

Il ruolo degli operatori nella prevenzione del maltrattamento: il caso della RSA Comunale ex ONPI di Sarteano

Il maltrattamento in RSA è un tema delicato e complesso, oggetto di studi a livello internazionale ma ancora poco affrontato nel nostro Paese. Si tratta di un fenomeno diffuso, solo in parte attribuibile a responsabilità individuali nella relazione fra operatori e ospiti anziani. L'articolo presenta un'esperienza di prevenzione attivata in una RSA toscana, che sposta il focus dalla formazione al coinvolgimento degli operatori, definendo le misure di prevenzione come processo di apprendimento continuo.

Di Luca Fazzi (professore ordinario, Dipartimento di sociologia e ricerca sociale - Università di Trento), Francesca Mazzetti (responsabile del Settore servizi alla persona, cultura e politiche del turismo - Comune di Sarteano), Alessia Coppola (coordinatrice dei servizi, RSA Comunale ex ONPI di Sarteano), Domenico Caruso (operations manager, RSA Comunale ex ONPI di Sarteano)

Dopo la pandemia da Covid, stanno lentamente aumentando sia la sensibilità nei confronti del maltrattamento, che una certa consapevolezza dell'importanza di adottare misure di prevenzione e gestione del fenomeno. Costruire misure efficaci di prevenzione del maltrattamento è un processo che si profila, tuttavia, non banale; richiede di considerare con attenzione sia le leve del cambiamento, che gli strumenti e i processi atti a supportarlo.

La sfida della prevenzione del maltrattamento in RSA

L'OMS definisce il maltrattamento degli anziani come **qualsiasi atto – intenzionale e non – che produce un danno fisico, psicologico o economico nei confronti degli anziani**. Un numero consistente di studi mostra come il maltrattamento sia un fenomeno sostanzialmente endemico in molte strutture residenziali (Yon, *et al.*, 2019).

Il maltrattamento intenzionale rappresenta la punta dell'iceberg, spesso travisata. Nonostante il maltrattamento intenzionale sia il fenomeno di più forte impatto mediatico, la sua diffusione è considerata molto limitata. **Ciò che preoccupa maggiormente è la diffusione del maltrattamento non intenzionale, costituito da comportamenti e atteggiamenti apparentemente poco rilevanti ma in realtà molto gravi**, come l'infantilizzazione, la svalorizzazione, l'incuria, l'uso eccessivo di contenzioni messo in atto per abitudine procedurale o per scarsa consapevolezza delle conseguenze (Mileski, *et al.*, 2019).

Diversamente da altri Paesi, **in Italia gli studi sul maltrattamento sono ancora sporadici** (Fazzi, 2021). Dopo il periodo Covid la prevenzione del maltrattamento è tuttavia un tema che – pur con fatiche e resistenze – sta lentamente entrando nell'agenda di lavoro di molte RSA. Nella fase attuale il principale focus riguarda la formazione degli operatori. **Nelle analisi sul maltrattamento, il livello operativo risulta quello oggetto di maggiore attenzione, perché è nella dimensione della relazione tra operatori e anziani che si manifestano le forme più frequenti di maltrattamento, anche se queste hanno radici che includono i fattori organizzativi e, a un altro livello, anche le questioni decisionali di policy** (Fazzi, 2023).

Un operatore che dimentica di controllare un pannolone dopo la somministrazione di un medicinale lassativo, per esempio, può essere imputato di incuria, mentre un'igiene delle parti intime eseguita in modo troppo frettoloso non solo rischia di non evitare la macerazione cutanea, ma può creare nell'anziano anche un sentimento di forte disagio, per la violazione inappropriata della sua intimità. Spesso gli operatori sono solo parzialmente consapevoli dei rischi che il maltrattamento si insinui nelle pratiche quotidiane senza che di esso vi sia cognizione o intenzionalità: da qui parte la decisione di aumentare la formazione dedicata al tema della prevenzione.

