,66,77-81]

4.2. Perpetratori

Come evidenziato nella Tabella 1.5, nel complesso dei 7 paesi investigati i coniugi-partners sono gli autori della maggior parte degli abusi psicologici e fisici, lesioni incluse (37,8%, valore complessivo

medio non presente in tabella). Le nostre cifre sono sia inferiori che superiori rispetto a quelle osservate in altri studi.[19,39,67,68] Ciò può dipendere da probabili differenze nei tassi di segnalazione degli episodi di abuso dei soggetti coinvolti, ma anche dal diverso numero di persone anziane che vivono sole, e quindi in assenza di un coniuge o partner, incluse nei rispettivi campioni esplorati.

Anche altre persone "significative" quali figli e nipoti, altri parenti, amici e conoscenti, vicini di casa, sono risultati autori dei maltrattamenti verso gli anziani, e in particolare nel 20,6% dei casi di abuso psicologico, nell'11,3% dei casi di abuso fisico e nel 9,2% dei casi con lesioni (valori complessivi medi non presenti in tabella). Tali dati tendono a essere inferiori a quelli emersi in occasione di precedenti indagini[67,68], e ciò può essere collegato, oltre che alle già citate differenze nei tassi di denuncia dell'accaduto, anche al diverso numero di anziani che vivono con figli e nipoti inclusi nei rispettivi campioni di studio.

"Altre persone" diverse da quelle sopramenzionate (ad es. il personale di assistenza) sono risultate autori dei maltrattamenti per il 21% degli abusi psicologici, per il 31,7% degli abusi fisici, e per il 27,6% delle lesioni. Queste cifre, sia superiori che inferiori a quelle riportate in altri studi, [19,67,68] possono riflettere una diversa numerosità dei contatti delle vittime con altre persone in genere.

Con specifico riguardo all'abuso finanziario, i nostri risultati, evidenziandone quali principali responsabili appunto le "altre persone" (61,7%), sono in contrasto con quanto emerso da altri studi, dove l'abuso economico è principalmente opera di partners, coniugi e/o famigliari in genere.[67,68] Una spiegazione potrebbe trovarsi nel fatto che molte delle vittime da noi rilevate vivono sole e sono vedovi/e, e inoltre gli abusi finanziari potrebbero essere messi in atto anche da "altri individui" che hanno comunque un rapporto con le vittime (ad es. il personale di assistenza).

La maggior parte degli abusi sessuali sono stati invece perpetrati da amici, conoscenti, vicini di casa (30,3%), "altri" (27,3%) e coniugi-partners (24,2%). Le nostre cifre sono discordanti con quelle di altri studi, in particolare in riferimento al ruolo di amici, conoscenti, vicini di casa e "altri" in tale contesto. Infatti, in generale, l'abuso sessuale viene prevalentemente messo in atto da coniugi e/o partners.[67,68] Anche in questo caso, come per l'abuso finanziario, qualche spiegazione del fenomeno potrebbe trovarsi nel fatto che molte delle vittime emerse nella nostra indagine vivono sole e sono vedove/i, e nella circostanza che appunto altri individui (ad es. amici, conoscenti, vicini di casa e "altri"), in qualche misura vicino alle vittime, possono essere i perpetratori del maltrattamento riferito.

In questa sede non sono state affrontate le ragioni che hanno condotto i perpetratori degli abusi a compiere tali atti. Nonostante ciò, i nostri risultati indicano che avere un coniuge-partner è strettamente correlato al verificarsi di episodi di abuso, circostanza evidenziata anche da altre indagini.[19, 39,67,68] Si potrebbe quindi ipotizzare che l'abuso sia connesso a situazioni matrimoniali critiche, ma anche a pesanti contesti di caregiving tra coniugi-partners, oltre che a precedenti e ripetuti episodi di abuso. Per quanto riguarda gli "altri" autori degli abusi, la dipendenza finanziaria delle

vittime (ad es. per l'alloggio)[39,77,83-87] e la presenza di psicopatologie sia nelle vittime che nei perpetratori (ad es. abuso di sostanze)[39,40,42,43,61,77,84,88-91] possono aver giocato un ruolo cruciale. Infine, è possibile che talune caratteristiche delle vittime, quali isolamento e scarso supporto sociale,[16,41,66,70-77,93,103] dipendenza dovuta a carenze fisico-cognitive[52,77-80], depressione, traumi subiti, e cattiva salute [65,66,81] possano avere pertinenza col verificarsi degli episodi di abuso verso gli anziani.

4.3. Sintomi di depressione

L'analisi di regressione multivariata (Tabella 2.4) ha evidenziato vari fattori associati a sintomi depressivi.

In particolare, il provenire da Grecia, Italia, Lituania e Portogallo è stato associato con un aumento dei livelli di depressione, mentre una relazione opposta è emersa per la Spagna. Vari studi hanno osservato differenze, tra le nazioni europee, sulla presenza di sintomi depressivi, sia in riferimento a soggetti giovani[163] che anziani [164], evidenziandone i maggiori punteggi nei paesi del Sud. Le differenze tra paesi sono state in parte confermate dallo studio SHARE,[165] dove Francia, Italia e Grecia, ma anche Spagna in questo caso, hanno fatto registrare i più alti livelli di depressione, mentre in Austria, Germania e Svezia sono emersi i valori minori. Tuttavia, questi risultati non sono stati confermati dallo studio EURODEP,[166] il quale diversamente non ha evidenziato tassi più elevati di depressione nei paesi del Sud. Un probabile motivo della discrepanza tra le due indagini potrebbe risiedere nel fatto che lo studio EURODEP[166] non ha considerato campioni rappresentativi nazionali ed ha incluso soggetti di 65 anni e oltre, mentre lo studio SHARE[165] ha invece utilizzato tali campioni con partecipanti a partire dai 50 anni. I confronti con ulteriori studi sono limitati non solo dalle diverse fasce di età considerate, ma anche dagli specifici e rispettivi obiettivi. Ad esempio, nello studio ESEMeD[167,168] il risultato atteso non era rappresentato dai livelli di depressione, ma dalla diagnosi clinica del disturbo depressivo. I nostri dati in complesso, ad eccezione di quelli riferiti alla Spagna, sono quindi in accordo con quanto osservato nello studio SHARE in riferimento ai maggiori tassi di depressione in genere nei paesi del Sud Europa.[165] Per quanto riguarda la Spagna, i nostri risultati sembrano invece confermare quelli dell'indagine EURODEP, con bassi livelli di depressione tra la popolazione anziana appunto in Spagna, rispetto a Germania, Regno Unito e Italia.[166] In sostanza, le variazioni nella prevalenza dei sintomi di depressione tra i paesi, come evidenziato dal nostro studio ma anche da altre indagini, riflettono vari aspetti: differenze culturali specifiche con riguardo ai fattori considerati pato-protettivi e patogeni in tale ambito; discrepanze nella percezione di ciò che è la depressione; diverse modalità di valutazione dei sintomi; diversi strumenti utilizzati e diverse soglie di depressione considerate. Un'analisi combinata di tutti questi fattori risulta tuttavia problematica. È

interessante comunque notare che le soglie della depressione sembrano variare secondo il contesto socio-culturale dei vari paesi, con conseguenti differenze nella prevalenza dei relativi sintomi.[169,170]

Avere un titolo di studio, nel senso dell'aver completato un ciclo di studi, è risultato associato con una diminuzione nei livelli di depressione. Propper e colleghi [171] hanno infatti osservato che le persone più istruite sono significativamente meno esposte al rischio di cattiva "salute mentale". Altri ricercatori hanno evidenziato che elevati livelli di istruzione esercitano un effetto protettivo nel ridurre la probabilità di depressione.[172-174] E' stato inoltre dimostrato che le persone meno istruite soffrono in misura maggiore uno stress di lunga durata e riportano un punteggio più elevato di depressione rispetto a quanti hanno un grado di istruzione maggiore.[168,175,176] I nostri risultati, relativi al legame negativo tra più alti livelli di istruzione e minori livelli depressivi, sembrano così essere in linea con la letteratura disponibile sull'argomento. A riguardo diverse spiegazioni sono possibili. Ad esempio, le persone più istruite possono aver maggiore consapevolezza delle proprie possibilità e quindi godere di una maggiore autostima, fattori che potrebbero svolgere una funzione moderatrice-mitigatrice della depressione. Un'istruzione più solida può inoltre agevolare l'accesso a migliori posizioni lavorative e di reddito, ma anche relazioni più stabili soddisfacenti, fattori che a loro volta possono avere un positivo effetto "tampone" sui sintomi depressivi. Infine, i soggetti maggiormente istruiti possono essere più informati sui vari fattori di rischio per la stessa depressione, ed essere più propensi a cercare e seguire un trattamento terapeutico dedicato.[174,177-179]

Le preoccupazioni finanziarie sono risultate associate con un aumento nei livelli dei sintomi depressivi. Molti anziani in Europa hanno infatti riferito di non disporre di reddito sufficiente per poter vivere. In particolare i pensionati di età più avanzata tendono ad avere disponibilità economiche e livelli di reddito inferiori rispetto ai più giovani[180], e si registra così una stretta relazione tra tassi di povertà ed età maggiori.[181] Situazioni economiche critiche si registrano quindi soprattutto tra gli anziani, rispetto alla popolazione generale nel suo complesso, e specie in alcuni paesi dell'Europa meridionale ed orientale. In effetti negli ultimi anni la situazione economico-finanziaria in Europa si è notevolmente deteriorata, con aumento della disoccupazione e del costo della vita, e con pesanti tagli relativi a sussidi e servizi disponibili per la popolazione.[112-115] Tale andamento ha sicuramente avuto un impatto negativo sulle condizioni di vita di diversi gruppi di individui, in particolare degli anziani, generando non pochi problemi e preoccupazioni finanziarie, e di conseguenza anche preoccupanti sintomi depressivi. In complesso diversi studi, anche se non necessariamente rivolti a persone anziane, hanno evidenziato comunque un'associazione tra scarso reddito e cattiva salute fisica e mentale.[182-193]

L'uso di alcol è stato associato con una diminuzione nei livelli di sintomi depressivi. Da premettere, ai fini di una corretta interpretazione di tale risultato, che vi è una differenza significativa tra uso ed abuso di alcol. Mentre l'uso "improprio" di alcol è legato a vari problemi di salute tra gli anziani (tra i

quali la depressione), oltre che a una scarsa qualità della vita (QOL),[194-200] la letteratura indica che un consumo moderato di bevande alcoliche può essere associato a un miglior funzionamento cognitivo, a un migliore stato di salute (ad es. sistema cardio-vascolare) e migliore QOL.[199,201-207] I meccanismi dell'effetto protettivo dell'alcol sulla salute potrebbero essere soprattutto biologici, ma anche gli aspetti sociali possono giocare un ruolo importante. Alla luce di queste considerazioni, i nostri risultati possono riflettere il fatto che l'uso moderato di alcol può esercitare anche un effetto benefico sulla depressione, se ciò significa, ad esempio, la possibilità di trovarsi qualche volta in compagnia nel tempo libero per cenare fuori casa, con l'opportunità quindi di fare uso, ma non abuso, di bevande alcoliche.

Un elevato punteggio nei disturbi fisici è stato associato con un aumento dei livelli depressivi. Le connessioni tra questi aspetti sono state osservate in vari studi.[147, 149,150,152,153,155] Le sofferenze fisiche come stanchezza, dolore al petto, disturbi addominali e vertigini sono peraltro inclusi nei criteri diagnostici della depressione, il che potrebbe spiegare gli alti tassi di disturbi fisici in pazienti con tali sintomi. Inoltre, le persone che soffrono di depressione possono anche avere soglie minori di sopportazione dei disturbi fisici, con conseguente maggior livello di segnalazione degli stessi.[147,148] Ancora, le persone con malesseri fisici sono spesso inquiete e preoccupate circa le cause e la natura degli stessi, e possono provare sentimenti di disperazione e impotenza, circostanze che possono anche condurre, nel tempo, alla depressione.[208] In aggiunta, i soggetti che soffrono di grave depressione possono riferire maggiori disturbi fisici rispetto ai soggetti meno depressi, ciò a indicare che il grado di depressione è strettamente legato ad una maggiore propensione nel riferire disturbi fisici.[151]

Un elevato sostegno sociale è stato associato con una diminuzione nei livelli dei sintomi depressivi. Avere supporto sociale, e quindi il sentirsi curato, considerato e parte di una rete di relazioni,[209-215] costituisce un predittore significativo del benessere fisico e mentale degli individui a qualsiasi età, e la sua cruciale importanza può essere particolarmente evidente negli anziani che si affidano alla famiglia, agli amici, o alle organizzazioni sociali, per avere assistenza, compagnia e aiuto nelle attività quotidiane e di cura della propria salute. Vari studi indicano che la presenza di sostegno e integrazione sociale, nonché i sussidi assistenziali, possono agire positivamente sulla salute fisica e mentale degli anziani, rafforzandone la capacità di gestire la situazione e recuperare energie in caso di malattia, anche tramite meccanismi biologici che proteggono dalle patologie.[216-226] I nostri risultati, in particolare, indicano che la presenza di un appropriato sostegno sociale ha una funzione protettiva contro i sintomi depressivi tra gli anziani, ed è in grado di migliorarne e potenziarne il benessere psicologico.

