UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

LA SOLITUDINE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO TERMINALE RILEVATA NEGLI HOSPICE E A DOMICILIO: uno studio osservazionale trasversale

Relatore: Dott. Vedovetto Alessio

Laureanda: De Gregori Mariaelena

Matricola n°: 2090668

Anno accademico 2024/2025

INDICE

ABSTRACT ..... pag. 3

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE ..... pag. 5

1.1 Descrizione epidemiologica ..... pag. 5

1.2 Quadro normativo ..... pag. 6

1.3 Bisogni principali ..... pag. 7

1.4 Solitudine nel paziente oncologico terminale ..... pag. 8

1.5 Effetti negativi della solitudine ..... pag. 9

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI ..... pag. 11

2.1 Obiettivo dello studio ..... pag. 11

2.2 Variabili indipendenti ..... pag. 11

2.3 Disegno di ricerca ..... pag. 11

2.4 Setting ..... pag. 11

2.5 Campione ..... pag. 11

2.6 Strumenti di ricerca ..... pag. 12

2.6.1 UCLA Loneliness Scale ..... pag. 13

2.7 Raccolta dati ..... pag. 14

2.8 Analisi dei dati ..... pag. 15

CAPITOLO 3: RISULTATI ..... pag. 17

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE ..... pag. 23

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI ..... pag. 27

BIBLIOGRAFIA .....

ALLEGATI .....

ABSTRACT

Introduzione: Nel fine vita, i pazienti oncologici affrontano cambiamenti profondi, come il declino fisico, la riduzione delle reti sociali e la consapevolezza della morte, che possono generare forme di solitudine sociale, emotiva ed esistenziale. Studi evidenziano che, una volta compresa la prognosi, alcuni pazienti tendono all'isolamento o a limitare le interazioni solo a pochi momenti significativi. La solitudine è spesso legata all'assenza di visitatori e può essere influenzata dalla qualità delle relazioni familiari e dalla condivisione della prognosi. Si tratta di un vissuto soggettivo e doloroso, che aggrava il rischio di provare disperazione, ansia e sensazioni di vulnerabilità.

Obiettivo: Questa ricerca mira ad indagare le caratteristiche e la diffusione della percezione di solitudine tra i pazienti oncologici terminali assisiti a domicilio o in hospice.

Materiali e Metodi: È stato somministrato dal personale infermieristico un questionario a una popolazione di pazienti oncologici in fase terminale, seguiti da AVAPO e presso un hospice di una struttura privata. Lo studio, di tipo osservazionale, ha raccolto dati quantitativi sulla solitudine percepita e su possibili determinanti di salute correlati.

Risultati: Dall'analisi dei dati è emersa una differenza significativa tra i due contesti: i pazienti in hospice hanno riportato livelli di solitudine percepita superiori rispetto a quelli assistiti a domicilio. Tra le variabili indagate non sono emerse altre relazioni significative. Tuttavia, la frequenza delle visite familiari si è rivelata un possibile fattore di mitigazione della solitudine, pur senza raggiungere la significatività statistica.

Discussione: I risultati suggeriscono che il contesto assistenziale incida sulla percezione della solitudine, con l'ambiente domestico che favorisce una minore sensazione di isolamento. La presenza costante dei familiari, in particolare, sembra avere un impatto positivo, soprattutto nei contesti come l'hospice.

Conclusione: Il luogo di cura e la qualità delle relazioni sociali e familiari emergono come elementi centrali nella percezione della solitudine nei pazienti terminali. Nonostante il numero limitato di contesti coinvolti rappresenti un limite, lo studio offre spunti di riflessione sull'importanza di promuovere modelli assistenziali che preservino la dimensione relazionale del paziente, valorizzando l'ambiente domiciliare come luogo privilegiato nelle fasi finali della vita.

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

1.1 Descrizione epidemiologica

La nascita delle cure palliative, il cui termine deriva dalla parola latina *pallium*, che significa "protezione", si deve a Cicely Saunders, infermiera che ha dato vita alla diffusione degli Hospice, sottolineando l'importanza di questo tipo di cure nella medicina moderna, per assistere i malati terminali fino alla fine della loro vita nel modo più confortevole possibile. (1)

Le cure palliative, ad oggi, sono definite dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come un approccio che migliora la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie, che si trovano a dover affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore, e di altre problematiche di natura fisica, spirituale, psicologica e sociale. Lo scopo delle cure palliative, quindi, non è quello di accelerare né ritardare la morte, ma di preservare la migliore qualità di vita possibile fino alla fine, anche quando l'aspettativa è ancora importante. (2)

Si stima che, nel mondo, ogni anno circa 56.8 milioni di persone necessitano della rete di cure palliative. (3)

Nel 2024, in Italia, 550 mila persone hanno usufruito delle cure palliative, un bisogno sempre più sentito; di questi, il 60% soffrono di patologie croniche degenerative non oncologiche (malattie cardiovascolari, Parkinson, Alzheimer, demenza, …) e il restante 40% soffrono di patologie oncologiche. (4)

Nel nostro Paese, quindi, ogni anno le persone che soffrono di patologie oncologiche e che necessitano delle cure palliative sono circa 180 mila. Le diagnosi più comuni che richiedono spesso questo tipo di trattamento sono: il carcinoma della mammella, il carcinoma del colon-retto, il carcinoma polmonare, il carcinoma prostatico, il carcinoma della vescica e il carcinoma al pancreas. (5)

Si stima che, ad oggi, 1 persona su 4 usufruisce del sistema di cure palliative, e la percentuale si abbassa ulteriormente nei bambini; tra i principali motivi di questa carenza c'è la fragilità dell'assistenza domiciliare: le cure palliative fanno parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ma tuttavia, nel nostro Paese, ci sono ancora delle Regioni che

risultano sprovviste di questo servizio. Quindi, a volte, si rende necessario trasferire i pazienti dalle proprie case in strutture specializzate, come gli Hospice. (6)

1.2 Quadro normativo

In Italia, le normative che regolamentano il panorama delle cure palliative sono relativamente recenti, tanto che solo nel 1999 sono state ufficialmente inserite e riconosciute nel nostro Sistema Sanitario Nazionale. Sono state tappe fondamentali le Leggi 39/1999 e 38/2010 per affermare il diritto delle cure palliative in tutto il nostro Paese. (7)

Tra il 1998 e il 2000, uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, era quello di migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita; una risposta razionale e politicamente efficace ha condotto all'emanazione della Legge 39/1999, che ha delineato il quadro organizzativo delle cure palliative avviando il processo di diffusione degli Hospice in Italia. (8)