Opportunità e limiti della formazione

Se effettivamente la formazione è un presupposto fondamentale per aumentare la riflessività e la consapevolezza rispetto al maltrattamento, **un limite evidente degli interventi formativi consiste nel delegare l'intera responsabilità della prevenzione del maltrattamento alla gestione interpersonale della relazione tra operatori e anziani**. Sicuramente il personale debitamente formato può rendersi conto che taluni gesti o parole aumentano il rischio di maltrattamento e può agire di conseguenza la sua sfera di discrezionalità, per correggere le azioni o gli atteggiamenti erranei. La relazione tra operatore e anziano non si realizza tuttavia solo come esito di intenzionalità soggettiva, ma comprende anche una quota di responsabilità organizzativa.

Le organizzazioni sono sistemi di norme e routine che influenzano sia gli orientamenti dei membri che le azioni – e quindi i repertori di competenze – che gli operatori sviluppano e mettono in atto. Per esempio, un'organizzazione fortemente incentrata su procedure standardizzate e controlli spinge il personale in modo sia esplicito che tacito a dare valore alla prestazione, più che alla personalizzazione. In questa prospettiva, **limitare gli interventi di prevenzione alla sola dimensione formativa rischia di creare un effetto “cerino in mano”**, estremamente pericoloso.

Gli operatori, soprattutto se sensibili alla relazione di aiuto, una volta compreso che il maltrattamento prende forma con frequenza e in modo non intenzionale nella pratica quotidiana di cura, possono sentirsi da un lato colpevoli di qualcosa che solo in parte attiene alla loro responsabilità, dall'altro frustrati nel non potere incidere sulle cause strutturali che aumentano il pericolo di mettere in atto comportamenti maltrattanti. **Gli interventi di prevenzione del maltrattamento impostati solo sulla formazione rischiano di ingenerare di conseguenza un cortocircuito emotivo e organizzativo che diventa difficile da gestire e può ingenerare più svantaggi che non benefici, sia nel breve che nel medio periodo**.

Più efficace appare dunque introdurre, oltre alla formazione, cambiamenti strutturali rispetto ai fattori che aumentano il rischio di maltrattamento, introducendo nuove routine lavorative e organizzative che supportino un corretto comportamento degli operatori e promuovano lo sviluppo di nuove culture organizzative.

Il ruolo attivo degli operatori

Le RSA sono spesso organizzate come strutture basate su una divisione gerarchica del lavoro. I dirigenti decidono e controllano e il personale tende a eseguire procedure fortemente influenzate dalla regolazione esterna (in termini di minuti di assistenza, protocolli, sistemi di qualità, ecc.). Gli operatori – OSS, infermieri e fisioterapisti – si collocano su scale di status gerarchico differenziate, ma l'orientamento gestionale delle RSA tende ad assimilare tutte queste professioni a una dimensione prevalentemente operativa, più che strategica e progettuale.

In realtà, **il personale operativo – oltre a svolgere compiti di cura e assistenza – ricopre all'interno**

dell'organizzazione una importante funzione di “punto di vista periferico”. Nelle organizzazioni i punti di vista periferici sono le prospettive, le conoscenze e le opinioni di chi opera tradizionalmente sul confine, come i dipendenti di livello operativo addetti all'assistenza e alla cura che interfacciano quotidianamente i bisogni e il vissuto degli ospiti.

Molte organizzazioni – specialmente quelle di impostazione gerarchica come le RSA – tendono a filtrare le informazioni verso l'alto. In questo modo viene dato poco spazio alle voci periferiche, che presidiano nella quotidianità snodi particolarmente strategici, difficili da individuare da posizioni gerarchicamente superiori, creando conseguentemente dei punti critici che rendono difficile adattare l'organizzazione e affrontare i problemi.

La funzione dei punti di vista periferici appare particolarmente rilevante quando si parla di prevenzione del maltrattamento. Se non si è collocati sul livello operativo, la gran parte del maltrattamento nelle RSA avviene in modo poco visibile e persino difficile da comprendere, sia nelle sue manifestazioni che nei meccanismi di riproduzione.