L'esposizione ad abusi psicologici e lesioni fisiche è stata associata con un aumento dei livelli di depressione. L'abuso psicologico e le lesioni possono avere infatti prodotto conseguenze molto profonde e per lungo tempo sulle vittime, le quali possono aver vissuto questi comportamenti violenti

come particolarmente invasivi nei riguardi delle loro emozioni, in particolare se gli autori sono famigliari o comunque persone significative. Ad esempio l'abuso psicologico, includendo insulti, minacce, o anche l'essere ignorato, può condurre ad una diminuzione dell'autostima, così come a sentimenti di disperazione e impotenza, con conseguente calo dell'umore. Un modello interpretativo inverso è anche possibile, nel senso che l'assistere un soggetto anziano depresso, con le sue peculiarità cognitive, fisiche ed emotive, può causare forte irritazione e stress tra i caregivers, creando così nel tempo contesti favorevoli al verificarsi di episodi di abuso. Sulla base dei nostri risultati, tuttavia, una tale argomentazione sembra improbabile, poiché, come sottolineato anche in altre parti del presente report (si veda a riguardo la sezione sulla prevalenza dell'abuso), i sintomi depressivi non sono emersi quali importante fattore predittivo per gli atti di abuso, e quindi essi possono rappresentare più un "effetto" che una "causa" dei maltrattamenti subiti. Altri studi hanno osservato un collegamento tra la depressione e l'abuso, ma la direzione della causalità rimane ancora poco chiara.[40,49,52,92-97]

4.4. Sintomi di ansia

Come evidenziato nella Tabella 3.4, l'analisi di regressione multivariata ha messo a fuoco diversi fattori associati ai sintomi di ansia.

Il vivere in Grecia e Lituania è stato in specifico associato con aumento dei livelli di ansia, mentre l'opposto si è verificato per la Spagna. I disturbi di ansia sono relativamente comuni in tutto il mondo, Europa inclusa [163,168,183,227-229], e una recente rassegna bibliografica, relativa a 41 studi condotti in 17 paesi [228], ha mostrato tassi totali di prevalenza per i sintomi ansiosi, con riguardo a 1 anno e all'intera esistenza degli individui, rispettivamente del 10,6% e 16,6%, con valori peraltro più elevati nelle donne rispetto agli uomini, sebbene l'entità di questa differenza fosse diversa tra i vari studi. In generale esiste una notevole escursione relativa ai valori di ansia tra gli studi in esame, dovuta anche al fatto che c'è variazione tra le età limite dei soggetti inclusi nei diversi campioni. Alcuni studi hanno così osservato come la prevalenza dell'ansia aumenti con l'età, mentre altre indagini hanno evidenziato persino un risultato opposto. Allo stesso modo, solo alcuni studi hanno rilevato differenze tra i paesi con riguardo ai disturbi ansiosi. Da ribadire che nel complesso tali differenze tra i paesi, come evidenziato dai nostri risultati e da altri, riflettono l'influenza di fattori culturali-nazionali specifici, di discrepanze nella percezione soggettiva del significato dell'ansia, di differenti strumenti di valutazione utilizzati, e di diverse "soglie limite" di ansia considerate, come già sottolineato anche in riferimento ai sintomi depressivi.

Essere di genere maschile è stato associato ad una riduzione nei livelli dei sintomi ansiosi. Questo dato conferma uno dei principali e più "robusti" risultati dell'epidemiologia psichiatrica, vale a dire l'ansia costituisce un disturbo maggiormente comune tra le donne rispetto agli uomini, in riferimento alla popolazione generale e in specifico agli anziani.[183,227-229] Argomentazioni e spiegazioni diverse sono state proposte per giustificare tale diversità. La teoria dell'*esposizione differenziale* sostiene, ad esempio, che la maggiore prevalenza dei problemi di salute tra le donne può riflettere il loro accesso ridotto alle risorse materiali e sociali che favoriscono una buona salute, mentre la teoria della *vulnerabilità* afferma che le donne riportano maggiori problemi di salute perché reagiscono in modo diverso rispetto agli uomini nei riguardi delle determinanti sociali della salute stessa.[230-234]

L'essere divorziato-separato è stato associato con una riduzione nei livelli dei sintomi ansiosi. Questo risultato è in contrasto con quanto emerso in precedenti studi, i quali sostengono diversamente come il suddetto stato civile sia associato a un aumento del disagio fisico e mentale[235-245] Per giustificare lo scostamento dei nostri dati rispetto alla consolidata negativa relazione tra l'essere divorziato-separato e riferire uno stato di salute peggiore, peraltro sostenuta da ampia letteratura, possiamo ipotizzare che per i partecipanti al nostro studio l'aver sperimentato un divorzio o una separazione possa aver rappresentato un sollievo se si è vissuta un'esperienza di coppia problematica e fallimentare. È anche possibile che il divorzio o la separazione non abbiano comportato conseguenze quali maggiore stress, minore disponibilità di risorse materiali e minore sostegno sociale rispetto ai soggetti coniugati o conviventi. In altre parole, alcuni degli anziani divorziati o separati hanno probabilmente subito abusi da parte del coniuge-convivente, e separandosi possono avere eliminato sia il contesto relazionale fonte dell'abuso che le probabili conseguenze per la propria salute, ansia inclusa.

La presenza di difficoltà finanziarie è stata associata ad un aumento dei sintomi ansiosi. Come già sottolineato, molti anziani in Europa lamentano il fatto di non disporre di sufficienti risorse materiali per vivere, e in particolare i pensionati più anziani riferiscono condizioni economiche peggiori rispetto ai più giovani [180], in aggiunta ad un maggiore tasso di povertà [181]. Soprattutto in alcuni paesi dell'Europa meridionale e orientale negli ultimi anni si è registrato un preoccupante aumento del costo della vita.[112-115] Tutto ciò ha generato non pochi problemi economici per gli anziani, e di conseguenza anche disturbi dovuti all'ansia. Nel complesso, anche studi non necessariamente rivolti a persone anziane hanno indicato un'associazione critica tra preoccupazioni finanziarie e cattiva salute fisico-mentale.[182-193]

Un basso indice di massa corporea (BMI) è stato associato ad un aumento nei livelli dei sintomi ansiosi. Mentre in letteratura l'obesità e il sovrappeso sono stati spesso associati con una serie di disturbi fisici e mentali come ipertensione, diabete mellito, depressione e ansia, nonché riduzione della qualità della vita nelle popolazioni di varie età,[246-256] il rapporto fra un basso peso, o persino sottopeso, e salute non ha attirato grande attenzione, soprattutto in relazione allo stato cognitivo.

Inoltre, anche quando viene investigata l'associazione tra sottopeso e benessere fisico, i risultati sono contraddittori. A riguardo, Bruffaerts e colleghi [247] non hanno rilevato un legame significativo tra un esiguo peso corporeo e i disturbi mentali, mentre Yan e colleghi [257] hanno osservato un legame tra sottopeso e stato di deterioramento fisico influente anche sulla salute mentale[f]. In ogni caso, i nostri risultati sembrano essere in linea con quest'ultimi. Le cause profonde dell'associazione tra basso BMI e ansia sono complesse e non sono affrontate in specifico in questo volume. Rimane tuttavia valida l'affermazione in base alla quale un basso indice di massa corporea potrebbe aver causato diverse alterazioni fisiche negative con conseguente comparsa di disturbi ansiosi. Un modello esplicativo inverso è anche possibile, vale a dire l'ansia potrebbe a sua volta aver indotto cambiamenti nei comportamenti alimentari e quindi aver portato ad assumere via via un peso corporeo minore.

Una notevole presenza di disturbi fisici negli individui è stata associata con un aumento nei livelli di ansia, come peraltro indicato da ampia letteratura[147,149,150,152,153,155]. Alcuni malesseri fisici (ad es. stanchezza, dolore al petto, disturbi addominali, vertigini), come già detto con riguardo alla depressione, sono già inclusi nei criteri diagnostici dei disturbi d'ansia, il che potrebbe spiegare l'alta prevalenza di disturbi fisici in pazienti con sintomi appunto ansiosi. Inoltre, le persone ansiose, così come quelle depresse, possono avere soglie inferiori di sopportazione del dolore fisico, con conseguente maggior grado di segnalazione degli stessi disturbi.[147,148] Inoltre, le persone con disturbi fisici sono spesso preoccupate per la natura ed entità-gravità dei loro malesseri, e questo potrebbe far sorgere, nel tempo, sintomi di ansia[208], oltre che depressivi.

Un elevato sostegno sociale è stato associato con una diminuzione nei livelli dei sintomi ansiosi. Per la relazione tra ansia e supporto sociale vale quanto già detto con riguardo alla depressione (par. 4.3). In specifico, vari studi sostengono in complesso il potere benefico del sostegno sociale sulla salute fisica e mentale degli anziani, specie se si tratta di soggetti non autonomi nello svolgimento delle normali attività quotidiane, poiché ne rafforzano la loro capacità di reazione alla malattia, anche tramite specifici meccanismi biologici che proteggono dalle stesse patologie.[216-226] I nostri risultati ribadiscono quindi che la disponibilità di adeguato supporto sociale protegge gli anziani contro i sintomi d'ansia, migliorandone il benessere psicologico.

L'esposizione ad abuso psicologico è stato associato ad aumento dei livelli ansiosi. Pochi studi hanno approfondito il rapporto tra il maltrattamento subito dagli anziani e sintomi ansiosi negli stessi, ma è stata comunque osservata una relazione tra gli abusi perpetrati verso questa parte di popolazione e talune situazioni di disagio e ansia delle vittime.[98] L'abuso psicologico può infatti aver segnato profondamente le vittime, in particolare quando messo in atto da persone importanti per le stesse, con ripercussioni quali calo dell'autostima, senso di impotenza e conseguente ansia. È interessante notare che in letteratura le analisi riguardanti i "predittori" degli atti di abuso indicano l'ansia quale

[f] Cfr. anche il sito: http://www.ktl.fi/monica/public/objectives.html

importante fattore esplicativo. In complesso i nostri dati suggeriscono che l'ansia può essere più una "causa" che un "effetto" dei maltrattamenti, ad eccezione dell'abuso psicologico, caso in cui tale disturbo può svolgere entrambe le funzioni.

4.5. Disturbi fisici

L'analisi di regressione multivariata (tabella 4.4) ha evidenziato vari aspetti legati ai disturbi fisici.
La provenienza da Lituania e Portogallo è stata in particolare associata con un aumento nei livelli di tali malesseri, mentre l'opposto è emerso in Svezia. Questi risultati potrebbero riflettere il fatto che la Lituania e il Portogallo stanno vivendo contesti peggiori della Svezia con riguardo alle condizioni socio-economiche e la possibilità si accesso alle cure sanitarie da parte della popolazione, fatti che possono incidere negativamente sul benessere dei cittadini più avanti con gli anni. In particolare, le cattive condizioni di salute degli anziani lituani potrebbero in parte essere imputate ai profondi cambiamenti avvenuti dal 1990, con il passaggio dall'essere parte dell'Unione Sovietica ad un diverso contesto di indipendenza e democrazia, transizione che ha infatti avuto vari risvolti economici e sociali, culturali e psicologici. Durante i periodi di instabilità economica del paese, sono proprio i soggetti più anziani a trovarsi così in netto svantaggio, rispetto ai più giovani, nella "competizione" per aggiudicarsi le scarse risorse e i pochi posti di lavoro a disposizione. Da considerare anche la loro ridotta possibilità di guadagnare reddito sul mercato, con una complessiva minore flessibilità di adattamento alle criticità del particolare momento storico. Le conseguenze di tali criticità sul tenore di vita e sulla salute degli individui possono essere quindi più severe e problematiche per gli anziani rispetto alle età più giovani.[140] Inoltre, fattori come la povertà, l'esclusione sociale, insufficienti servizi di assistenza sanitaria, barriere nell'accesso ai servizi o la mancanza degli stessi, oltre che una combinazione di tutti questi aspetti, possono spiegare le differenze tra nazioni quali Svezia, Lituania e Portogallo, con particolare evidenza per quest'ultimo paese.[112,114]
I nostri risultati relativi all'associazione tra l'essere di età compresa tra 75-84 anni e l'aumento nei livelli dei disturbi fisici sono generalmente in linea con studi precedenti, i quali evidenziano come gli anziani tendano a "lamentare" problemi di salute più dei giovani.[134-145] Tale associazione può anche riflettere divari di salute dovuti a differenze di status professionale, con persone di basso ceto che lamentano appunto maggiori malesseri.[258] Tuttavia, la relazione tra età più avanzata e aumento dei disturbi fisici non è ricorrente in tutti gli studi. Alcuni ricercatori [259,260] hanno infatti diversamente osservato come le persone anziane tendano a valutare il loro stato di salute in modo positivo, a volte anche in misura maggiore dei soggetti meno anziani. Una spiegazione di ciò potrebbe risiedere nel fatto che gli anziani, rispetto alle altre generazioni, hanno una lunga e maggiore esperienza

nell'affrontare eventi e "traversie"della vita, malattie incluse.[261,262] Inoltre, gli anziani hanno aspettative diverse in materia di benessere e salute, e percepiscono anche la malattia in misura differente, poiché per essi il sorgere di un'eventuale patologia può costituire anche un normale e accettabile cambiamento correlato all'età, piuttosto che un problema di salute, con pesanti limiti per un'esistenza comunque non più attiva e in buono stato come un tempo.[261]