La Legge 38/2010, introdotta il 15 marzo 2010, sancisce le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Si tratta di una legge quadro, una delle prime adottate in Europa, che ha riscontrato il consenso dei professionisti, esperti, organizzazioni no-profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione. Va sottolineato il carattere innovativo di questa legge, che si pone a tutela della dignità della persona, il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore di ciascuno, esplicitando un approccio universalistico e che si fa carico dell'uguaglianza della persona. La Legge ha introdotto delle profonde innovazioni, tra cui:

- La ridefinizione dei modelli assistenziali
- La creazione di specifiche reti assistenziali
- L'attenzione alla specificità pediatrica
- La semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore

Con questa Legge, la sofferenza non è più un aspetto inevitabile della malattia, ma è una dimensione che va affrontata con serietà e sistematicità, in tutte le fasi e in ogni setting d'assistenza. (9)

Un altro momento fondamentale nello sviluppo delle cure palliative in Italia è stato il riconoscimento di esse nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), con il DPCM pubblicato il 18 marzo 2017, per cui lo Stato e le Regioni devono fornire, gratuitamente, alla popolazione, un modello assistenziale in rete, garante della qualità di vita e della dignità della persona. (10)

Oltre alle normative nazionali, però, vanno tenute in considerazione anche le specifiche norme regionali.

In particolare, in Veneto, è stata pubblicata la Legge Regionale n° 7 del 19 marzo 2009 che sancisce le disposizioni per garantire le cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore. È la prima norma regionale specifica sulle cure palliative e la terapia del dolore in Veneto, ed è importante perché definisce gli obiettivi assistenziali, rete territoriale e hospice, con tutela specifica del malato terminale e di programmi regionali di sviluppo, favorendo la domiciliarità e riduzione di ricoveri inappropriati. (11)

Un'altra Legge importante in Veneto è la Legge Regionale n° 23 del 29 giugno 2012, che integra e rafforza le disposizioni della L.R. 7/2009, alla luce anche della Legge Statale n° 38/2010; quest'ultima prevede obiettivi specifici per l'erogazione delle cure palliative, favorendo una continuità tra domicilio e ospedale, con monitoraggio tramite flussi informativi e schede operative. (12)

Infine, sono importanti anche le Deliberazioni della Giunta Regionale (DGR) n° 2145/2013, n° 429/2017, n° 1425/2021 e n° 741/2022 perché hanno garantito l'implementazione operativa, il controllo della qualità, la formazione del personale e la certificazione professionalizzante per gli operatori sanitari coinvolti. (13)

1.3 Bisogni principali

Ogni persona vive il termine della propria esistenza in modo diverso, caratterizzata da esigenze diverse sia per quanto riguarda l'informazione, ovvero quanto il paziente sa, vuole sapere, quanto i familiari gli dicono, sia per quanto concerne il sostegno fisico e psicologico. (14)

I pazienti affetti da cancro in fase avanzata subiscono un progressivo deterioramento fisico e psicologico, un processo che porta gradualmente alla morte. Nel corso della progressione

della malattia, i pazienti sviluppano un nuovo stile di vita e nuove abitudini, che si traducono in bisogni mutevoli in base alle loro condizioni fisiche e alla situazione sociale. Se questi bisogni non vengono soddisfatti, possono avere un forte impatto negativo sulla qualità di vita del morente. (15)

Nello studio di Morasso et al. del 1999 vengono individuati 11 bisogni principali, i quali appartengono a diverse aree:

- Psicologica (supporto emotivo, auto-realizzazione, vicinanza emotiva, comunicazione, funzione occupazionale)
- Salute (controllo dei sintomi, nutrizione e sonno)
- Strumentale (cura della persona)
- Finanziaria e informativa

Se questi bisogni non vengono soddisfatti, i pazienti mostrano un maggior disagio psicologico e sintomatologico; infatti, nello studio di Vachon et al. nel loro rapporto sui bisogni dei pazienti oncologici terminali, hanno riscontrato che i bisogni non soddisfatti in termini di benessere emotivo, relazioni sociali e adattamento alla malattia erano associati ad alti livelli di disagio. In letteratura è riportato, inoltre, che i disturbi psichiatrici ed emotivi aumentano con il declino della prognosi. (15)

1.4 Solitudine nel paziente oncologico terminale

Il declino dello stato di salute, la riduzione delle reti sociali, la perdita dei ruoli sociali e la paura della morte sono situazioni comuni per le persone affette da cancro nel fine vita, che possono avere implicazioni sulla solitudine sociale, emotiva ed esistenziale. (16)

Nello studio condotto da Çıracı et al. i pazienti, dopo aver capito che non sarebbero guariti, tendevano a isolarsi o a vivere solo il tempo necessario per vedere persone importanti o un evento. (17)

Possiamo dire che la solitudine è legata alla situazione attuale della persona malata. Essa è presente nella maggior parte dei pazienti senza visitatori; le visite al malato e il coinvolgimento della famiglia sono una parte importante della terapia. (17)

Gli infermieri dovrebbero considerare i sentimenti di solitudine quando si occupano dei pazienti, ascoltarli e fare domande di supporto. È importante, quindi, che gli operatori

sanitari, ed in particolare gli infermieri, siano in grado di giudicare quanto un paziente si senta solo, al fine di fornire le cure necessarie. (18)

La solitudine, quindi, è un'esperienza spiacevole, e di solito accompagnata da una maggiore propensione a lasciarsi turbare da eventi esterni negativi, senso di disperazione e ansia per il futuro; pertanto, è importante valutare la solitudine nei pazienti oncologici terminali. (19)

1.5 Effetti negativi della solitudine

La solitudine è un sentimento soggettivo, che può colpire profondamente chiunque, ma quando si è costretti ad affrontare una malattia grave, come il cancro, questa sensazione può diventare particolarmente opprimente. Nonostante la presenza fisica di altre persone, molti pazienti oncologici si sentono soli nel loro percorso di cura, un isolamento che amplifica il loro malessere e la sofferenza. (20)

Si può avere la sensazione di essere esclusi da esperienze che prima della malattia si facevano con gli altri, di non essere compresi, di essere distanti anche dalle persone che dovrebbero essere più vicine. A volte, paradossalmente, proprio la fine dei trattamenti può coincidere con un'intensificazione del senso di solitudine; per questo è importante avere qualcuno con cui condividere l'esperienza della malattia. (21)

Si può dire anche che, nelle persone con una patologia oncologica nel fine vita, sia l'isolamento sociale che la solitudine sono significativamente associati ad un aumento del rischio di mortalità; nello specifico si sono evidenziati dei tassi di mortalità specifica per cancro più elevati nelle donne che soffrono di cancro al seno a causa dell'isolamento sociale. (22)

Un problema che ad oggi giorno, in Italia, non è da poco, è che 1 paziente oncologico su 3 non ha un aiuto psicologico, è lasciato alla sua depressione e agli elevati costi delle cure. (23)

Da uno studio condotto da Christine Miaskowski, pubblicato il 27 aprile 2021, è anche emerso che la pandemia di COVID-19 ha aumentato il sentimento di solitudine e l'isolamento sociale nei pazienti oncologici, soprattutto quelli che vivevano soli; questi sentimenti erano associati anche a sintomi più gravi, come ansia, depressione, fatigue, disturbi del sonno, disfunzioni cognitive e dolore. (24)

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo dello studio

Questa ricerca mira ad indagare le caratteristiche e la diffusione della percezione di solitudine tra i pazienti oncologici terminali assisiti a domicilio o in hospice.