L'infantilizzazione, per esempio, si concretizza in gesti e parole che sfuggono al controllo sulle procedure; le contenzioni – una volta prescritte – sono applicate con grande discrezionalità dagli operatori; i bagni assistiti, effettuati senza valutare lo stato cognitivo degli ospiti in quel momento, possono risultare eseguiti in modo congruo con il calendario ma creare situazioni di fortissimo stress e tensione, che sfociano in stratonamenti, forzature e insulti, senza che ciò sia sempre compreso a livelli dirigenziali.

Per la condizione di prossimità sia fisica che psicologica agli ospiti, gli operatori sono figure molto importanti per la prevenzione del maltrattamento. Una volta formati e consapevoli delle diverse forme che può assumere il maltrattamento, possono essere i primi a individuare sia gli episodi di maltrattamento, che i meccanismi che possono aumentarne o ridurne la diffusione. Inoltre, **il coinvolgimento attivo degli operatori è importante per evitare che le misure di prevenzione del maltrattamento siano percepite in chiave meramente punitiva e non di miglioramento, generando paure e resistenze ad agire in modo propositivo per la risoluzione delle diverse problematiche.**

L'esperienza della RSA ex ONPI di Sarteano

Nel nostro Paese gli interventi organici per affrontare il tema del maltrattamento in RSA sono recenti e possono concretizzarsi con un programma articolato, comprendente ad esempio la formazione del personale, lo sviluppo di strumenti e processi di selezione e gestione del personale, il coinvolgimento, l'accompagnamento e la supervisione del personale (Cantarella, Fazzi, 2025).

L'esperienza della RSA ex ONPI di Sarteano, in provincia di Siena, **è una delle prime che integrano il ruolo attivo degli operatori nella costruzione e realizzazione di misure di prevenzione del rischio di maltrattamento.** La RSA è una struttura di piccole dimensioni, con 60 posti autorizzati (42 per non autosufficienti e 18 per autosufficienti); sono presenti 30 operatori fra infermieri, OSS, educatori e fisioterapisti. La gestione e la direzione sono Comunali, mentre una parte consistente di servizi – compreso il coordinamento – sono affidati a una cooperativa sociale, tramite appalto.

L'idea della necessità di un intervento di prevenzione del maltrattamento nasce a fine 2025, su sollecitazioni della direzione della struttura, preoccupata dall'elevato turnover degli operatori e da alcuni episodi di allerta legati ai carichi di stress e alla difficoltà di gestione di ospiti multiproblematici. Il progetto si è articolato nelle seguenti fasi:

1) la formazione al personale;

2) la realizzazione di focus groups, per individuare i meccanismi che favoriscono il maltrattamento all'interno dei processi di lavoro e i temi prioritari rispetto a cui intervenire

3) la costituzione di un gruppo di progetto, per elaborare azioni di miglioramento.

Tabella 1 – Le fasi del progetto

Fase	Numero soggetti coinvolti	Modalità	Tempistica
Formazione al personale	24 operatori	3 gruppi multiprofessionali, in presenza	febbraio-marzo 2026
Focus groups	16 operatori	In presenza, con accompagnamento facilitazione	marzo-aprile 2026
Progettazione di misure di intervento strutturale	8 operatori e 1 coordinatore	In presenza e online, con accompagnamento facilitazione	maggio-giugno 2026

La formazione al personale

La formazione è stata erogata da parte di un consulente esterno. Durante le sessioni, della durata di circa due ore e mezzo ciascuna, **sono state presentate le diverse dimensioni del maltrattamento: fisico, sessuale, psicologico, emotivo, economico. Sono stati proposti e discussi episodi di vita quotidiana in RSA**, come uno stratonamento quale reazione a un comportamento aggressivo di un ospite con demenza, una battuta svilente riguardante la sfera sessuale, una conversazione infantilizzante, una somministrazione farmacologica in ritardo e su sollecitazione di un familiare.