Essere di sesso maschile è stato associato ad una riduzione dei disturbi fisici. In letteratura i sintomi fisici risultano molto comuni in vari campioni di popolazione, e in generale le donne riferiscono maggiori, più intensi e frequenti malesseri rispetto agli uomini.[134-142] Per giustificare un tale contesto sono state formulate diverse ipotesi connesse alle differenze di genere, quali: diversa e innata percezione somatica e viscerale; diversa identificazione, descrizione e segnalazione dei sintomi; diverso processo di socializzazione che porta a differenze nella disponibilità a riconoscere e comunicare il disagio; diversa incidenza dell'abuso e della violenza in genere; diversa prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi. La comunicazione del sintomo può così dipendere dalle differenze nei ruoli sociali, vale a dire gli uomini sono socialmente educati ad essere stoici e forti di fronte alla malattia rispetto alle donne, mentre quest'ultime sono "incoraggiate" ad esternare il dolore.[134] In ogni caso, i nostri risultati sono in linea con gli studi di cui sopra, indicando che gli uomini tendono a lamentarsi meno dei malesseri fisici rispetto alle donne.

L'essere vedovi è stato associato ad un aumento dei disturbi fisici, il che è in linea con altre indagini che indicano appunto la vedovanza quale possibile causa di un calo della salute e di un aumento del rischio di mortalità per il coniuge ancora in vita.[263-271] L'opposto è stato osservato, in letteratura, per le persone coniugate, nel senso che queste tendono a riferire un maggior livello di salute, un numero inferiore di patologie e minori sintomi depressivi, vivendo così più a lungo dei non coniugati.[272-277] Diversi meccanismi sono stati proposti per spiegare l'associazione tra vedovanza, cattive condizioni di salute e aumento del rischio di mortalità per i soggetti che perdono il coniuge, come ad esempio la conseguente perdita della rete e del sostegno sociale, lo stress del lutto e le modifiche connesse a una gestione famigliare da single.[278,279] Inoltre, il matrimonio può essere benefico per la salute e il benessere della coppia, poiché i coniugi tendono a incoraggiarsi e sostenersi a vicenda nell'adottare comportamenti e stili di vita sani (ad es. regolari controlli medici) e nell'evitare diversamente stili di vita che possono compromettere lo stato fisico e mentale (ad es. eccessivo uso di alcol). In definitiva, la perdita del coniuge-partner comporta purtroppo la riduzione, o addirittura il venir meno, del controllo sociale e della propria salute, e gli effetti negativi della vedovanza su quest'ultima possono quindi essere spiegati, in parte, anche con la perdita di una fonte primaria di reciproco "monitoraggio" e reciproca tutela del proprio benessere.[280]

Avere come sostegno finanziario un'indennità di malattia o disoccupazione, o altre pensioni sociali e di invalidità, è stato associato ad un aumento nei livelli di disturbi fisici. Questi risultati sottolineano

l'importanza del personale status socio-economico in relazione alla salute. Sia uomini che donne, provenienti da gruppi sociali più elevati, tendono infatti a salvaguardare maggiormente la propria salute, tenendo in considerazione non solo l'assenza o il superamento della malattia in sé, ma anche altri importanti aspetti quali l'essere in forma e attivi, il sentirsi felice e con sentimenti positivi.[281] La povertà è così associata a dipendenza da indennità di malattia o disoccupazione, da altre pensioni sociali e d'invalidità, o anche dal reddito del coniuge-partner. Esiste quindi un legame stretto e diretto tra reddito e salute, nel senso che una salute più scarsa risulta associata a un minore reddito.[200,282] D'altra parte, le persone in cattive condizioni di salute, inclusi vari disturbi fisici, con maggiore probabilità sono economicamente sostenuti da sussidi vari (ad es. sociali, di invalidità e disabilità), solitamente indice di difficoltà economiche.[283-285]

Non alloggiare al proprio domicilio, ma diversamente abitare, ad esempio, in case di riposo per anziani, è stato associato ad un aumento dei disturbi fisici. Questa connessione può riflettere il fatto che gli anziani con tale sistemazione abitativa tendono a essere più fragili rispetto a quanti vivono in case proprie o in affitto, il che sembra essere peraltro in accordo con i risultati di studi precedenti.[286-288] Inoltre, una tale situazione potrebbe anche essere, almeno in parte, segno di problemi finanziari, a loro volta associati con vari problemi psicologici e fisici, e con una scarsa qualità della vita in complesso (QOL).[283-285]

Un elevato BMI è stato associato ad un maggior livello di disturbi fisici. Ciò è in linea con una serie di studi[g] che mostrano come il sovrappeso sia associato a vari problemi di salute tra gli adulti in genere (ad es. difficoltà respiratorie, depressione).[246-256] È da sottolineare che, tra gli anziani, i rischi connessi all'essere in sovrappeso potrebbero essere sottostimati e non tenuti nel giusto conto, a seguito di fattori di confondimento quali le varie e concomitanti cause di mortalità, e la ridotta aspettativa di vita in questi soggetti.[256] I fattori alla base del rapporto tra alto BMI e cattive condizioni di salute sono complessi e non sono stati trattati in questa sede, ma possiamo comunque affermare che un elevato indice di massa corporea solitamente comporta alterazioni fisiche negative, che a loro volta conducono ad un cattivo stato di salute.

Un uso frequente di assistenza sanitaria è stato associato con maggiori livelli di disturbi fisici. Ciò è in accordo con quanto emerso in vari studi che evidenziano come, le persone anziane con disturbi fisici, facciano spesso ricorso ai servizi sanitari, in particolare in caso di palpitazioni, affaticamento, difficoltà respiratorie, dolore fisico, tensione e disturbi gastrointestinali.[139,142.289]

Punteggi elevati dei sintomi depressivi e di ansia sono risultati associati con elevati disturbi fisici. Associazioni simili sono state riferite anche da altre indagini analoghe.[147,149,150,152,153,155] Secondo Haug, Mykletun e Dahl,[147], sintomi quali stanchezza, dolore al petto, disturbi addominali e vertigini sono infatti contemplati, come già evidenziato in precedenza, dai criteri diagnostici della depressione

[g] Cfr. anche il sito: http://www.ktl.fi/monica/public/objectives.html

e dell'ansia, e questo potrebbe appunto spiegare gli elevati livelli di disturbi fisici in pazienti ansiosi e depressi. Inoltre, come sostenuto da Katon e colleghi,[148] i soggetti con disturbi d'ansia o depressione possono avere soglie inferiori di sopportazione dei malesseri fisici, tendendo così a segnalare maggiormente gli stessi. Depressione e disturbi d'ansia possono anche costituire conseguenze o "espressioni" secondarie dei disturbi fisici. In particolare, le persone che patiscono malesseri per lungo tempo tendono a provare forti sentimenti di disperazione e impotenza, e denotano quindi maggiori sintomi di ansia e depressivi.[208]

Uno scarso sostegno sociale è risultato associato con un aumento dei disturbi fisici. Anche altre ricerche indicano che il sostegno sociale ha effetti benefici sulla sopravvivenza delle persone anziane, rafforzandone le capacità di guarigione in caso di malattia, anche tramite meccanismi biologici protettivi.[216-226] Il sostegno sociale rappresenta quindi un importante fattore predittivo per la salute psico-fisica degli anziani, specie se non autosufficienti. Diversamente, l'isolamento sociale e la conseguente mancanza di supporto sociale, rappresentano cruciali fattori di stress che a loro volta incidono sui mediatori biologici e comportamentali, quali l'aumento del sovraccarico allostatico e stili di vita non sani, [225,290,291] Tutto ciò nel lungo termine può condurre a una maggiore predisposizione degli individui alla malattia, e a un maggiore rischio di mortalità tramite il concatenarsi e il sovrapporsi di molteplici cause di morte tra le persone anziane,[156-159] oltre che a una più lunga permanenza in ospedale o in casa di riposo.[160-162] E' anche possibile un'opposta interpretazione dei risultati, in base alla quale proprio la presenza di problemi di salute può condurre all'isolamento sociale. [292,293] In ogni caso, i nostri dati sono in accordo con studi precedenti, i quali indicano appunto come "carenze" nel sostegno sociale possono avere un impatto negativo sul benessere delle persone anziane.

L'esposizione ad abusi psicologici e sessuali, lesioni incluse, è risultata associata con un aumento nei livelli dei disturbi fisici. Sebbene molti studi abbiano esaminato gli indicatori fisici, o marcatori di prevalenza, degli abusi sugli anziani, e la mortalità ad essi correlata,[99] pochi hanno effettivamente presentato dati su questi aspetti. In effetti, solo quattro indagini sembrano aver concretamente affrontato queste problematiche [70,100-102], e di queste due in particolare[70,102] prendono in esame essenzialmente il rischio di mortalità in relazione all'abbandono ed ai maltrattamenti subiti, mentre altri due studi[100,101] considerano l'abbandono e l'abuso solo in relazione alle cattive condizioni di salute. Tuttavia, i nostri risultati possono essere considerati i primi a dimostrare chiaramente come l'abuso verso gli anziani sia associato alla presenza di disturbi fisici negli stessi. In particolare, alcuni sintomi fisici (ad es. dolori muscolari, lividi, distorsioni) potrebbero essere direttamente correlati a lesioni fisiche subite, o anche all'abuso sessuale (ad es. a seguito di un rapporto forzato), mentre altri malesseri (quali nausea e vertigini) potrebbero essere associati a pensieri, ricordi e sentimenti angoscianti che scaturiscono nelle vittime che hanno avuto esperienza di atti di violenza,

indipendentemente dalla tipologia. In ogni caso, l'abuso psicologico e sessuale, e le lesioni fisiche, possono aver avuto effetti profondi e duraturi per le vittime, in particolare quando perpetrati soprattutto da persone che hanno legami affettivi con l'anziano. L'abuso psicologico, in specifico, potrebbe aver inciso sulle emozioni delle vittime, con un calo dell'autostima, col sorgere di sentimenti quali disperazione e impotenza, e con aumento appunto dei disturbi fisici. D'altra parte, come suggerito in precedenza, anche i sintomi depressivi e di ansia sono collegati con i disturbi fisici, e vari dati di ricerca mostrano una coesistenza tra maltrattamento degli anziani, depressione e ansia.[40,49,52,92-98] Tuttavia, è anche possibile che i malesseri fisici delle vittime siano più "causa" che "effetto" dei maltrattamenti, nel senso che possono aver contribuito a creare un contesto favorevole ad atti di abuso, con difficoltà di reazione da parte delle vittime. Le nostre analisi di regressione, sulla prevalenza dell'abuso, sembrano in effetti indicare tale rapporto con riguardo alla violenza psicologica, fisica, e alle lesioni. Possiamo quindi sostenere, in complesso, che i disturbi fisici presenti negli anziani possono essere sia motivo che conseguenza di alcune forme di abuso subito.

4.6. Qualità della vita

La tabella 5.4 riporta i risultati dell'analisi di regressione multivariata, e individua i fattori emersi in associazione con la QOL.