2.2 Variabili indipendenti

Nel contesto della letteratura scientifica, alcune variabili, quali la frequenza delle visite ricevute, lo stadio di avanzamento della malattia e l'adeguatezza del supporto familiare, sono state identificate come variabili indipendenti potenzialmente associate all'insorgenza del sentimento di solitudine nei pazienti. Questi fattori sembrano influenzare, seppur in misura diversa, la comparsa e l'intensità soggettivamente percepita della solitudine. È opportuno precisare, tuttavia, che tali variabili non possono essere considerate né condizioni necessarie né sufficienti per la manifestazione del fenomeno. La solitudine, infatti, si configura come una condizione complessa e multidimensionale, la cui origine è da ricondurre all'interazione dinamica di molteplici determinanti individuali, relazionali, contestuali, piuttosto che all'azione isolata di singoli fattori. (17)

2.3 Disegno di ricerca

Per questo tipo di ricerca è stato utilizzato uno studio osservazionale trasversale attraverso la somministrazione di un questionario.

2.4 Setting di ricerca

La ricerca è stata condotta presso l'AVAPO di Mestre, l'AVAPO di Venezia e l'Hospice Intraospedaliero del Policlinico San Marco a Mestre. Il questionario è stato somministrato dal personale infermieristico che presta servizio presso queste reti delle cure palliative.

2.5 Campione di ricerca

Il campione del presente studio è costituito da 68 pazienti. Sono stati inclusi tutti i soggetti che hanno aderito volontariamente allo studio nel periodo di riferimento, senza operare ulteriori selezioni o esclusioni, al fine di garantire una rappresentatività quanto più ampia possibile della popolazione disponibile. In particolare, sono stati considerati anche pazienti con un indice di Karnofsky inferiore a 40, con l'obiettivo di valutare l'eventuale

correlazione tra il grado di decadimento cognitivo e la percezione della solitudine. L'inclusione di questi pazienti ha permesso di approfondire il ruolo della compromissione funzionale grave in relazione agli aspetti psico-emotivi, contribuendo a una lettura più completa e articolata dei dati raccolti.

2.6 Strumenti di ricerca

La raccolta dati è stata effettuata nel periodo tra i mesi di luglio e agosto 2025. In tale arco di tempo, è stato avviato un processo di contatto e selezione delle strutture sanitarie candidate a partecipare allo studio. Nello specifico, è stato proposto un colloquio conoscitivo con i referenti di ciascuna struttura, finalizzato a illustrare in modo chiaro e dettagliato gli obiettivi della ricerca, le modalità di somministrazione del questionario e le tempistiche previste per l'intera attività.

Il questionario predisposto per la fase di rilevazione dei dati è stato sottoposto a valutazione da parte del personale coinvolto. L'equipe multidisciplinare di ciascun servizio, composta da infermieri, medici, assistenti sociali e psicologi, ha successivamente preso parte a una riunione interna volta a esaminare la proposta progettuale e decidere in maniera condivisa sull'eventuale adesione allo studio. Tale approccio ha garantito non solo la trasparenza e la partecipazione attiva degli operatori, ma anche il rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole strutture.

In totale, sono state contattate quattro strutture assistenziali. Tra queste, tre hanno espresso parere favorevole alla partecipazione e hanno formalmente aderito al progetto. Prima di procedere con la somministrazione dei questionari, i referenti delle strutture coinvolte hanno esaminato con attenzione le cartelle cliniche dei pazienti presenti, al fine di individuare, attraverso criteri condivisi e coerenti con gli obiettivi della ricerca, i soggetti ritenuti più idonei alla compilazione. Nella selezione, è stato preso in considerazione anche l'indice di Karnofsky, strumento utile per valutare il grado di autonomia e lo stato funzionale dei pazienti, con l'obiettivo di garantire che i partecipanti fossero in grado di comprendere e rispondere consapevolmente alle domande del questionario.

La somministrazione del questionario è stata effettuata dagli infermieri in servizio, secondo modalità che ne garantissero l'anonimato e la riservatezza, in linea con i principi etici della ricerca e con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Lo strumento

utilizzato per la raccolta delle informazioni prevedeva due sezioni: la prima era finalizzata alla rilevazione di dati generali, di tipo sociodemografico (quali età, sesso, stato civile, …), mentre la seconda comprendeva tre item estratti dalla versione breve della UCLA Loneliness Scale, una scala validata e ampiamente utilizzata in letteratura per la misurazione del senso di solitudine percepita.

Infine, tutti i dati raccolti sono stati inseriti in un database Excel, successivamente esportato e analizzato utilizzando software specifici per l'analisi statistica, come -R-.

2.6.1 UCLA Loneliness Scale

La UCLA Loneliness Scale rappresenta uno degli strumenti psicometrici più diffusi e utilizzati a livello internazionale per la misurazione del senso soggettivo di solitudine. (25)

Tale scala è stata sviluppata nel 1978 da Daniel Russell, Letitia Peplau e Carolyn Cutrona presso l'Università della California a Los Angeles, con l'obiettivo di costruire uno strumento quantitativo affidabile, capace di cogliere le sfumature del vissuto individuale di solitudine, concettualizzato come discrepanza percepita tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettivamente disponibili. (25)

La versione originaria della scala comprendeva 20 item formulati in maniera negativa, a cui i soggetti erano chiamati a rispondere indicando la frequenza con cui sperimentavano determinate emozioni o situazioni legate alla solitudine. Tuttavia, nel corso degli anni, la scala ha subito diverse revisioni, volte a migliorarne l'accuratezza, la sensibilità e l'adattabilità a differenti contesti culturali e clinici. (25)

La prima revisione significativa è datata nel 1980, quando gli autori introdussero una formulazione bilanciata degli item, includendo 10 item con formulazione negativa e 10 con formulazione positiva. Tale modifica si rese necessaria per ridurre il rischio di bias di risposta legati all'unidirezionalità degli enunciati, fenomeno che può condizionare la validità delle risposte da parte dei partecipanti. (26)

Successivamente, nel 1996, Russell propose un'ulteriore revisione, la UCLA Loneliness Scale Version 3, che mirava a rendere lo strumento ancora più accessibile e comprensibile, in particolare per la popolazione anziana. In questa versione venne adottato un linguaggio semplificato, furono eliminate le doppie negazioni, e gli item furono riformulati a partire dalla frase introduttiva *"How often do you feel…"*, con risposte basate su una scala Linkert

a 4 punti, da *"never"* a *"always"*. Questi cambiamenti hanno contribuito a migliorare la chiarezza degli item e la qualità delle risposte fornite, aumentando la validità dello strumento nei contesti applicativi. (25)