Ciascun episodio è stato collocato in un orario specifico della giornata, in modo da evidenziare la continuità del maltrattamento che avviene, nella grandissima parte delle situazioni, in modo non intenzionale e poco consapevole. **Le sessioni formative sono terminate evidenziando gli indicatori delle diverse forme di maltrattamento e le diverse cause collegate al rischio di maltrattamento, comprendenti le caratteristiche degli ospiti, le caratteristiche del personale e i fattori organizzativi.**

Il messaggio che è stato trasmesso è che per affrontare il maltrattamento è fondamentale vi sia consapevolezza e un approccio al miglioramento sia delle competenze degli operatori, che delle condizioni strutturali del servizio, evitando di collocare il fenomeno in una prospettiva sanzionatoria e punitiva, proprio per la sua natura largamente non consapevole e non malevola.

La realizzazione dei focus groups

La seconda fase del processo si è svolta un paio di settimane dopo il termine della formazione, con due focus groups della durata di due ore e mezzo cadauno; hanno partecipato, su base volontaria, 16 tra OSS, infermieri, la fisioterapista e la coordinatrice della struttura. I focus groups, facilitati e condotti da un professionista esterno, hanno messo in evidenza una

serie di fattori correlati all'aumento di rischio di maltrattamento.

I due temi reputati dal personale come prioritari da affrontare, anche per episodi recenti che hanno evidenziato problematicità e per la concreta possibilità di proporre soluzioni di miglioramento, sono stati:

- **il passaggio di consegne affidato a una piattaforma informatica**, che gli operatori utilizzavano in modo procedurale e poco efficace per trasmettere informazioni significative ai colleghi del turno successivo;
- **la gestione dei nuovi ingressi degli ospiti in RSA**, impostata sulla raccolta di informazioni parcellizzate e non focalizzata – oltre che sui deficit – anche sulla storia e sull'identità delle persone, con il rischio di disconoscimento di importanti fattori psicologici e sociali fondamentali per la qualità della vita degli anziani durante la permanenza in struttura.

Il passaggio di consegne è risultato uno dei nodi chiave per spiegare diversi episodi di maltrattamento: se le consegne sono trasmesse su piattaforma, diventa dirimente la qualità dell'informazione. Nonostante il personale fosse stato a suo tempo formato, molti operatori compilavano i campi con informazioni poco utili o ridondanti, incentivando un uso superficiale e formalistico dello strumento. Accadeva così che gli operatori del turno pomeridiano non erano informati – o lo erano solo parzialmente – sullo stato degli ospiti nel turno precedente e dovevano gestire situazioni di grande stress, con il rischio di reagire in modo aggressivo o di trascurare i bisogni degli anziani, per mancanza di informazioni adeguate.

Dopo che nella formazione si era parlato dei rischi di parcellizzazione e sottovalutazione degli aspetti psicologici e identitari degli anziani, **il processo di ingresso dei nuovi ospiti è stato individuato come una sorta di ripresa fotografica, attraverso cui vengono scattate le immagini che influenzeranno la gran parte del lavoro di assistenza e cura successivo.**

Innanzitutto, i colloqui erano condotti in fasi successive dai diversi professionisti (infermiere, educatore), che fornivano relazioni separate e frammentate sulla condizione degli anziani. Inoltre, la grande parte delle informazioni era concentrata sui deficit e rispondeva più alle logiche interne del servizio, che non a fornire informazioni sulle persone comprensive di storia, preferenze pregresse e abitudini dei futuri ospiti, orientando di conseguenza implicitamente l'attenzione del personale solo verso alcuni aspetti e sottovalutando dimensioni fondamentali per comprendere i bisogni e le attese degli anziani.

La progettazione delle misure di prevenzione

La terza fase dell'intervento è stata realizzata costituendo un gruppo multiprofessionale di lavoro, composto da 8 operatori e la coordinatrice della struttura; il gruppo è stato accompagnato dallo stesso professionista esterno che aveva gestito la formazione e i focus groups.