Come già anticipato (par. 3.6.4.) tutti i paesi esplorati dallo studio, Grecia, Italia, Lituania, Portogallo, Spagna e Svezia (prendendo la Germania come baseline o valore di riferimento per la regressione) fanno registrare una significativa scarsa qualità della vita. La prima indagine sul tema QOL in Europa risale al 2003 ed ha indicato in particolare che in Spagna, Portogallo e Grecia il reddito medio degli anziani era inferiore rispetto a tutte le altre età più giovani.[294] Anche il sistema europeo di indicatori sociali (Database 2001) [295] ha evidenziato che le persone anziane in Grecia e Portogallo hanno una qualità della vita inferiore rispetto ad altri paesi. Gli anziani Greci e Portoghesi sono inoltre risultati anche meno soddisfatti dei servizi sanitari locali, facendo registrare una quota di soddisfatti inferiore al 50%. La minore qualità della vita riferita dagli intervistati in Italia, Lituania e Svezia concorda invece con i risultati di due studi della Fondazione Europea, i quali hanno rilevato che in questi paesi la scarsa qualità dei servizi pubblici, generalmente importante per la soddisfazione della vita, ha un impatto negativo maggiore sul benessere soggettivo delle persone in situazione di deprivazione e disagio.[294,296]

Essere un "giovane" anziano (65-69 anni) è stato associato a un aumento della qualità della vita, e ciò può riflettere una serie di fattori favorevoli per questa fascia di età, rispetto alle generazioni più anziane, quali una salute generalmente migliore, una relativa autonomia e quindi una minore

dipendenza da altri per lo svolgimento delle attività quotidiane, ed anche una maggiore istruzione che nel tempo può aver influenzato (positivamente) la capacità e possibilità di guadagno, oltre che l'entità della pensione finale.[297]

Il fare parte delle Forze Armate è stato associato con una migliore qualità della vita. In effetti, quanti appartengono a questa particolare categoria professionale, possono ritirarsi dal lavoro relativamente presto e con una pensione abbastanza elevata e sicura, avendo così il tempo, nella maggior parte dei casi, di ristrutturare la propria vita e trovare, se vogliono, un'altra occupazione remunerata. Da sottolineare infatti che il pensionamento comporta il ritiro da un lavoro specifico e non anche dal mercato del lavoro in generale. In effetti, i militari pensionati, e senza precedenti e particolari problemi di salute fisica o mentale, sembrano anche svolgere in misura maggiore talune attività una volta in pensione, rispetto a quanti si ritirano più tardi.[302] Questo sembra suggerire che il ruolo svolto dalle aspettative sociali e da redditi di pensione adeguati, così come l'essere stati fisicamente attivi durante la loro carriera militare, può avere un impatto positivo sul benessere degli anziani che sono stati occupati nelle Forze Armate.

Il sostegno finanziario proveniente da indennità di malattia o disoccupazione, o altre pensioni sociali e di invalidità, oltre che dal reddito del coniuge-partner, è stato associato ad una diminuzione della qualità della vita. Tale associazione può riflettere il fatto che le persone in cattive condizioni di salute, e quindi con scarsa qualità della vita, hanno maggiori probabilità di essere economicamente sostenuti da sussidi vari (ad es. sociali, di disabilità), solitamente indice di difficoltà economiche.[283-285] Questi risultati evidenziano così l'importanza, come già detto in precedenza, della relazione tra personale status socio-economico e stato di salute. Infatti, quanti appartengono a gruppi sociali più agiati tendono a tutelare maggiormente la propria salute considerando svariati aspetti, e non solo l'assenza di malattia (essere in forma e attivi, felicità, sentimenti positivi).[281] La povertà è peraltro solitamente associata al sostenersi con sussidi e pensioni sociali, o con reddito del partner-coniuge. Esiste quindi in complesso un legame positivo tra reddito e salute, che incide a sua volta sulla qualità della vita,[200.282] evidenziato anche all'interno dei 7 paesi esplorati dal nostro studio, dove una peggiore salute risulta appunto associata a un reddito inferiore.

L'esistenza di problemi economici è stata associata con un'inferiore qualità della vita. Come accennato nelle sezioni dedicate ai sintomi depressivi e di ansia, molti anziani in Europa, con livelli di reddito inferiori rispetto alle coorti più giovani, riferiscono di non avere sufficienti risorse per vivere[180]. Viene così ribadita la stretta relazione tra tassi di povertà ed età avanzata.[181] Infatti negli ultimi anni, come già detto, la situazione economico-finanziaria in Europa si è deteriorata, con aumento del costo della vita[112-115], preoccupazione per le spese quotidiane e generale diminuzione della QOL, specie per gli anziani.[182-193]

L'uso di alcol è stato associato ad un aumento della qualità della vita. A riguardo si rimanda a quanto già anticipato in riferimento alla depressione (par. 4.3). In sintesi, mentre un abuso di alcol viene associato a problemi di salute e a una diminuzione della QOL dei soggetti in esame,[194-200] un uso moderato è di solito associato, nei risultati di ricerca, a un funzionamento cognitivo e stato di salute migliori (ad es. a seguito di benefici per il sistema cardio-vascolare), e quindi anche a una maggiore QOL.[199,201-207]

Un punteggio alto nei disturbi fisici è stato associato ad una diminuzione della qualità della vita. I sintomi fisici sono in effetti molto comuni tra gli anziani, incidono negativamente sulla qualità della vita, e i nostri risultati sostengono appunto tale relazione.[134-143,145] I malesseri fisici possono riflettere, inoltre, disuguaglianze di salute dovute a differenze di status professionale, a seguito delle quali gli individui di ceto inferiore segnalano maggiori disturbi, con impatto negativo sulla QOL.[258] Da sottolineare, tuttavia, che alcuni studi hanno evidenziato risultati diversi [259,260], relativi al fatto che gli anziani, come già detto, possono anche valutare il loro stato di salute in modo più positivo dei giovani (per maggiore esperienza di vita e maggiore capacità di affrontare gli eventi negativi.[261,262]), e quindi considerare la malattia naturalmente conseguente al processo di invecchiamento.[261] Infatti, come sottolineato da Walker e Mollenkopf,[211] negli anziani il peggioramento della salute fisica non necessariamente risulta correlato con una percezione soggettiva negativa della propria qualità di vita.

Valori elevati dei sintomi depressivi e di ansia sono risultati associati ad una diminuzione della qualità della vita. Depressione e ansia possono avere origini diverse (ad es. genetiche, sociali, strutturali), e un'interessante spiegazione strutturale è fornita da Wilkinson e Pickett[200], i quali hanno osservato un'interessante e articolata associazione tra minore della qualità della vita e punteggi elevati dell'indice di massa corporea (BMI), di depressione e ansia, di disturbi fisici e "svantaggio socio-economico" complessivo. Anche in un recente sondaggio britannico[67] la depressione emerge quale fattore critico per una scarsa QOL, evidenziandone peraltro un legame anche con gli episodi di abuso. Inoltre, sempre secondo Walker e Mollenkopf,[211] anche lo stress ambientale percepito, oltre che la depressione, può essere indice di una scarsa qualità della vita. In ogni caso la depressione e l'ansia, in particolare negli anziani, possono alterarne capacità cognitive ed emozioni, limitarne la vita sociale e ridurne progressivamente l'indipendenza, con conseguente risvolto negativo sulla QOL.[303-306]

Un elevato sostegno sociale è stato associato ad una maggiore qualità della vita. Vari studi relativi alla QOL [209-213,215] hanno infatti sottolineato l'importanza, per il benessere delle persone anziane, di fattori-indicatori di supporto sociale quali l'esistenza di relazioni sociali intime (tra coniugi-partners), la densità delle reti sociali, lo svolgimento di attività sociali, la disponibilità di reti sociali per il sostegno psicologico e materiale In particolare, soprattutto quattro aspetti del social network possono avere grande rilievo per gli anziani: la struttura della rete e l'interazione tra i soggetti della stessa (famiglia di grandi dimensioni, contatti frequenti con amici), lo scambio sociale (scambio di beni e/o

servizi tra generazioni), l'impegno sociale (coinvolgimento in attività varie), e la percezione soggettiva della rete (ossia di relazioni positive). Inoltre, esaminando la qualità della vita in termini di salute fisica e mentale, la presenza di sostegno e integrazione sociale può produrre effetti benefici per la stessa sopravvivenza delle persone anziane, rafforzandone, ad esempio, la capacità di affrontare e superare le malattie.[216-226] I nostri risultati sembrano quindi essere in linea con gli studi di cui sopra, mostrando una relazione positiva tra supporto sociale e qualità della vita.

L'esposizione agli abusi psicologici è stata associata ad una diminuzione della qualità della vita. In effetti l'abuso psicologico, come già detto, può essere stato vissuto dagli anziani come particolarmente pesante, specie quando i perpetratori sono persone importanti affettivamente ed emotivamente per la loro vita, facendo così sorgere anche sentimenti di disperazione e scarsa autostima (a seguito di insulti, minacce, atteggiamenti di esclusione nei loro confronti), con conseguente riduzione della qualità della vita. Considerando la QOL in relazione alla salute fisica e mentale, diversi studi hanno messo in luce un legame tra maltrattamento degli anziani, depressione, ansia e scarsa salute fisica, sebbene in alcuni casi le indagini riguardino solo la violenza fisica e l'abbandono.[40,49,52,92-98,100,101] In ogni caso, i nostri risultati sono in linea con gli studi che dimostrano appunto come l'abuso porti comunque a una diminuzione della QOL.[8,101]

5. SINTESI, LIMITI DELLO STUDIO E CONCLUSIONI

5.1. Sintesi

Come evidenziato dai risultati dello studio **ABUEL**, sebbene vi siano differenze tra i paesi 7 europei esplorati, in complesso non sono poche le persone che hanno vissuto l'esperienza dell'abuso, soprattutto psicologico. A riguardo non sono emerse differenze di genere rilevanti tra donne e uomini, ma i relativi vissuti, in riferimento ai maltrattamenti, variano tuttavia secondo il paese e il tipo di maltrattamento subito. In particolare, utilizzando i dati di prevalenza raccolti nei centri urbani esaminati, nel corso degli ultimi 12 mesi, è stato stimato un numero significativo di circa 350.000 persone, nella popolazione totale di età 60-84 anni, con esperienza di abuso e lesioni, inflitti quest'ultimi da vari perpetratori, con prevalenza comunque di famigliari (ad es. coniugi) e persone significative (ad es. amici). Inoltre, molti anziani hanno riferito cattiva salute fisica, disagio psicologico, disagio socio-economico, e scarsa qualità della vita, problemi che tendono peraltro a coesistere e ad essere correlati tra loro, producendo tensioni e preoccupazioni importanti per molti anziani. In definitiva, nonostante talune differenze tra i paesi partecipanti, come suggerito in precedenza, nelle varie dimensioni esplorate gli aspetti comuni, negli atti di violenza contro gli anziani, prevalgono.

5.2. Limiti dello studio

Lo studio ABUEL presenta alcuni limiti che vanno riconosciuti. In primo luogo, per il loro carattere "trasversale", i dati raccolti non permettono di stabilire nessi causali certi, obiettivo che richiederebbe un diverso tipo di indagine (ad es. studio di follow-up). In secondo luogo, i campioni (donne e uomini) sono stati reclutati in centri urbani di 7 paesi europei, e non possono essere rappresentativi di popolazioni provenienti da zone rurali e da altri paesi europei e non (ad es. USA). Di conseguenza, la generalizzabilità dei risultati in esame in tale direzione non può essere garantita. In terzo luogo, l'esattezza dei dati è stata affidata unicamente alla valutazione soggettiva dei soggetti anziani partecipanti (potenziali vittime), le affermazioni dei quali non sono state integrate con strategie di valutazione oggettiva, al fine di verificare le risposte degli stessi (ad es. cartelle cliniche con esami di lesioni fisiche). In quarto luogo, il tasso di rifiuto nel partecipare all'indagine è stato elevato, il che può avere portato alla "selezione" di donne e uomini con caratteristiche particolari che potrebbero

divergere da quelle della popolazione generale, ad esempio in termini di esperienze di abuso. Potremmo avere, ad esempio, una sovra-rappresentazione degli uomini maltrattati psicologicamente e una sotto-rappresentazione di uomini vittime di abusi sessuali. Tuttavia, non sono state osservate differenze sostanziali (di età e sesso) fra quanti hanno accettato di farsi intervistare e quanti hanno rifiutato, né i partecipanti allo studio sono risultati differire dalla popolazione generale in ciascun paese coinvolto, e il tasso di risposta totale è così simile a quello ottenuto in studi analoghi nel settore. Nonostante queste carenze, gli strumenti utilizzati sono stati scelti per catturare gli aspetti centrali del fenomeno in modo valido e affidabile, e i nostri risultati sembrano coerenti con quelli di altre ricerche. **ABUEL** quindi. confermando le osservazioni di indagini precedenti, potrebbe fornire nuovi e interessanti spunti e intuizioni, degni di considerazione per la progettazione di interventi e misure di prevenzione dell'abuso sugli anziani.

5.3. Conclusioni

5.3.1. La Ricerca

La conoscenza del maltrattamento degli anziani in termini di prevalenza, incidenza, fattori di "rischio" ed effetti, è cresciuta negli ultimi anni, ed i risultati **ABUEL** hanno fornito ulteriori approfondimenti su tali questioni. Tuttavia, c'è ancora necessità di maggiore consapevolezza del fenomeno e fattori correlati, per cercare di comprenderne appieno la complessità.