A partire da questa terza versione, sono state elaborate anche versioni abbreviate della scala, con l'obiettivo di facilitarne l'uso in contesti in cui il tempo a disposizione per la somministrazione è limitato, oppure in popolazioni cliniche o vulnerabili per le quali un questionario breve è più preferibile. Tra queste, si segnalano una versione a dieci item e, più recentemente, una versione ancora più corta a tre item. (27)

La scala ha conosciuto una diffusione vasta e una validazione internazionale, essendo stata tradotta e adattata in numerosi contesti culturali, tra cui Canada, Turchia, Italia, Iran e Giappone. Queste validazioni interculturali hanno evidenziato una buona coerenza interna, struttura fattoriale stabile e adeguata validità di costrutto, e una ulteriore conferma della robustezza dello strumento. (27)

In Italia, la versione a tre item della UCLA Loneliness Scale, impiegata nel presente studio, è stata oggetto di una recente validazione a cura di Rossella Bottaro, Giusy Danila Valenti e Palmira Faraci. Lo studio condotto presso l'Università Kore di Enna in collaborazione con l'Università di Palermo, ha analizzato in modo approfondito le proprietà psicometriche della scala in un ampio campione di adulti italiani. Gli autori hanno replicato un modello a tre fattori attraverso l'impiego dell'Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM), una metodologia particolarmente adatta per esplorare la struttura latente di costrutti psicologici complessi. I risultati hanno confermato l'adeguata validità convergente e discriminante dello strumento, sottolineando al contempo alcune criticità legate all'uso di versioni abbreviate preesistenti, la cui struttura fattoriale risulta talvolta incoerente o instabile in contesti differenti da quelli di origine. (27)

L'utilizzo della versione italiana a tre item della UCLA Loneliness Scale in questo studio si fonda quindi su solide basi scientifiche, rendendola uno strumento idoneo per la rilevazione del livello di solitudine percepita nei soggetti coinvolti nella presente ricerca.

2.7 Raccolta dei dati

La raccolta dei dati e valutazione tramite questionario dei pazienti oncologici terminali sono state effettuate con la collaborazione dei Coordinatori Infermieristici e del personale

infermieristico delle strutture coinvolte nello studio. La popolazione è stata selezionata sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione previsti dallo studio, nel rispetto dell'anonimato e della riservatezza, in conformità con i principi etici della ricerca e con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, previo ottenimento del consenso informato.

2.8 Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati inseriti in un database Excel al fine di permettere una comparazione e successivamente analizzati secondo statistiche descrittive parametriche e non parametriche (test di Mann-Whitney U) in base al tipo di dato analizzato. La significatività statistica si avrà per $p\text{-}value < 0.05$.

CAPITOLO 3: RISULTATI

Il campione totale è composto da 68 pazienti, di cui 29 in hospice e 39 a domicilio.

Le caratteristiche della popolazione sono descritte nella *Tabella I*.

Variabili	*Domicilio*	*Hospice*	*p-value*
Genere			
Maschile	14 (35.9)	11 (37.9)	1.000
Femminile	25 (64.1)	18 (62.1)	
Scolarizzazione			
Elementari	15 (38.5)	16 (55.2)	0.011
Medie	6 (15.4)	9 (31.0)	
Superiori	9 (23.1)	4 (13.8)	
Università	9 (23.1)	0 (0.0)	
Età media	73	73	0.070
Stato civile			
Nubile/Celibe	6 (15.4)	9 (31.0)	0.265
Coniugata/o	24 (61.5)	13 (44.8)	
Vedova/o	9 (23.1)	7 (24.1)	
Luogo Ricovero			
AVAPO Ve	23 (59.0)	0 (0.0)	< 0.001
AVAPO Me	16 (41.0)	0 (0.0)	
Hospice PSM	0 (0.0)	29 (100.0)	
Caregiver			
Esterno (amico/a)	2 (5.1)	0 (0.0)	0.024
Esterno (badante)	9 (23.1)	1 (3.4)	
Familiare	28 (71.8)	27 (93.1)	
Nessuno	0 (0.0)	1 (3.4)	
Frequenza visite			
Giornalmente	13 (33.3)	20 (69.0)	< 0.001
Settimanalmente	15 (38.5)	2 (6.9)	

Tutto il giorno	2 (5.1)	6 (20.7)	
Non spesso	4 (10.3)	0 (0.0)	
Sempre sola/o	5 (12.8)	1 (3.4)	
Pensione			
Sì	22 (56.4)	23 (79.3)	0.070
No	17 (43.6)	6 (20.7)	
Supporto domiciliare			
Sì	39 (100.0)	14 (48.3)	< 0.001
No	0 (0.0)	15 (51.7)	
Media dei figli	1.51	1.24	0.327

Tabella I – Caratteristiche della popolazione

Ai pazienti sono state poste tre domande a risposta chiusa per approfondire la percezione soggettiva della solitudine. L'analisi delle domande è riportata nella *Tabella II*. Per facilitare l'interpretazione dei risultati, i punteggi della scala UCLA sono stati suddivisi in livelli (alto, medio e basso). Nonostante non siano stati individuati in letteratura studi che utilizzano questa stessa suddivisione, questa classificazione è stata effettuata a fini descrittivi, seguendo un criterio che consente una lettura più intuitiva dei dati. Nello specifico, i punteggi sono stati così suddivisi:

- 3-5 = livello basso
- 6-8 = livello medio
- 9-12 = livello alto

Variabili	*Domicilio*	*Hospice*	*p-value*
Livelli UCLA			
Alto	5 (13.2)	10 (34.5)	0.130
Medio	9 (23.7)	6 (20.7)	
Basso	24 (63.2)	13 (44.8)	
	Domande UCLA		
"Quante volte ti senti solo?"	1.85 (0.84)	1.90 (0.82)	0.806
"Quante volte ti senti lasciato in disparte?"	1.69 (0.73)	2.34 (1.01)	0.003
"Quante volte ti senti isolato dagli altri?"	1.67 (0.87)	2.45 (0.99)	0.001
Punteggi totali UCLA	5.21 (2.07)	6.69 (2.52)	0.010

Tabella II – Analisi domande UCLA

Analizzando i dati raccolti sulla differenza di solitudine nei due contesti, è emersa, tramite il test di Mann-Whitney U, una differenza statisticamente significativa (p = 0.01204) tra il gruppo dei pazienti a domicilio e quello dei pazienti in hospice.