Per la riorganizzazione delle consegne – con l'obiettivo di rendere l'informazione coordinata e comprensibile e consentire agli operatori di garantire continuità di cura e assistenza, riducendo stress e rischi di incuria – **sono state analizzate le schede di alcuni ospiti. Si è discusso insieme sui contenuti delle informazioni riportate**, per comprendere quale era il significato attribuito alle stesse dalle diverse figure professionali, i problemi di comprensione e i motivi per cui venivano o meno lette e utilizzate nella pratica.

Sono stati individuati i messaggi più critici – in termini di ridondanza, difficoltà di comprensione, livello di equivocità, scarsa utilità per le diverse figure professionali – e, a seguire, partendo dagli stessi è stato svolto un lavoro con i partecipanti al gruppo di lavoro finalizzato a **individuare correttivi e forme di comunicazione intelleggibili, significative e di interesse**

per le diverse figure professionali.

I colloqui di ingresso sono stati invece affrontati nella duplice ottica di rendere il processo di costruzione della fotografia dell'ospite non frammentata tra i diversi professionisti (infermiere, educatore, ecc.) e di **definire una linea guida dei colloqui finalizzata a raccogliere informazioni riguardanti anche la storia e le preferenze dei futuri ospiti, in modo da ridurre il rischio di disconoscimento identitario.**

Il risultato del lavoro di progettazione si è concretizzato in **due linee guida per la gestione delle consegne e dei colloqui di primo ingresso, validate dal personale e dalla direzione della struttura.**

A conclusione del percorso è stata emanata da parte del dirigente della struttura una determinazione di servizio, che ha formalizzato le linee guida sia per la compilazione delle schede individualizzate e delle consegne, che per lo svolgimento del primo ingresso e la relativa raccolta e gestione delle informazioni sugli ospiti. **Le linee guida comprendono anche gli indicatori e i tempi per il monitoraggio e la valutazione dell'applicazione delle nuove pratiche, in modo da favorire il miglioramento continuo e la loro istituzionalizzazione in routine organizzative**, a sostegno di una nuova cultura della prevenzione del maltrattamento.

Considerazioni finali

Il progetto mette in luce l'importanza di coinvolgere il personale per individuare misure di prevenzione del maltrattamento. Il contributo attivo del personale:

- 1) ha aiutato ad affrontare il tema del maltrattamento non in chiave difensiva – come tipicamente accade se la responsabilità è attribuita ai singoli individui – ma propositiva;
- 2) ha permesso di individuare dei nodi organizzativi pratici da correlare al rischio di maltrattamento;
- 3) ha ingaggiato il personale come parte attiva e motivata dell'implementazione delle misure individuate in modo condiviso per affrontare il fenomeno, introducendo routine e procedure che impattano sulla stessa cultura organizzativa dell'ente.

Un intervento impostato sulla valorizzazione del ruolo degli operatori introduce elementi di forte innovazione nel modo con cui il tema della prevenzione al maltrattamento è attualmente affrontato. Inoltre, sposta la discussione sul piano decisivo dell'organizzazione: questa rappresenta una leva strategica fondamentale, per cercare di gestire in modo efficace il fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

Cantarella A., Fazzi L. (2025), *Prevenzione del maltrattamento in RSA: l'esperienza della Cooperativa Socioculturale S.C.S.*, in I luoghi della cura, n. 3.

Fazzi L. (2021), *Il maltrattamento degli anziani in RSA. Analisi del fenomeno, strumenti per l'individuazione, strategie di*

prevenzione, Maggioli.

Fazzi L. (2023), *Che cosa intendiamo quando parliamo di maltrattamento degli anziani nelle strutture residenziali?*, in I luoghi della cura, n. 1.

Mileski M., Lee K., Bourquard C., Cavazos B., Dusek K., Kimbrough K., Sweeney L., McClay R. (2019), *Preventing the abuse of residents with dementia or Alzheimer's disease in the long-term care setting. A systematic review*, in Clinical Interventions in Aging, 14:1797-1815.

Yon Y., Ramiro-Gonzalez M., Mikton C.R., Huber M., Sethi D. (2019), *The prevalence of elder abuse in institutional settings. A systematic review and meta-analysis*, in European Journal of Public Health, 29(1):58-67.