A livello europeo, sono necessari ulteriori studi sulla prevalenza degli abusi verso le persone anziane, nell'ambito della popolazione generale, in considerazione del fatto che in diversi paesi ancora mancano dati certi e affidabili. Tenuto conto delle ingenti risorse finanziarie e umane richieste dallo svolgimento dei progetti di ricerca, sembra vantaggioso poter condurre studi di questo tipo in tutti gli Stati dell'UE, utilizzando lo stesso tipo di metodologia. In particolare, sempre a livello europeo, è poco conosciuta e investigata la prevalenza dell'abuso contro le persone più fragili e più anziane, e fattori correlati quali la salute, Ciò rappresenta un obiettivo cruciale, in vista dei profondi e recenti cambiamenti demografici relativi al progressivo aumento della popolazione anziana nel mondo.

E' tuttora insufficiente anche la conoscenza relativa ai perpetratori, alle differenze di genere nella perpetrazione e vittimizzazione, ed alla mutualità dell'abuso. Inoltre, la maggior parte dei dati sul maltrattamento degli anziani è trasversale, come già sottolineato, e quindi non sono disponibili informazioni certe circa la causalità tra le varie dimensioni esplorate. Pertanto, per quanto possibile, gli studi dovrebbero utilizzare strategie (ad es. studi longitudinali) che permettano di trovare relazioni causali e rispettive direzioni, e di trarre conclusioni più stabili e sicure.

In assenza di informazioni esaustive circa l'entità degli abusi sugli anziani, dei relativi fattori di "rischio" ed effetti, la corretta gestione del fenomeno può rappresentare un compito difficile, se non impossibile. La mancanza di dati esaustivi sul fenomeno, e fattori connessi, può rappresentare quindi un serio ostacolo per lo sviluppo di efficaci interventi sia di prevenzione che di trattamento, specie in riferimento agli anziani maggiormente a "rischio" di abuso, e contemplando anche le patologie ad esso correlate .

In considerazione di tutte le carenze ed esigenze citate sopra, sembrano necessarie maggiori risorse da mettere a disposizione dei ricercatori e relativi collaboratori, al fine di realizzare studi sull'abuso sempre più approfonditi e articolati. In tale contesto, un centro di ricerca unificato e centralizzato, di riferimento per tutti i paesi dell'UE in materia di maltrattamento degli anziani, potrebbe sicuramente agevolare il raggiungimento di un obiettivo così ambizioso.

5.3.2. Politiche generali contro l'abuso verso gli anziani

Diversi fattori possono contribuire allo sviluppo di politiche basate sull'evidenza scientifica, di strategie di ricerca e buone pratiche volte ad individuare e prevenire tempestivamente gli abusi sugli anziani, ma anche ad intervenire per il sostegno e la cura delle persone vittime di abusi. Tuttavia, diverse questioni in tale ambito devono essere considerate e affrontate.

In primo luogo, vi è la necessità di un pieno riconoscimento, a livello nazionale, della realtà del maltrattamento degli anziani, adottando una definizione operativa del fenomeno comune e standardizzata, ed utilizzando uno strumento di valutazione validato e a disposizione di decisori politici, di professionisti e ricercatori. **ABUEL** risponde a queste esigenze, fornendo dati certi in materia di abuso, impiegando una definizione operativa di abuso chiara e "praticabile", oltre che uno strumento di valutazione studiato ad hoc.

In secondo luogo, al fine di implementare con successo politiche di prevenzione dell'abuso, devono essere presi in considerazione i seguenti aspetti: **(i)** le disuguaglianze in materia d'istruzione, occupazione, salute, assistenza sanitaria e livello di reddito, sia generali che specifiche basate su razza, età, etnia o genere; **(ii)** le differenze di genere nei fattori di "rischio" e gli ostacoli che non permettono alle vittime di ricevere cure e supporti adeguati; **(iii)** fattori di protezione quali inclusione sociale e capitale sociale (legami sociali e familiari); **(iv)** la diversa capacità dei soggetti di resistere e far fronte agli eventi, anche a seguito di differenti caratteristiche socio-economiche; **(v)** le differenze culturali nel riconoscimento, nella valutazione e nelle strategie di prevenzione dell'abuso verso gli anziani; **(vi)** l'importanza del rispetto della dignità delle persone; **(vii)** gli elevati costi medici e sociali connessi agli atti di violenza interpersonale. I dati forniti da **ABUEL** in parte sostengono l'importanza

dei fattori suddetti e cruciali per la prevenzione degli abusi, includendo peraltro il supporto sociale quale ulteriore fattore chiave.

In terzo luogo, nessuna singola risposta, o singolo intervento da parte di singole categorie professionali, possono risultare sufficienti per gestire e risolvere il complesso problema degli abusi sugli anziani. Pertanto, sembrano opportune le seguenti considerazioni: **(i)** oltre ad un approccio di salute pubblica, avente lo scopo di assicurare ed estendere una migliore assistenza e salute ad intere popolazioni, devono essere sviluppati anche approcci individuali e mirati, per affrontare i casi specifici e personali; **(ii)** la complessità dell'abuso, in termini di cause ed effetti, richiede la collaborazione, ed il reciproco scambio di conoscenze, tra molteplici discipline quali la medicina, l'epidemiologia, la sociologia, la psicologia e la criminologia. Questo permette di prevenire e gestire, a vari livelli e nel lungo periodo, gli episodi di abuso e le relative e conseguenti disabilità. I dati forniti da **ABUEL** in materia di abuso, fattori di "rischio" ed "effetti", evidenziano con forza la complessità del fenomeno, e la necessità di affrontare tutte le problematiche connesse a vari livelli con un approccio olistico.

5.3.3. Politiche a livello nazionale

Autorità e Istituzioni dei vari paesi dovrebbero: **(i)** finanziare iniziative e progetti dedicati; **(ii)** attivare campagne di sensibilizzazione per accrescere la consapevolezza della popolazione, dei professionisti dell'assistenza, degli assistenti sociali e del personale di polizia, sul fenomeno dell'abuso sugli anziani e relativi fattori di "rischio", e su come individuare gli atti di violenza e prevenirli; **(iii)** attivare campagne di sensibilizzazione per promuovere un'immagine positiva dell'invecchiamento e combattere la discriminazione negativa basata sull'età; **(iv)** predisporre misure legislative e politiche specifiche a contrasto degli abusi sugli anziani; **(v)** sviluppare teams multi-disciplinari nel settore dei servizi per monitorare i casi di abuso e pianificare possibili interventi, coordinando gli sforzi; **(vi)** migliorare la cooperazione tra forze di polizia, servizi sanitari e sociali, volontari e organizzazioni per la protezione delle vittime; **(vii)** identificare e valutare le buone pratiche nazionali in materia di tutela e promozione dei diritti delle persone anziane, comprese misure per prevenire discriminazioni, abusi e abbandono; **(viii)** fornire punti di riferimento per la segnalazione degli abusi. Le persone anziane hanno infatti difficoltà a denunciare un reato o un abuso, soprattutto se perpetrato da parenti e caregivers, perché temono ritorsioni, ed anche di essere ricoverati in istituto o persino abbandonati. In aggiunta, gli anziani tendono a non riportare gli atti di violenza subiti anche poiché spesso provano vergogna e imbarazzo, credendo di essere loro stessi causa della violenza o percependo quest'ultima come qualcosa da accettare in quanto connessa alla vecchiaia; **(ix)** fornire una linea telefonica nazionale di assistenza e aiuto. Chiamate "riservate" e tutelate possono aiutare e sostenere le vittime

di abusi, o quanti hanno assistito a episodi di violenza altrui, oltre che gli stessi autori degli abusi; **(x)** prevedere sistemi di segnalazione e registrazione per i dati sulla mortalità e la morbilità associate con l'abuso; **(xi)** fornire informazioni e formazione sulla violenza, attraverso le organizzazioni di volontariato e i servizi sociali, attraverso la pubblicazione di opuscoli informativi e brochure, e l'organizzazione di congressi e conferenze in tema di abuso; **(xii)** migliorare la formazione degli operatori, dei professionisti socio-sanitari, e del personale di polizia, al fine di identificare i fattori di maggiore rischio per l'abuso, per il riconoscimento dei segni tipici delle diverse forme di violenza e per il loro trattamento, attraverso lo sviluppo di programmi educativi, norme e linee guida chiare e precise, nonché liste di controllo dei segnali-segni di abuso ad uso dei professionisti. I dati forniti da **ABUEL** sull'abuso, e relativi fattori di "rischio" ed "effetti", possono ritenersi utili per attuare le suddette politiche a livello nazionale.

5.3.4. Politiche a livello europeo

L'Unione Europea potrebbe adottare le seguenti azioni volte a tutelare la dignità degli anziani e a prevenirne l'abuso: **(i)** utilizzare il Fondo Sociale Europeo per co-finanziare programmi educativi-informativi sugli abusi, tramite corsi rivolti alle forze di polizia, e al personale dei servizi sanitari e sociali; **(ii)** fornire sostegno finanziario a lungo termine per la ricerca, clinica e non, in materia di abusi; **(iii)** fornire sostegno a lungo termine per le misure di prevenzione e trattamento; **(iv)** accrescere la consapevolezza dell'abuso tramite campagne d'informazione periodica; **(v)** fornire una specifica Legislazione Europea per prevenire l'abuso sugli anziani in ambito domestico, adattando il quadro giuridico esistente e affrontando la questione dei diritti degli anziani a livello internazionale; **(vi)** espandere ulteriormente la già vigente pratica dell'"apprendimento reciproco" quale piattaforma per lo scambio di esperienze tra gli Stati membri e per il mutuo apprendimento a tutti i livelli di governance, anche attraverso la promozione di reti multi-disciplinari e transnazionali di organizzazioni che operano per prevenire e combattere gli abusi. I dati forniti da **ABUEL** a riguardo possono essere utili per gli scopi suddetti.

5.3.5. Politiche per la salute, il supporto sociale e contro l'abuso verso gli anziani

Come emerso analizzando sia i risultati **ABUEL** che la letteratura complessiva sul fenomeno, gli interventi volti a prevenire e trattare l'abuso sugli anziani dovrebbero prendere in considerazione l'importanza del sostegno sanitario e sociale alle vittime. Un cattivo stato di salute costituisce infatti

sia un fattore che può contribuire al realizzarsi di un atto di violenza e sia un effetto della stessa, mentre il sostegno sociale rappresenta in tale contesto un importante fattore di protezione. Pertanto, dovrebbero essere sviluppati e attuati, o ulteriormente elaborati, programmi tesi ad incrementare la salute ed il supporto sociale delle persone anziane, in un'ottica di collaborazione tra risorse formali ed informali. Tali programmi potrebbero migliorare il contesto generale delle persone anziane, ridurne al contempo la vulnerabilità ai maltrattamenti, ed anche agevolare e incoraggiare il riferire e denunciare la violenza subita. Da non dimenticare infatti che per combattere e contrastare la violenza interpersonale, soprattutto nei confronti delle persone anziane, occorre ammetterne e farne emergere l'esistenza, poiché l'abuso viene conosciuto quando viene riferito, ma non ogni volta che viene vissuto.

6. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2002). *World report on violence and health.* Geneva: Author.
2. Baker, A.A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, *5*, 20–24.
3. Burston, G.R. (1975). ‘‘Granny battering’’. *British Medical Journal*, *3*, 592.
4. Special Eurobarometer 272 (2007). *Health in the European Union*. European Commission.
5. WPP (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. New York: United Nations.
6. Council of Europe (1992). *Violence Against the Elderly*. Strasbourg: Council of Europe.
7. What is elder abuse? (1995). *Action on Elder Abuse Bulletin*, *11* (May–June).
8. O´ Keeffe, M., et al. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report*. London: Department of health.
9. Straus, M.A., Hamby, S.L., BoneyMcCoy, S., & Sugarman, D.B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2) - Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, *17*, 283-316.
10. Adelman, R., Siddiqui, H., & Foldi, N (1998). Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. In M. Hersen & V.B. Van Hasselt (Eds.). *Handbook of Clinical Geropsychology*. New York: Plenum Publishing Company.
11. Carp, R.M. (2000). *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York: Springer.
12. Fulmer, T.T., & O' Malley, T.A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A health care perspective on abuse and neglect*. New York: Springer.
13. Henderson, D., Buchanan, J.A., & Fisher, J.E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. In P.A. Schewe (Ed.). *Preventing Violence in Relationships: Interventions Across the Life Span*. Washington, DC: US: American Psychological Association.
14. Schiamberg, L.B., & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *11*, 79–103.
15. Ogg, J., & Bennet, G. (1992). Elder Abuse in Britain. *British Medical Journal*, *305*, 998-999.
16. Podkieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *4*, 5-58.
17. Kivelä, S.L., Kongas-Saviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K., & Ljas, M.L. (1992). Abuse in old age: Epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *4*, 1-18.
18. Comijs, H.C., Pot, A.M., Smit, J.H., Bouter, L.M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, *46*, 885–888.
19. Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist, 28,* 51-57.