- I pazienti in hospice tendono ad avere punteggi di solitudine più alti rispetto a quelli in assistenza domiciliare
- La mediana per il gruppo hospice è 7, quindi notevolmente più alta di quella del gruppo domiciliare che è 5
- Il range interquartile per il gruppo hospice è spostato verso valori più alti (5-9) rispetto al gruppo domiciliare (3.5-6)

La differenza si può osservare nel *Grafico 1*.

È emerso, con l'analisi, che i soggetti con un livello di istruzione medio-alto o alto tendono con maggiore frequenza a ricevere cure a domicilio rispetto a coloro che possiedono un titolo di studio inferiore, come riportato dal *Grafico 2*.

L’analisi dell’indice di Karnofsky (< 40) non ha mostrato alcuna correlazione significativa con i punteggi della scala UCLA.

Dalla *Tabella I* emerge un altro dato da tenere in considerazione: la frequenza delle visite. In particolare, si osserva una differenza significativa ($p < 0.001$) tra le diverse tipologie di visite, evidenziando come queste varino in modo marcato a seconda del contesto e della natura dell’interazione.

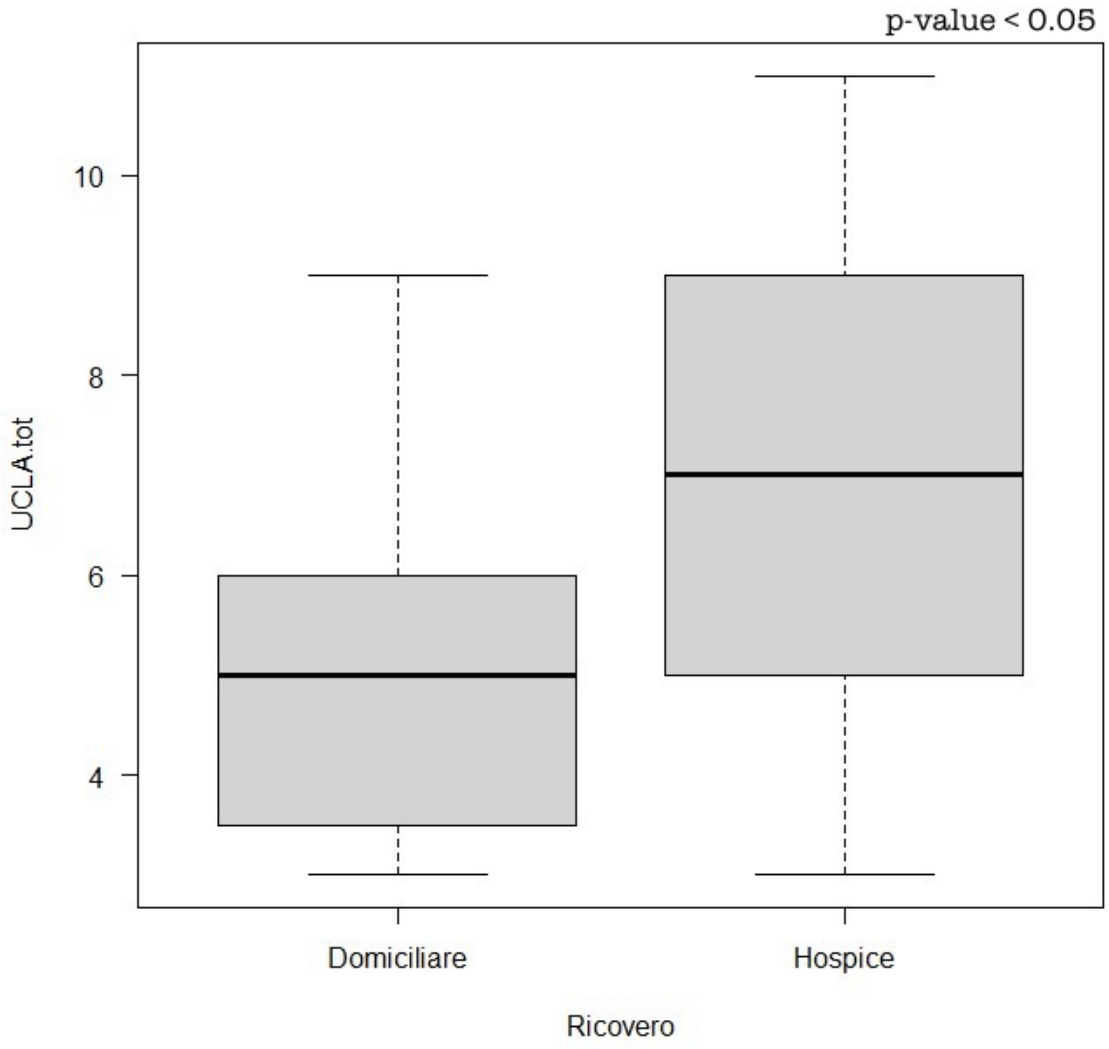

Grafico 1 – Confronto dei livelli di solitudine nei due contesti analizzati

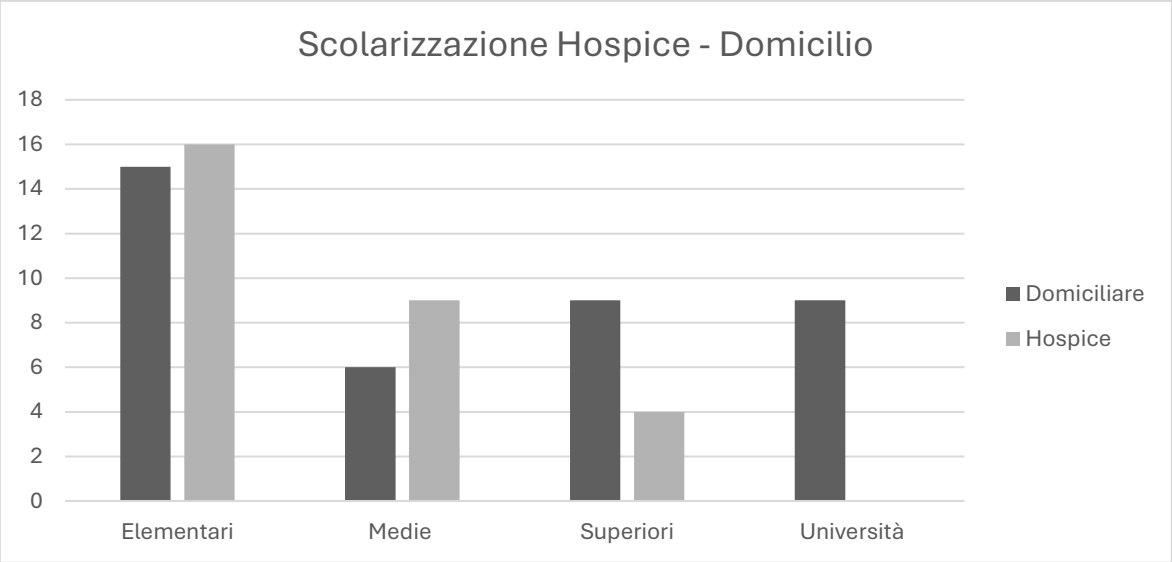

Grafico 2 – Distribuzione dei livelli di scolarizzazione nei due contesti in studio

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dall'analisi dei dati sembrano supportare l'ipotesi secondo cui i pazienti ricoverati in hospice sperimentano livelli di solitudine percepita significativamente più elevati rispetto a coloro che ricevono assistenza presso il proprio domicilio. Le risposte soggettive fornite alle domande relative al benessere emotivo evidenziano una tendenza chiara: la solitudine rappresenta un elemento più marcato tra i pazienti inseriti in strutture residenziali, suggerendo che il contesto dell'hospice, pur offrendo cure specialistiche e supporto clinico, possa talvolta accentuare il senso di isolamento affettivo o sociale.

Un aspetto particolarmente interessante riguarda la maggiore variabilità dei punteggi osservata all'interno del gruppo hospice. Questo elemento suggerisce che l'esperienza della solitudine in tale setting sia più eterogenea e meno prevedibile, probabilmente influenzata da fattori soggettivi e da elementi legati al contesto ambientale o organizzativo dell'hospice stesso. A questo proposito, è utile soffermarsi sulle tre domande in cui sono emerse differenze significative tra i due gruppi, poiché esse riflettono aspetti distinti ma complementari dell'esperienza della solitudine. I ricercatori che hanno elaborato questi tre item hanno infatti voluto esplorare concetti specifici e ben definiti:

- "*Sentirsi privi di compagnia*" indaga il senso di mancanza di interazioni sociali significative, ovvero la percezione di non avere persone con cui condividere esperienze o emozioni, quello a cui si riferisce il primo item;
- "*Sentirsi escluso*", il secondo item, si concentra sull'esperienza di essere lasciati fuori da gruppi sociali o attività, percependo una sorta di esclusione o di isolamento, e facendo emergere la sensazione di non appartenere a un gruppo o di essere ignorati dagli altri;
- "*Sentirsi isolato*", il terzo item, esplora invece una dimensione più interna, legata alla solitudine emotiva: il sentirsi distaccati o separati dagli altri, anche in presenza di persone, con un'accentuazione sul vissuto soggettivo e sulla qualità delle relazioni

Le differenze riscontrate nei punteggi di queste domande possono quindi essere interpretate alla luce di tali concetti, suggerendo che nei due setting presi in esame, specialmente in hospice, la solitudine non si esprima semplicemente in termini di presenza o assenza di relazioni, ma assuma sfumature differenti in base al vissuto personale e alla percezione

soggettiva dei legami. Questo contribuisce a spiegare la maggiore variabilità osservata nel gruppo hospice e sottolinea l'importanza di considerare la solitudine non come un fenomeno univoco, ma come un'esperienza multidimensionale, influenzata da fattori relazionali, ambientali ed emotivi.

Un ulteriore dato emerso riguarda l'assenza di una correlazione statisticamente significativa tra l'indice di Karnofsky, utilizzato per valutare lo stato funzionale del paziente, e il livello di solitudine percepita. Questo risultato è particolarmente rilevante, poiché suggerisce che il grado di compromissione fisica o funzionale non influisce direttamente sulla percezione della solitudine. La solitudine, quindi, potrebbe essere maggiormente legata a dimensioni psicosociali piuttosto che a fattori strettamente clinici. Questo indica che il grado di decadimento cognitivo e fisico, nei limiti della scala utilizzata, non influisce significativamente sulla percezione soggettiva della solitudine.

È emersa una differenza significativa nel livello di scolarizzazione tra i due gruppi, associata al setting assistenziale prescelto. Questo dato suggerisce come il livello di scolarizzazione possa influenzare non solo la consapevolezza dei propri diritti in ambito sanitario, ma anche la capacità di orientarsi nel sistema di offerta delle cure, facilitando l'accesso a servizi potenzialmente meno conosciuti o meno richiesti dalle fasce di popolazione con minori risorse culturali. Inoltre, è ipotizzabile che un più elevato livello di istruzione sia associato a una maggiore familiarità con strumenti informativi (sia digitali che cartacei) e a una maggiore proattività nella richiesta di prestazioni sanitarie specifiche, come appunto l'assistenza domiciliare. In questo senso, l'istruzione può essere interpretata come un fattore abilitante nell'ottenimento di cure personalizzate e, spesso, più adeguate alle esigenze individuali.

La frequenza delle visite, altro dato analizzato e che ha riscosso interesse, ha evidenziato una differenza significativa tra i due gruppi. Infatti, questo aspetto suggerisce che le modalità e la frequenza delle visite possano avere un impatto profondo e articolato sul vissuto dei partecipanti, con implicazioni dirette sulla qualità dell'esperienza vissuta nel contesto considerato. La varietà nella tipologia delle visite, così come la loro regolarità, potrebbe influenzare non solo l'emotività e il benessere dei soggetti coinvolti, ma anche le loro percezioni di solitudine, supporto e appartenenza. Tale variabilità rende necessaria una riflessione più approfondita sulle modalità con cui la presenza, o l'assenza, di determinati

tipi di interazioni sociali può agire come fattore determinante nel plasmare l'esperienza complessiva, suggerendo che la frequenza e la qualità delle visite non siano meri dettagli organizzativi, ma componenti cruciali che incidono in maniera significativa sul benessere psicologico dei partecipanti. Pertanto, è importante considerare non solo la quantità delle visite, ma anche il contesto in cui queste si svolgono, per comprendere appieno l'impatto che tali dinamiche relazionali possono avere sulla condizione emotiva e sociale degli individui.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

Come già descritto, è apparso importante andare a valutare la solitudine per i pazienti oncologici terminali trattati in contesto domiciliare e in regime di ricovero in hospice: in primo luogo, è stata effettuata la misurazione dei livelli di solitudine percepiti dai pazienti in hospice e a domicilio, verificandone eventuali differenze; in secondo luogo, sono stati individuate eventuali condizioni o determinanti in grado di influenzare la percezione della solitudine.

L'analisi dei dati ha evidenziato, rispetto al primo obiettivo, una differenza significativa tra i livelli di solitudine nei due contesti assistenziali: i pazienti ricoverati in hospice hanno riportato un livello di solitudine più elevato rispetto a quelli seguiti in regime di cure palliative domiciliari. Questo dato suggerisce che il contesto di cura possa giocare un ruolo importante nella percezione soggettiva della solitudine durante le fasi terminali della malattia.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, l'analisi dei dati non ha evidenziato correlazioni statisticamente significative tra i determinanti di salute rilevati attraverso il questionario e i livelli di solitudine. Tuttavia, un elemento che sembra avere un'influenza rilevante è la frequenza delle visite ricevute. In particolare, nei pazienti ricoverati in hospice, si è osservata una riduzione della percezione della solitudine nei casi in cui i parenti erano presenti durante tutta la giornata. Questo dato, seppur non sostenuto da significatività statistica formale, suggerisce che la vicinanza costante dei familiari possa mitigare il senso di isolamento e solitudine, anche in un contesto istituzionalizzato come quello dell'hospice.