20. Cooper, C., Selwood, A.C., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing, 37, 151-160.*

21. Chokkanathan, S., & Lee, A.E. (2005). Elder mistreatment in urban India: a community-based study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *17*, 45-61.

22. Harris, S. (1996). For better or worse: spouse abuse grown old. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *8*, 1-33.

23. Hirsch, R.D., & Brendebach, C. (1999). Violence against the aged within the family: results of studies by the "Bonner HsM (treating vs. mistreating) Study. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *32*, 449-455.

24. Ockleford, E., Barnes-Holmes, Y., Morichelli, R., Morjaria, A., Scocchera, F., Furniss, F., et al. (2003). Mistreatment of older women in three European countries - Estimated prevalence and service responses. *Violence Against Women*, *9*, 1453-1464.

25. Oh, J, Kim, HS, Martins, D, & Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 203-214.

26. Tornstam, L. (1989). Abuse of the elderly in Denmark and Sweden: results from a population study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *1*, 35-44.

27. Wetzels, P., & Greve, W. (1996). Older people as victims of family violence. Results of a German victimization survey. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, *29*, 191-200.

28. Yan, E.C., & Tang, C.S.K. (2001). Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 1158-1174.

29. Yan, E.C., & Tang, C.S.K. (2004). Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence*, *19*, 269-277.

30. Beach, S.R., Schulz, R., Williamson, G.M., Miller, L.S., Weine, M.F., & Lance, C.E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*, 255-261.

31. Buri, H., Daly, J.M., Hartz, A.J., & Jogerst, G.J. (2006). Factors associated with self-reported elder mistreatment in Iowa's frailest elders. *Research on Aging*, *28*, 562-581.

32. Fulmer, T, Paveza, G, VandeWeerd, C, Fairchild, S, Guadagno, L, Bolton-Blatt, M, et al. (2005). Dyadic vulnerability/risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist*, *45*, 525-534.

33. Pittaway, E, Westhues, A. (1993). The prevalence of elder abuse and neglect of older adults who accessed health and social services in London, Ontario, Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *5*, 77-93.

34. Wang, J.J. (2005). Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. Journal Nurs Res, *13*, 271-280.

35. Risco, R.C., Paniagua, V., Jimenez, M., Poblador, C., Molina, M.L., & Buitrago, F. (2005). Prevalence and risk factors of suspicion abuse in elder population. *Medicina Clinica*, *125*, 51-55.

36. Ruiz, S.A., Altet, T.J., Porta, M.N., et al. (2001). Domestic violence: prevalence of suspected ill treatment of the elderly. *Atención Primaria*, *27*, 331-334.

37. Compton, S.A., Flanagan, P., & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 632-635.

38. Cooney, C., Howard, R., & Lawlor, R.B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric* Psychiatry, *21*, 564-571.

39. Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, *4*, 276-283.

40. Coyne, A.C., Reichman, W.E., & Berbig, L.J. (1993). The Relationship Between Dementia and Elder Abuse. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 643-646

41. Grafström, M., Nordberg, A., & Winblad, B. (1993). Abuse Is in the Eye of the Beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *21*, 247-255.

42. Homer, A.C., & Gilleard, C. (1990). Abuse of Elderly People by their Carers. *British Medical Journal*, *301*, 1359-1362.

43. Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J.W. et al. (1992). Severe Family Violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and Risk Factors. *The Gerontologist*, *32*, 493-497.

44. Pillemer, K., & Suitor, J.J. (1992). Violence and Violent Feelings - What Causes Them Among Family Caregivers. *Journals of Gerontology*, *47*, 165-172.

45. Pot, A.M., Dyck, R., Jonker, C., & Deeg, J.H. (1996). Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 156-162.

46. Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A., & Mizuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 250-257

47. Bond, J.B., Cuddy, R., Dixon, G.L., Duncan, K.A., & Smith, D.L. (1999). The financial abuse of mentally incompetent older adults: A Canadian study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *11*, 23-38.

48. Cham, G.W., & Seow, E. (2000). The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Medical Journal*, *41*, 571-574.

49. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., Carpenter, G.I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: A cross-national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 489-497.

50. Fulmer, T., Ramirez, M., Fairchild, S., Holmes, D., Koren, M.J., & Teresi, J. (1999). Prevalence of elder mistreatment as reported by social workers in a probability sample of adult day health care clients. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *11*, 25-36.

51. Kurrle, S.E., Sadler, P.M., Lockwood, K., & Cameron, I.D. (1997). Elder abuse: Prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia*, *166*, 119-122.

52. Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study. *The Gerontologist, 37,* 469-474.

53. Lecovich, E. (2005). Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. *Family Relatio*ns, *54*, 436-447.

54. Livermore, P., Bunt, R., & Biscan, K. (2001) Elder abuse among clients and carers referred to the Central Coast ACAT: a descriptive analysis. *Australasian Journal on Ageing*; *20*, 41-47.

55. The National Center on Elder Abuse. (1998). *The National Elder abuse incidence study*. Report No.: Final

56. Shugarman, L.R., Fries, B.E., Wolf, R.S., & Morris, J.N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 24-31.

57. Vida, S., Monks, R.C., & Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, *47*, 459-467.

58. Zhu, B.L., Oritani, S., Ishida, K., Quan, L., Sakoda, S., Fujita, M.Q., et al. (2000). Child and elderly victims in forensic autopsy during a recent 5 year period in the southern half of Osaka city and surrounding areas. *Forensic Science International*, *113*, 215-218.

59. Pillemer, K., & Moore, DW. (1989). Abuse of Patients in Nursing-Homes - Findings from A Survey of Staff. *The Gerontologist*, *29*, 314-320.

60. Saveman, B.I., Aström, S., Bucht, G., Norberg, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *10*, 43-60.

61. Goergen, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *13*, 1-26.

62. Jogerst, G.J., Daly, J.M., Dawson, J.D., Peek-Asa, C., & Schmuch, G. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, *7*, 203-207.

63. Wang, J.J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *42*, 307-318.

64. Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*, 283-288.

65. Laumann, E.O., Leitsch, S.A., & Waite, L.J. (2008). Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *The Journals of Gerontology Series B: Social Sciences, 63*, 248-254.

66. Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, neglectful, and financial abuse in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100,* 292-297.

67. Biggs, S., Manthorpea, J., Tinkera, A., Doyleb, M., & Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *21*, 1-14.

68. Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *21*, 253-77.

69. Wolf, R. (1997). Elder Abuse and Neglect: Causes and Consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*, 153-174.

70. Dong, X.Q., Beck, T. & Simon, M.A. (2009). Loneliness and Mistreatment of Older Chinese Women: Does Social Support Matter? *Journal of Women & Aging, 21*, 293-302.

71. Dong, X.Q., Simon, M.A., Gorbien, M., Percak, J. & Golden R. (2007). Loneliness in Older Chinese Adults: A Risk Factor for Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*, 1831–1385.

72. Lachs, M.S., Berkman, L., Fulmer, T. & Horwitz, R.I. (1994). A Prospective Community-Based Pilot Study of Risk Factors for the Investigation of Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *42*, 169-173.

73. Litwin, H., & Zoabi, S. (2003). Modernization and Elder Abuse in an Arab-Israeli Context. *Research on Aging, 25,* 224-246.

74. Pasqualini, R., & Mussi, C. (2001) Come riconoscere e prevenire l'abuso nell'anziano. [Recognizing and preventing elder abuse]. *Giornale di Gerontologia*, *49*, 42-47.

75. Phillips, R.L. (1983). Abuse and Neglect of the Frail Elderly at Home: An Exploration of Theoretical Relationships. *Journal of Advanced Nursing*, *8*, 379-392.

76. Pigatto, A. (2007) Appunti sul maltrattamento dell'anziano, *Prospettive Sociali e Sanitarie, 37*, 6-9.

77. Wolf, R. & Pillemer, K. (1989): *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*- New York: Columbia University Press.

78. Davidson, J.L. (1979). Elder Abuse. In M.R. Block & J.D. Sinnott (Eds.). *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. College Park, Center on Aging, University of Maryland.

79. Hickey, T., & Douglass, R.L. (1981). Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting: An Exploratory Study. *American Journal of Public Health*, *71*, 500-507.

80. Steinmetz, S.K. (1988). *Duty Bound: Elder Abuse and Family Care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

81. Bonnie, R., & Wallace, R. (2003). Risk Factors for Elder Mistreatment. In R. Bonnie & R. Wallace (Eds.). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.

82. Sonkin, D. J.; Martin, D. y Walker, E. A. (1985). *The Male Batterer*. New York: Springer.

83. Anetzberger, G. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield: Charles Thomas.

84. Greenberg, J.R., McKibben, M., & Raymond, J.A. (1990). Dependent Adult Children and Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, *2*, 73-86.

85. Hwalek, M., Sengstock, M.C., & Lawrence, R. (1984): Assessing the Probability of Abuse of the Elderly, *Paper presented at the 37th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America*. San Antonio, TX.

86. Pillemer, K. (1986). Risk Factors in Elder Abuse: Results from a Case-Control Study. In K. Pillemer & R. Wolf (Eds.). *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company.

87. Wolf, R., Strugnell C.P., & Godkin, M.A. (1982). *Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse*. Worcester, MA: Centre on Aging, University of Massachusetts Medical Centre.

88. Anetzberger, G.J.; Korbin, J.E. & Austin, C. (1994). Alcoholism and Elder Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *9*, 184-193.

89. Bristowe, E., & Collins, J.B. (1989). Family Mediated Abuse of Non-Institutionalized Frail Elderly Men and Women Living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *1*, 45-64.

90. Lachs, M.S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, *332*, 437-443.

91. Williamson, G.M., & Shaffer, D.R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, *16*, 217-226.

92. Dong, X.Q., Beck, T., & Simon, M.A. (2010). The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community dwelling Chinese population: The modifying effect of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *50*, 202-208.

93. Dong, X.Q., Simon, M.A., Odwazny, R., & Gorbien M. (2008). Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *20*, 25-41.

94. Dyer, C.B., Pavlik, V.N., Murphy, K.P., & Hyman, D.J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatric Society, 48,* 205-208.

95. Fulmer, T.T. (2002). Elder mistreatment. *Annual Review of Nursing Research, 20,* 369-395.

96. Kim, O.S., Yang, K.M., & Kim, K.H. (2005). Dependency, abuse, and depression by gender in widowed elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing, 35,* 336-343.

97. Pillemer, K., & Prescott, D. (1989). Psychological Effects of Elder Abuse: A Research Note. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *1*, 65-74.

98. Comijs, H.C., Penninx, B.W., Knipscheer, K.P., & van Tilberg, W. (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support and coping. *Journal of Gerontology: Psychological Science/Social Science, 54,* 240-245.

99. Lachs, M.S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, *364*, 1263-1272.

100. Dong, X.Q. (2005) Medical implications of elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, *21*, 293-313.

101. Dong, X.Q., Simon, M.A., & Gorbien, M.J. (2007). Elder abuse and neglect in an urban Chinese Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *19*, 79–96.

102. Lachs, M.S., Williams, C.S., O'Brien, S., Pillemer, K.A., & Charlson, M.E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association, 280,* 428-432.

103. Dong, X.Q., & Simon, M.A. (2008). Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *The Gerontology*, *54*, 381–388.

104. Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-70.

105. Brähler, E., & Scheer, J.W. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) (2. Aufl). Bern: Huber.

106. Folkhälsorapport (2007). *Folkhälsan i Stockholms län 2007*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.

107. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30–41.

108. Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S., & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *55*, 610–617.

109. Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Res*earch, *14,* 2197-2214.

110. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse.

111. van Dijk, J., Manchin, R., van Kesteren, J., Nevala, S., & Hideg, G. (2005). *The burden of Crime in the EU.* EU ICS.

112. Eurostat (2008). *The life of women and men in Europe: A statistical portrait*. Luxembourg: Eurostat.

113. Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing & Society*, *26*, 105–134.

114. Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, *55*, 33–45.

115. Winquist, K. (2002). *Women and Men Beyond Retirement. Statistics in Focus, Population and Social Conditions*. Theme 3, 21/2203, Luxembourg: Eurostat.

116. Brown, A. (1989) A survey on elder abuse at one Native American tribe. *Journal of Elder abuse & Neglect, 1***,** 17-37.

117. Benson, M.L., Greer L. Fox, G.L., Alfred DeMaris, A., & Van Wyk, J. (2003). Neighborhood disadvantage, individual economic distress and violence against women in intimate relationships. *Journal of Quantitative Criminology*, *19*, 207-235.