Si può quindi ipotizzare che il luogo di cura sia un elemento centrale nella percezione della solitudine, ma che anche la qualità e la continuità delle relazioni sociali e familiari, indipendentemente dal contesto, rivestano un ruolo importante.

I risultati ottenuti dall'analisi dei dati confermano in parte quanto emerso nello studio di Çıracı et al. In particolare, è stata confermata l'assenza di una correlazione significativa tra le variabili sociodemografiche e la percezione della solitudine nei pazienti oncologici terminali. Tuttavia, a differenza di quanto riportato da Çıracı, non sono emerse differenze statisticamente significative tra la presenza o l'assenza di visitatori e i livelli di solitudine. Pur non essendo supportato da una significatività formale, il dato che suggerisce una

riduzione della solitudine nei pazienti che ricevono visite quotidiane indica una possibile tendenza, che meriterebbe ulteriori approfondimenti. Questi risultati evidenziano la complessità del vissuto soggettivo della solitudine e la necessità di considerare fattori relazionali e contestuali più ampi, non sempre rilevabili attraverso indicatori quantitativi standard.

Uno dei limiti principali di questo studio è rappresentato dal numero ridotto di contesti coinvolti. Soltanto due servizi domiciliari e un solo hospice hanno partecipato alla ricerca. Ciò potrebbe aver limitato la generalizzabilità dei risultati.

Nonostante questi limiti, i risultati emersi possono offrire spunti di riflessione importanti. Essi evidenziano quanto le cure palliative domiciliari non siano soltanto una modalità assistenziale, ma anche un'opportunità per preservare relazioni affettive, senso di familiarità e dignità nelle fasi finali della vita. In conclusione, emerge con forza, l'importanza per un paziente in fase terminale, di poter trascorrere l'ultimo periodo di vita nel proprio ambiente domestico, circondato dai propri cari, riducendo così il rischio di vivere una condizione di solitudine emotiva.

Alla luce di questi risultati, emerge con chiarezza la necessità di rafforzare le cure palliative domiciliari come concreta implicazione pratica. Investire nello sviluppo e nel potenziamento delle reti territoriali di assistenza significa promuovere un modello di cura centrato sulla persona, che garantisca continuità, efficacia e umanizzazione dell'intervento, anche al di fuori delle strutture ospedaliere. Questo richiede un impegno sistematico sia sul piano organizzativo sia nella formazione specifica degli operatori domiciliari, con particolare attenzione alla gestione dei bisogni psicologici, relazionali ed emotivi di pazienti e familiari. Solo attraverso un rafforzamento strutturale di queste reti sarà possibile rendere le cure palliative domiciliari una scelta realmente accessibile e sostenibile.

Tuttavia, per quei pazienti che, per ragioni cliniche, logistiche o familiari, non possono essere assisiti a domicilio, è fondamentale riorientare l'assistenza in hospice affinché la solitudine venga riconosciuta come un parametro clinico rilevante e affrontata in modo sistematico all'interno del percorso di cura. Da questa prospettiva discende una chiara implicazione pratica: è necessario formare adeguatamente il personale sanitario, in particolare quello infermieristico, affinché sia in grado di individuare i segnali di isolamento emotivo e relazionale, e di intervenire con competenze specifiche. Occorre,

inoltre, impegnarsi maggiormente nella misurazione della solitudine attraverso strumenti validati, come la UCLA Loneliness Scale utilizzata in questo studio, per monitorarne l'impatto sul benessere globale del paziente. Alcuni studi dimostrano che sono anche utili i percorsi psicologici individuali e gruppi di supporto, volti ad aiutare i pazienti a esprimere le proprie emozioni e a elaborare in modo condiviso vissuti di vulnerabilità, angoscia e smarrimento. Integrazione relazionale e supporto psicologico diventano così elementi imprescindibili per rendere l'hospice non solo un luogo di cura, ma anche uno spazio in cui la dimensione affettiva e il bisogno di connessione umana trovino pieno riconoscimento. (28)

Un'ulteriore implicazione pratica può partire dalla popolazione stessa, sottolineando la necessità di prevenire attivamente la solitudine. In tale prospettiva, è fondamentale affiancare al potenziamento delle cure palliative domiciliari anche interventi di prevenzione sociale, promuovendo campagne pubbliche mirate, sul modello di quanto già avviato in Paesi come Inghilterra, Danimarca, Canada e Stati Uniti, la cui missione è di avviare e diffondere nuove conoscenze sulle cause e le conseguenze della solitudine. (28)

BIBLIOGRAFIA

1. Zanetta M. Breve storia delle Cure Palliative e del loro sviluppo in Italia [Internet]. [citato 20 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.fedcp.org/cure-palliative/storia

2. UniSalute. Cure palliative, i benefici per i malati oncologici [Internet]. InSalute. 2025 [citato 20 luglio 2025]. Disponibile su: https://blogunisalute.it/cure-palliative/

3. PrM 1. Salute. Cure palliative, FNOPI: in Italia ne hanno bisogno 290mila persone [Internet]. IlMetropolitano.it. 2023 [citato 20 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.ilmetropolitano.it/2023/01/04/salute-cure-palliative-fnopi-in-italia-ne-hanno-bisogno-290mila-persone/

4. ANSA A. Agenzia ANSA. 2025 [citato 20 luglio 2025]. In Italia 550mila persone hanno bisogno di cure per il dolore - Sanità - Ansa.it. Disponibile su: https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2025/05/23/in-italia-550mila-persone-hanno-bisogno-di-cure-per-il-dolore_b6b0f7e4-997b-4fc1-82c9-171dfb220b13.html

5. Ministero della Salute - I numeri del cancro in Italia 2024 [Internet]. [citato 20 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/i-numeri-del-cancro-italia-2024/

6. Gisella. SICP: Cure Palliative, un diritto universale (ancora) troppo spesso negato [Internet]. SICP. 2025 [citato 20 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2025/04/sicp-cure-palliative-un-diritto-universale-ancora-troppo-spesso-negato/

7. Normative Nazionali Cure Palliative [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.fedcp.org/cure-palliative/normative/nazionali?start=50

8. Legge 39, 1999 - Temi - Famiglia Cristiana [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://cisf.famigliacristiana.it/cisf/temi/bioetica/dossierCISF/vicino-a-chi-muore_271011160342/legge-39-1999_271011163135.aspx