118. Kosberg, J.I., & Garcia, J.L. (1995). *Elder abuse: International and Cross-Cultural Perspectives*. New York: The Haworth Press.

119. World Health Organization. (2002). *Injury: A leading cause of the global burden of disease.* Geneva: Author.

120. World Health Organization. (2002). *The injury chart book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva: Author.

121. Wolf, R.S., & Donglin Li, D. (1999). Factors affecting the rate of elder abuse reporting to a state protective services program. *The Gerontologist*, *39*, 222-228

122. Vyas, S., & Watts, C. (2009). How does economic empowerment affects women´s risk of intimate partner violence in low and middle income countries: A systematic review of published evidence. *Journal of International Development, 21*, 577-602.

123. Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (2nd ed.). Geneva: International Labour Organisation.

124. Paoli, P., & Merllié, D. (2003). *Third European survey on working conditions. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/EF0121.htm).

125. Timmerman, G., & Bajema, C. (1999). Sexual harassment in Northwest Europe: A cross-´cultural comparison. *European Journal of Women´s Studies*, *6*, 419-439.

126. Chamberlain, L.J., Crowley, M., Tope, D., & Hodson, R. (2008). Sexual harassment in organizational context. *Work and Occupations*, *35*, 262-295.

127. Boles, S., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: a review of the literature, *Aggression and Violent Behaviour, 8*, 155–174.

128. Bradshaw, D., & Spencer, C. (1999). The Role of Alcohol in Elder Abuse Cases. In J. Pritchard (Ed.). *Elder Abuse Work: Best Practice in Britain and Canada*. London: Kingsley Publishing.

129. Choi, N.G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33, 5-25.

130. Hourani, L.L., Yuan, H., Bray, R.M., & Vincus, A.A. (1999). Psychosocial correlates of nicotine dependence among men and women in the U.S. naval services. *Addictive Behaviors, 24,* 521–536.

131. Ackerson, L.K., Kawachi, I., Barbeau, E.M., & Subramanian, S.V. (2007). Exposure to domestic violence associated with adult smoking In India: A population-based study. *Tobacco Control*, *12*, 378-383.

132. Songer, T.J., Coben, J.H., Ettaro, L., & Staren, D. (2000). *Health Care Costs Associated with Violence in Pennsylvania.* Health Services Research Camp Hill, PA.

133. Minayo, M.C.S. (2003). Violence against the elderly: The relevance of an old health problem. *Cadernos de Saude Publica*, *19*, 783-791.

134. Barsky, A.J., Peekna, H.M. & Borus, J.F. (2001). Somatic symptom Reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, *16*: 266–275

135. Bressler, H., Keyes, W., Rochon, P., & Bradley, E. (1999). The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Spine*, *24*, 1813-1819.

136. Gilmore, A., McKee, M., & Rose, M. (2002) Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine, 55*, 2177-2188.

137. Gunzelmann, T., Hinz, A., & Brahler, E. (2006) Subjective health in older people. *GMS Psycho-Social-Medicine, 3*, 1-10.

138. Hartvigsen, J., Christensen, K., & Frederiksen, H. (2004). Back and neck pain exhibit many common features in old age: A population-based study of 4,486 Danish twins 70–102 years of age. *Spine*, *29*, 576–580.

139. Ihlebaek, C., Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *30*, 20-29.

140. Kasmel, A., Helasoja, V., Lipand, A., Pratala, R., Klumbiene, J., & Pudule, I. (2004) Association between health behavior and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*, *14*, 32-36.

141. Kroenke, K., Spitzer, R.L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic. Medicine*, *60*, 150–155.

142. Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, *16*, 511–518

143. Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology, 55*, 364-370.

144. McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A.L., & Khaw, K.T. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, *8*, 230-238.

145. Tsai, C-H. (2010). Factor analysis of the clustering of common somatic symptoms: a preliminary study. *BMC Health Services Research*, *10*, 1-8.

146. Crook, J., Rideout, E., & Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in a general population**.** *Pain*, *18*, 299-314.

147. Haug, T.T., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine, 66*, 845-851.

148. Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P., & Bush, T. (1991). Somatization: A spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry, 148*, 34–40.

149. Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Krishnan, K.R., & Sibert, T.E. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression**.** *Journal of the American Geriatrics Society*, *41*, 1169-1176.

150. Mulsant, B.H., Ganguli, M., & Seaberg, E.C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults**.** *Journal of the American Geriatrics Society*, *45*, 954-958.

151. Nakao, M., Yamanaka, G., & Kubecki, T. (2001). Major depression and somatic symptoms in a mind/body clinic. *Psychopathology*, *34*, 230–235.

152. Penninx, B.W., & Dyck, R. (2010). Depression and somatic comorbidity. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskund*, *154*, A1784.

153. Stewart, R.B., Blashfield, R., Hale, W.E., Moore, M.T., May, F.E., & Marks, R.G. (1991). Correlates of Beck Depression Inventory scores in an ambulatory elderly population: symptoms, diseases, laboratory values, and medications**.** *The Journal of Family Practice*, *32*, 497-502.

154. Tsai, C.H., Wang, C., Lin, I.H., Wu, W.C., Chen, Y.C., & Lin, C.D. (2000). A study of pain and cardiopulmonary symptoms and their related factors among the elderly**.** *Chinese Journal of Family Medicine*, *10*, 173-181.

155. Waxman, H.M., McCreary, G., Weinrit, R.M., & Carner, E.A. (1985). A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons**.** *Gerontologist*, *25*, 501-507.

156. Berkman, L.F. (1984). Assessing the Physical Health Effects of Social Networks and Social Support. *Annual Review of Public Health*, *5*, 413-432.

157. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*, 843-857.

158. Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health, 18*, 359-384.

159. Zhang, X., Norris, S.L., Gregg, E.W., & Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *Diabetes Education*; *33*, 273-281.

160. Anderson, C., Rubenach, S., Mhurchu, C.N., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. *Stroke*, *31*, 1024–1031.

161. Boaz, R.F., & Muller, C.F. (1994). Predicting the risk of 'permanent' nursing home residence: The role of community help as indicated by family helpers and prior living arrangements. *Health Services Research*, *29*, 391-414.

162. Skinner K.M., Tennstedt S.L., Crawford S.L. (1994) Do characteristics of informal caregivers affect the length of hospital stay for frail elders? *Journal of Ageing and Health*, *6*, 255-269.

163. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004b)- Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420**,** 21-27.

164. Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *British Journal of Psychiatry, 191***,** 393-401.

165. Ploubidis, G.B., & Grundy, E. (2009) Later-life mental health in Europe: A country-level comparison. *Journal of Gerontology: Series B Psycholological Science, 64***,** 666-676.

166. Prince, M.J., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Fuhrer, R., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., et al. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry, 174***,** 339-45.

167. Ayuso-Mateos, J.L., Vasquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., et al. (2001)- Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 179*, 308-16.

168. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 420*, 28-37.

169. Simon, G.E., Goldberg, D.P., Von Korff, M. & Ustun, T.B. (2002) Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine, 32*, 585-594.

170. Salomon, J.A., Tandon, A. & Murray, C.J. (2004). Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ,* 328, 258.

171. Propper, C.K., Jones, A., Bolster, S., Burgess, R., & Sarker, J.R. (2004). *Local neighbourhood and mental health: Evidence from the UK*. University of Bristol, CMPO, WP 04/099.

172. Cagney, K.A., & Lauderdale, D.S. (2002) Education, wealth, and cognitive function in later life. *Journal of Gerontology. Series B Psychological Science,* 57, 163-172.

173. Dos Santos, M.J., & Kassouf, A.L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Economia Aplicada*, *11*, 5-26.

174. Richards, M., Shipley, B., Fuhrer, R. & Wadsworth, M.E. (2004) Cognitive ability in childhood and cognitive decline in mid-life: Longitudinal birth cohort study. *British Medical Journal, 328*, 552.

175. Kessler, R.C. (2007) The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 10-19.

176. Kubzansky, L.D., Kawachi, I., & Sparrow, D. (1999). SocioEconomic status, hostility, and risk factor clustering in the normative aging study: Any help from the concept of allostatic load? *The Society of Behavioural Medicine*, *21*, 330-338

177. Feinstein, L. (2002). *Quantitative estimates of the social benefits of learning, 2: health (depression and obesity), wider benefits of learning*. Research Report, 6. London: Centre for research on the wider benefits of learning, Institute of Education.

178. Hammond, C. (2002). *Learning to be healthy. The Wider Benefits of Learning Papers*, *3*. London: Centre for research on the wider benefits of learning, Institute of Education.

179. Schuller, T., et al. (2002). *Learning, continuity and change in adult life. Wider benefits of learning.* Research Report, 3. London: Centre for research on the wider benefits of learning, Institute of Education.

180. Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People*. Buckingham: Open University Press.

181. Zaidi, A. (2006). *Poverty and Elderly People in EU25. Policy Brief August 2006*. European centre.

182. Beekman, A.T., Copeland, J.R., & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry, 174*, 307-311.

183. Beekman, A.T., De Beurs, E., Van Balkom, A.J., Deeg, D.J., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89-95.

184. Fryers,T., Melzer, M.,·& Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*, 229–237.

185. Grossi G. (1999). *The stress of unemployment—coping patterns, psychological and physiological responses and implications for health*. PhD dissertation, University of Stockholm, Sweden.

186. Judd, L.L., Paulus, M.P., Wells, K.B., & Rapaport, M.H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1411-1417.

187. Ladin, K., Daniels, N., & Kawachi, I. (2010) Exploring the elationship between absolute and relative position and late-life depression: Evidence from 10 European countries. *Gerontologist, 50*, 48-59.

188. Lynch, J., Smith, G.D, Kaplan, G.A., & House, J.S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, *320*, 1200-1204.

189. Pincus, T., & Callahan, L.F. (1995). What explains the association between socioeconomic status and health: primarily access to medical care or mind-body variables? *Advances*, *11*, 4–36.

190. Price, R.H., Choi, J., & Vinokur, A.D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: How financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, *7*, 302-312.

191. Soares, J.J.F, Sundin, Ö., & Grossi, G. (2004). The stress of musculoskeletal pain A comparison between primary care patients in various ages. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 297–305.

192. Soares, J.J.F., Macassa, G., & Fandino-Losada, A. (2007). Psychosocial experiences among female and male primary care patients with and without pain. *The Pain Clinic*, *19*, 58-70.

193. Vinokur, A.D., Price, R.H., & Caplan, R.D. (1996). Hard times and hurtful partners: How financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 166-179.

194. Bartels, S.J., Blow, F.C., Brockmann, L. M., & Citters, A.D.V. (2005). *Substance Abuse and Mental Health Among Older Americans: The State of the Knowledge and Future Directions*. Westat.

195. Goldberg, R.J., Burchfiel, C.M., Reed, D.M., Wergowske, G., & Chiu, D. (1994). A prospective study of the health effects of alcohol consumption in middle-aged and elderly men. The Honolulu Heart Program**.** *Circulation*, *89*, 651-659.

196. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental health in older people. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

197. O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C., & Lawlor, B (2003). Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, *327*, 664-667.

198. Snow, W.M., Murray, R., Ekuma, O., Tyas, S.L., & Barnes, G.E. (2009). Alcohol use and cardiovascular health outcomes: a comparison across age and gender in the Winnipeg Health and Drinking Survey Cohort. *Age Ageing*, *38*, 206–212.

199. WHO (2004). *WHO global status report on alcohol. 2004*. Geneva: Author.

200. Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Penguin Books.

201. Knoops, K.T., de Groot, L.C., Kromhout, D., Perrin, A.E., Moreiras-Varela, O., et al. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, *292*, 1433–1439.

202. Lang, I., Guralnik, J., Wallace, R.B., & Melzer, D. (2007). What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in US and English national cohorts. *Journal of the American Geriatric Society*, *55*, 49–57.

203. Paganini-Hill, A., Kawas, C.H., & Corrada, M.M. (2007). Type of alcohol consumed, changes in intake over time and mortality: The Leisure World Cohort Study. *Age and Ageing*, *36*, 203–209.

204. Rimm, E.B., Klatsky, A., Grobbee, D., & Stampfer, M.J. (1996). Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits? *British Medical Journal*, *312*, 731-736.

205. Rimm, E.B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., & Stampfer, M.J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: Meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *British Medical Journal*, *319*, 1523-1528.

206. Ruitenberg, A., van Swieten, J.C., Witteman, J.C., Mehta, K.M., van Duijn, C.M., Hofman, A., & Breteler, M.M (2002). Alcohol consumption and risk for dementia: The Rotterdam study. *Lancet*, *359*, 281-286.

207. Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.J., Heath, C.W. Jr et al. (1997), Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *New England Journal of Medicine*, *337*, 1705–1714.

208. Lipowski, Z. (1990) Somatization and depression. *Psychosomatics*,*31*, 13–21.

209. Mendes de Leon, C.F., Gold, D.T., Glass, T.A., Kaplan, L., & George, L.K. (2001). Disability as a function of social network and support in elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986–1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 56*, 179–190.

210. Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing & Society*, *29*, 5–31.

211. Walker, A., & Mollenkopf, H (2007). International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues. In Mollenkopf. H., Walker, A. (Eds.). *Quality of life in old age: international and multi-disciplinary issues*. New York: Springer.

212. Seeman, T.E., Lusignolo, T.M., Albert, M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging. *Health Psychology*, *20*, 243–255

213. Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, *15*, 187-224.

214. Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health.* Philadelphia: Open University Press.

215. Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, *25*, 585–600.

216. Abu-Rayya, H.M. (2006). Depression and social involvement among elders. *Internet Journal of Health*, *5*, 1-9.

217. Brugha, T.S., Morgan, Z., Bebbington, P., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., & Meltzer, H. (2003). Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households. *Psychological Medicine*, *33*, 307–318.

218. Ford, E.S., Loucks, E.B., & Berkman, L.F. (2006). Social integration and concentrations of C-reactive protein among US adults. *Annals of Epidemiology*, *16*, 78–84.

219. Loucks, E.B., Berkman, L.F., Gruenewald, T.L., & Seeman, T.E. (2006). Relation of social integration to inflammatory marker concentrations in men and women 70 to 79 years. *American Journal of Cardiology, 97*, 1010–1016.

220. Loucks, E.B., Berkman, L.F., Gruenewald, T.L., & Seeman, T.E. (2005). Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 353–358.

221. Melchior, M., Berkman, L.F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M. (2003). Social relations and self reported heath: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine*, *56*, 1817–1830.

222. Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, *14*, 362–370.

223. White, A.M., Philogene ,G.S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the unites states. *American Journal Public Health*, *99*, 1872-1878.

224. Uchino, B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 377–387.

225. Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*, 488–531.

226. Vink, D., Aartsen, M.J., Comijs, H.C., Heymans, M.W., Penninx, B.W., Stek, M.L., Deeg, D.J., & Beekman, A.T. (2009). Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17***,** 642-52.

227. Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18***,** 994-1001.

228. Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., et al. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*, 100-113.

229. Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 357-376.

230. Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: The new paradox? *Social Science & Medicine*, *48*, 61–76.

231. Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health. *Social Science & Medicine*, *48*, 1221-1235.

232. Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural, and Behavioral Determinants of Heath. *Social Science & Medicine*, *58*, 2585-2600.

233. McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations. *Social Science & Medicine*, *52*, 547-559.

234. Ross, C.E., & Bird, C.E. (1994). Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequence for Men's and Women's Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*,161-178.

235. Goode, W.J. (1949). Problems in post-adjustment. *American Sociological Review*, *14*, 394-401.

236. Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., & Rennie, T.A.C. (1962). *Mental Health in the Metropolis*. NewYork: McGraw-Hill

237. Wyke, S., & Ford, G. (1992). Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science & Medicine*, *5*, 523-532.

238. Crago, M.A. (1972). Psychopathology in married couples. *Psychological Bulletin*, *77*, 114-128.

239. Bloom, B.L., Asher, S.J., & White, S.W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, *85*, 867-894.

240. M. Richards, M., Hardy, R., & Wadsworth, M. (1997). The effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychological Bulletin*, *27*, 1121-1128.

241. Rodgers, B. (1994). Pathways between parental divorce and adult depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 1289-1308.

242. Rodgers, B. (1996). Reported parental behaviour and adult affective symptoms, 2. Mediating factors. *Psychological Medicine*, *26*, 63-77.

243. Ebrahim, S., Wannamethee, G., McCallum, A., Walker, M., & Shaper, A.G. (1995). Marital status, change in marital status, and mortality in middle-aged British men. *American Journal of Epidemiology*, *142*, 834-842.

244. Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L. & Criqui, M.H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity. *American Psychologist*, *50*, 69-78.

245. Gordon, H. S. & Rosenthal, G. E. (1995). Impact of marital status on outcomes in hospitalised patients. *Archives of Internal Medicine*, *155*, 2465-2471.

246. Andreyeva, T., Michaud, P.C., & van Soest, A. (2007). Obesity and health in Europeans aged 50 years and older. *Public Health*, *121*, 497-509.

247. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Martinez, M., Bonnewyn, A., De Graaf, R., et al. (2008). The relation between body mass index, mental health, and functional disability: A European population perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, *53*, 679–688.

248. Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., et al. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, *20*, 1961–1969.

249. Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C.L., & Anis A.H. (2009) The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 9*, 88.

250. Lopez-Garcia, E., Banegas Banegas, J.R., Gutierrez-Fisac, J.L., Perez-Regadera, A.G., Ganan, L.D., Rodriguez-Artalejo, F. (2003). Relation between body weight and health-related quality of ife among the elderly in Spain. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorder*, *27*, 701–709.

251. Peytremann-Bridevaux, I., & Santos-Eggimann, B. (2008). Health correlates of overweight and obesity in adults aged 50 years and over: results from the Survey of Health. Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Swiss Medical Weekly*, *138*, 261–266.

252. Roberts, R.E., Deleger, S., & Strawbridge, W.J., et al. (2003). Prospective association between,obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, *27*, 514–521.

253. Renehan, A., Tyson, M., Egger, M., Heller, R, Zwahlen, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*, *371*, 569-578.

254. Sternfeld, B., Ngo, L., Satariano, W.A., & Tager, IB. (2002). Associations of body composition with physical performance and self-reported functional limitation in elderly men and women. *American Journal of Epidemiology*, *156*, 110–121.

255. Zhao, G., Ford, E.S., Dhingra, S.T.W., Strine, T.Y.W., & Mokdad, A.H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, *33*, 257–266.

256. Zamboni, M., Mazzali, G., Zoico, E., Harris, T.B., Meigs, J.B., Di Francesco, V., et al. (2005). Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *International Journal of Obesity*, *29*, 1011-1029.

257. Yan, L.L., Daviglus, M.L., Liu, K., Pirzada, A., Garside, D.B., Schiffer, L., et al. (2004). BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Years and older. *Obesity Research*, *12*, 69–76.

258. Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfield, S., et al. (1991). Health Inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet*, *337*, 1387–1393.

259. Damian, L., Ruigomez, A., Pasto,r V., & Martin-Moreno, J. (1999). Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *53*, 412-416.

260. Zhao, J., Barclay, S., Farquhar, M., Kinmonth, A.L., Brayne, C., & Fleming, J. (2010). The Oldest Old in the Last Year of Life: Population-Based Findings from Cambridge City over-75s Cohort Study Participants Aged 85 and Older at Death. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*, 1-11.

261. Jang, Y., Poon, L.W., & Martin, P. (2004). Individual differences in the effects of disease and disability on depressive symptoms: the role of age and subjective health. *International Journal of Aging & Human Development*, *59*, 125-137.

262. Martin, P., Rott, C., Poon, L.W., Courtenay, B., & Lehr, U. (2001). A molecular view of coping behavior in older adults. *Journal of Aging and Health*, *13*, 72-91.

263. Bennett, K.M. (2006). Does marital status and marital status change predict physical health in older adults? *Psychological Medicine*, *36*, 1313–1320

264. Kalediene, R., Petrauskiene, J., & Starkuviene, S. (2007) Inequalities in mortality by marital status during socio-economic transition in Lithuania. *Public Health*, *121*, 385-392.

265. Korenman, S., Goldman, N., & Fu, H. (1997). Misclassification bias in estimates of bereavement effects. *American Journal of Epidemiology*, *145*, 995–1002.

266. Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G.M., & Bocci, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *64*, 77–94

267. Mineau, G.P., Smith, K.R., & Bean, L.L. (2002). Historical trends of survival among widows and widowers. *Social Science & Medicine*, *54*, 245–254.

268. Prigerson, H.G.P., Maciejewski, P.K.P., & Rosenheck, R.A.M.D. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical Care*, *37*, 858–873.

269. Schaefer, C., Quesenberry, C. P., & Wi, S. (1995). Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *American Journal of Epidemiology*, *141*, 1142– 1152.

270. Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status transitions and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, *45*, 81–98.

271. Zick, C.D., & Smith, K.R. (1991). Patterns of economic changes surrounding the death of a spouse. *Journal of Gerontology*: *Social Sciences*, *46*, 310–320.

272. Gove, W.R., Hughes, M., & Style, C.B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 122-131

273. Grabauskas, V., Klumbiene, J., Petkeviciene, J., Dregval, L., Saferis, V., Prättälä, R., et al. (1999). *Health behaviour among Lithuanian adult population, 1998*. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute, 1999.

274. Hemstrom, O. (1996). Is marriage dissolution linked to differences in mortality Risks for Men and Women? *Journal of Marriage and the Family*, *58*, 366–378.

275. Lillard, L.A., & Linda J. Waite, L.J. (1995). Till death do us part: Marital disruption and mortality. *American Journal of Sociology*, *100*, 1131–1156.

276. Rogers, R.G. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, *57*, 515–526.

277. Waite, L., & Gallagher, M. (2000). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially.* New York: Broadway Books.

278. Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, *52*, 1059–1078.

279. Umberson, D., Wortman, C. B., & Kessler, R. C. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 10–24.

280. Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, *28*, 306-319.

281. Krause, N.M., & Jay, G.M. (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, *32*, 930-942.

282. Berkman, L., & I Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

283. Al-Windi, A. (2005). The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *28*, 1-9.

284. Hoedeman, R., Blankenstein, A.H., Krol. B., Koopmans, P.C., & Groothoff. J.W. (2010). The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *20*, 264-273.

285. Ihlebaek, C., Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *30*, 20-29.

286. Field, E., Walker, M. H., & Orrell, M. (2002). Social networks and health of older people living in sheltered housing. *Aging and Mental Health, 6,* 372-386.

287. van der Scheer, E., Boersma, F., & Deeg, D.J. (2003). The health status and health care use of elderly living in sheltered residences. A comparison with independently living elderly. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *34*, 162-167.

288. Walker, M., Orrell, M., Manela, M., Livingston, G., & Katona, C. (1998). Do health and use of services differ in residents of sheltered accommodation? A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*, 617–624.

289. Sha, M.C., Callahan, C.M., Counsell, S.R., Westmoreland, G.R., Stump, T.E., & Kroenke. K. (2005). Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *The American Journal of Medicine***,** *118*, 301-306.

290. Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 245–254.

291. Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, *7*, 265-297.

292. Hovaguimian, T., Grab, B. & Stuckelberger, A. (1988). Psychosocial problems and the health of the elderly with special reference to social isolation. *Danish Medical Bulletin*: *Journal of the Health Sciences Gerontology*, *6*, 2-7.

293. Jerrome, D. (1991). Loneliness: possibilities for intervention. *Journal of Aging Studies*, *5*, 195-208.

294. Alber, J., Delhey, J., Keck, W., Nauenburg, R., Fahey, T., Maître, B., et al. (2004). *Quality of life in Europe: First European quality of life survey 2003*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dubli, Irland.

295. Noll, H.H. (2007). Monitoring the quality of life of the elderly in European Societies. A social indicators approach. In B. Marin & A. Zaidi (Eds.). *Mainstreaming ageing. Indicators to monitor sustainable policies*. England: Ashgate.

296. Anderson, R., Mikuliç, B., Vermeylen, G., Lyly-Yrjanainen, M., & Zigante, V. (2009). *Second European quality of life survey overview*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dubli, Irland.

297. Bond, J.L., & L. Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. Buckingham: Open University Press.

298. Avendano, M. (2009). Educational level and changes in health across Europe: longitudinal results from SHARE. *Journal of European Social Policy*, *19*, 301-316.

299. Bowles, S., Durlauf, S.N., & Hoff, K. (Eds.). (2006). *Poverty traps*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.

300. Drever, F., & Whitehead M. (Eds.) (1997). *Health inequalities. Decennial supplement*. London: Stationery Office. (National statistics series DS No 15.)

301. Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). Social Determinants of Health, 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.

302. Iverson, A., Dyson, C., Smith, N., Greenberg, N., Walwyn, R., Unwin, C., et al. (2005). 'Goodbye and good luck': The mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 480–486.

303. Gretchen A. Brenes, G.A. (2007). Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *9*, 437–443.

304. Gallo, J.J., & Lebowitz, B.D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatric Services*, *50*, 1158-1166.

305. Hornquist, J.O. (1990). Quality of life: concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *18*, 69-79.

306. Montano, C.B. (1999). Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 45-51.

I.N.R.C.A. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani VE II
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)
Italia, Ancona, Via S. Margherita, 5

Polo Scientifico Tecnologico
Dipartimento post acuzie e continuità assistenziale
Centro Studi e Ricerche Economico Sociali per l'invecchiamento