9. Ministero della Salute - I principi della legge 15 marzo 2010, n. 38 [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/new/it/tema/cure-palliative-e-terapia-del-dolore/i-principi-della-legge-15-marzo-2010-n-38/

10. smaggio. Le cure palliative sono finalmente un LEA! [Internet]. SICP. 2017 [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.sicp.it/normative/nazionali/2017/03/le-cure-palliative-sono-finalmente-un-lea/

11. Dettaglio Legge Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=214175

12. Dettaglio Legge Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095

13. Normativa | Regione del Veneto [Internet]. [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://salute.regione.veneto.it/cure-palliative-e-terapia-del-dolore/normativa

14. Gindro DR. Malati terminali e cure palliative: quando la vita finisce [Internet]. Healthy The Wom. 2011 [citato 21 luglio 2025]. Disponibile su: https://healthy.thewom.it/divulgazione/cure-palliative/

15. Morasso G, Capelli M, Viterbori P, Di Leo S, Alberisio A, Costantini M, et al. Psychological and Symptom Distress In Terminal Cancer Patients with Met and Unmet Needs. J Pain Symptom Manage. giugno 1999;17(6):402–9.

16. Ho KHM, Yang C, Ng MSN, Tao A, Chan HYL. Loneliness at end-of-life: A scoping review. J Clin Nurs. 2023;32(17–18):6179–95.

17. Çıracı Y, Nural N, Saltürk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. agosto 2016;24(8):3525–31.

18. Sahin ZA, Tan M. Loneliness, Depression, and Social Support of Patients With Cancer and Their Caregivers. Clin J Oncol Nurs. aprile 2012;16(2):145–9.

19. Deckx L, Van Den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. Eur J Oncol Nurs. ottobre 2014;18(5):466–77.

20. La Solitudine e il Tumore: Un Iniziativa per Comprendere e Combattere un Problema Sottovalutato - [Internet]. 2024 [citato 23 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.prevenzionetumori.org/la-solitudine-e-il-tumore-un-iniziativa-per-comprendere-e-combattere-un-problema-sottovalutato/

21. Come affrontare gli aspetti psicologici ed emotivi | AIRC [Internet]. [citato 23 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/la-fase-delle-terapie/come-affrontare-gli-aspetti-psicologici-ed-emotivi

22. Bonavolontà LT. Isolamento sociale e solitudine: correlati al rischio di mortalità? [Internet]. Aging Project Uniupo. [citato 23 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.agingproject.uniupo.it/per-i-professionisti/pillole-di-scienza/isolamento-sociale-e-solitudine-rischio-di-mortalita/

23. Carillo G. La solitudine dei malati oncologici: 1 su 3 lasciato senza sostegno psicologico [Internet]. greenMe. 2019 [citato 23 luglio 2025]. Disponibile su: https://www.greenme.it/salute-e-alimentazione/salute/malati-oncologici-aiuto-psicologico/

24. Miaskowski C, Paul SM, Snowberg K, Abbott M, Borno HT, Chang SM, et al. Loneliness and symptom burden in oncology patients during the COVID-19 pandemic. Cancer. 2021;127(17):3246–53.

25. UCLA Loneliness Scale - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citato 8 agosto 2025]. Disponibile su: https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/ucla-loneliness-scale?

26. Auné SE, Abal FJP, Attorresi HF. Construction and Psychometric Properties of the Loneliness Scale in Adults. Int J Psychol Res. 2019;12(2):82–90.

27. Bottaro R, Valenti GD, Faraci P. Assessment of an Epidemic Urgency: Psychometric Evidence for the UCLA Loneliness Scale. Psychol Res Behav Manag. 26 luglio 2023;16:2843–55.

28. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci. marzo 2015;10(2):238–49.

ALLEGATI

Allegato 1: *Questionario*

Gentili,
sono De Gregori Mariaelena, laureanda presso il Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Padova, sede di Mestre.
Assieme al dott. Vedovetto, le propongo di partecipare ad uno studio, utile all'elaborato per la mia tesi di Laurea, che ha la finalità di comprendere alcuni fenomeni relativi ai percorsi di cura e al miglioramento dell'assistenza per pazienti in carico al sistema di cure palliative.
Per svolgere questa ricerca, avrei bisogno della Sua collaborazione nel rispondere alle domande di seguito riportate. Le verranno posti alcuni quesiti funzionali a comprendere come è sostenuta la rete sociale attorno al paziente seguito dal nucleo di cure palliative.
I dati dello studio verranno trattati in forma anonima per lo svolgimento della tesi ed eventuali pubblicazioni scientifiche, nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196 e regolamento UE G.D.P.R.2016/679). Al termine di tale periodo i suoi dati saranno cancellati.
La sua adesione alla ricerca potrà essere ritirata in qualsiasi momento e i suoi dati verranno eliminati.

Grazie per la collaborazione.

Mariaelena De Gregori, laureanda
E-mail: mariaelena.degregori@studenti.unipd.it

Questionario

1. *Genere*
   ☐ Maschio
   ☐ Femmina
2. *Età* _____
3. *Scolarizzazione*
   ☐ Elementari
   ☐ Medie
   ☐ Superiori
   ☐ Università
4. *Pensionato*
   ☐ Sì
   ☐ No
   Se sì, da quanto è in pensione? _____
5. *Lavoro* _____

6. *Ha un compagno/a?*
   ☐ Sì
   ☐ No
7. *Stato civile*
   ☐ Celibe
   ☐ Nubile
   ☐ Vedovo/a
8. *Ha figli?*
   ☐ Sì
   ☐ No
   Se sì, quanti? _____
9. *Vive con qualcuno?*
   ☐ Sì
   ☐ No
   Se sì, con chi? _____
10. *Ricovero*
    ☐ Hospice
    ☐ Domiciliare
11. *Che tipo di tumore ha? (dato in cartella)* _____
12. *Quando le è stato diagnosticato? (dato in cartella)* _____
13. *Riceve visite?*
    ☐ Sì
    ☐ No
    Se sì, quanto spesso? _____
    *Chi viene a farle visita?*_____
14. *Ha un caregiver?*
    ☐ Sì
    ☐ No
    Se sì, chi ricopre questo ruolo? _____
15. *Ha un supporto domiciliare?*
    ☐ Sì
    ☐ No
    *Se sì, chi ricopre questo ruolo?*_____
16. *Indice di Karnofsky* (*dato in cartella)* _____

UCLA Loneliness Scale

1. *Quante volte si sente solo?*
   ☐ Sempre
   ☐ Spesso
   ☐ A volte
   ☐ Mai
2. *Quante volte si sente lasciato in disparte?*

☐ Sempre
☐ Spesso
☐ A volte
☐ Mai

3. *Quanto spesso si sente isolato dagli altri?*
   ☐ Sempre
   ☐ Spesso
   ☐ A volte
   ☐ Mai