



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea Magistrale in Neuroscienze e Riabilitazione  
Neuropsicologica**

**Tesi di laurea Magistrale**

**COVID-19 in RSA: quali effetti della tipologia di  
isolamento (in stanza o in nucleo) nelle dimensioni  
funzionali, motorie e nutrizionali?**

*COVID-19 in nursing homes: what are the effects of the type of  
quarantine (room vs unit) on the functional, mobility and  
nutritional dimensions?*

***Relatore***

Prof.ssa Erika Borella

***Correlatore***

Dr. Christian Bosello

Dott.ssa Silvia Vettor

***Laureanda***

Veronica Cortinovia

***Matricola***

2017354

Anno Accademico 2021/2022



*Un anziano che muore  
è una biblioteca che brucia*

*(Proverbio africano)*



## INDICE

Introduzione.....	7
Capitolo 1.....	8
<b>Una panoramica degli effetti dell'isolamento da COVID-19 sugli anziani residenti a domicilio.....</b>	<b>8</b>
1.1 La diffusione del COVID-19 e il tasso di mortalità in Italia.....	8
1.2 Misure di prevenzione del contagio e ondate della pandemia.....	10
1.3 Isolamento e solitudine negli anziani con invecchiamento tipico.....	13
1.4 Cambiamenti nutrizionali, nella salute fisica e mentale negli anziani con invecchiamento tipico.....	15
1.5 Cambiamenti cognitivi e neuropsichiatrici nelle persone con demenza.....	17
Capitolo 2.....	20
<b>COVID-19 e cosa è accaduto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali in Italia.....</b>	<b>20</b>
2.1 Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).....	20
2.1.1 Nuclei specialistici per le demenze e il modello di cura.....	23
2.2 La trasformazione delle RSA durante il COVID-19 e le linee guida per la gestione dell'emergenza pandemica.....	26
2.3 Il tasso di mortalità nelle RSA e il fine-vita.....	29
2.4 Ulteriori criticità riscontrate.....	34
2.5 Gli effetti dell'isolamento sugli anziani residenti.....	36

Capitolo 3.....	40
<b>COVID-19 in RSA: quali effetti della tipologia di isolamento (in stanza o in nucleo) nelle dimensioni funzionali, motorie e nutrizionali?.....</b>	<b>40</b>
3.1 L'obiettivo della ricerca.....	43
3.2 Metodo.....	44
3.2.1 Partecipanti.....	44
3.2.2 Materiali.....	45
3.2.3 Procedura.....	48
3.3 Risultati.....	49
3.4 Discussione e conclusione.....	57
Appendice.....	62
Bibliografia.....	63
Sitografia.....	75
Ringraziamenti.....	76

## Introduzione

La popolazione anziana ha dimostrato di essere altamente vulnerabile alle conseguenze negative della sindrome respiratoria acuta grave causata dall'infezione da SARS-CoV-2. In Italia, l'età media di individui che sono morti per malattia da COVID-19 è di 80 anni (ISTAT, ISS, 2020). La presenza di fragilità, una condizione comune in età avanzata, è stata associata a una presentazione atipica e ad un più grave decorso dell'infezione da SARS-CoV-2, compreso un aumento della mortalità. La fragilità è particolarmente frequente nelle RSA, con prevalenza fino al 75%. Diversi studi hanno analizzato l'infezione da SARS-CoV-2 in individui istituzionalizzati, concentrandosi sul contagio, sulla presentazione clinica e sulla mortalità. Si ravvede la necessità di misurare come la pandemia abbia colpito il funzionamento cognitivo e fisico di una popolazione così vulnerabile, in particolare quelli che sono sopravvissuti al COVID-19. L'impatto negativo della pandemia COVID-19 sulla salute dei residenti nelle RSA potrebbe essere un risultato diretto della malattia, ma potrebbe anche essere un risultato indiretto dell'attuazione di misure di isolamento preventive, come quelle fisiche di distanziamento, di limitazione alle visite dei familiari, di una ridotta stimolazione cognitiva e di una insufficiente attività fisica. Lo scopo del presente elaborato è stato quello di valutare i cambiamenti nelle prestazioni funzionali, motorie e nutrizionali dei residenti di una RSA in relazione alla tipologia di isolamento attuato (in stanza o in nucleo) per l'infezione da SARS-CoV-2 e al livello di funzionamento cognitivo degli anziani. L'elaborato di tesi è suddiviso in tre capitoli:

Nel *primo capitolo* viene introdotta la situazione pandemica con un focus specifico sull'Italia, sulle misure preventive adottate e sulle ondate della pandemia in questa Nazione. A seguire, è presente una breve panoramica sugli effetti dell'isolamento negli anziani residenti a domicilio durante il *lockdown*. Nel *secondo capitolo* il focus si sposta sulle RSA e su come tali istituzioni hanno affrontato l'epidemia da COVID-19. Vengono discussi aspetti specifici come il tasso di mortalità e le criticità che gli operatori hanno dovuto affrontare per combattere l'epidemia. Il capitolo si conclude con la presentazione degli effetti delle misure di isolamento negli anziani residenti. Nel *terzo capitolo* viene presentato lo studio osservazionale condotto presso le Residenze per Anziani città di Treviso-ISRAA colpite dal contagio da SARS-CoV-2 ad inizio 2021. Si sono analizzate le differenze nei domini funzionale, motorio e nutrizionale dal pre (ultime due settimane di dicembre) al post covid (ultime due settimane di febbraio) in 235 anziani residenti.

# Capitolo 1

## Una panoramica degli effetti dell'isolamento da COVID-19 sugli anziani residenti a domicilio

### 1.1 La diffusione del COVID-19 e il tasso di mortalità in Italia

Il 9 gennaio del 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato la scoperta di un nuovo Coronavirus: “2019 *n-CoronaVirus (2019-nCoV)*” poi tradotto dal *Comitato Internazionale per la tassonomia dei virus* in “*SARS-COV-2*” (Jiang et al., 2020). Quest'ultimo riconosciuto come responsabile di alcuni casi di polmonite verificatisi a fine dicembre 2019 nella città cinese di Wuhan in poco tempo è circolato in tutto il mondo tanto da causare, a partire dall'11 marzo del 2020, una situazione pandemica (Cucinotta & Vanelli., 2020). La malattia conseguente al contagio da SARS-CoV-2 denominata COVID-19 (da *Co-Corona Vi-Virus D-Disease-19*) può manifestarsi nelle persone positive secondo diverse gravità. La forma meno grave è asintomatica senza quindi alcun sintomo evidente, la forma lieve si verifica in modalità simil-influenzale con sintomi come la tosse, la febbre, il mal di gola, affaticamento muscolare e debolezza. Nella forma patologica più grave invece si può verificare una sindrome respiratoria acuta (SARS) i cui effetti nel paziente sono talvolta letali (Ministero della Salute, 2022). Consultando il sito della *World Health Organization*<sup>1</sup> si comprende subito come i dati dell'emergenza sanitaria siano allarmanti. Da inizio pandemia al 12 luglio 2022 il tasso di persone risultate positive al nuovo Coronavirus e di coloro che sono decedute è molto elevato. Sono risultate positive più di 550 milioni di persone delle quali oltre 6 milioni sono decedute, uno scenario in continua evoluzione.

---

<sup>1</sup> <https://covid19.who.int/>



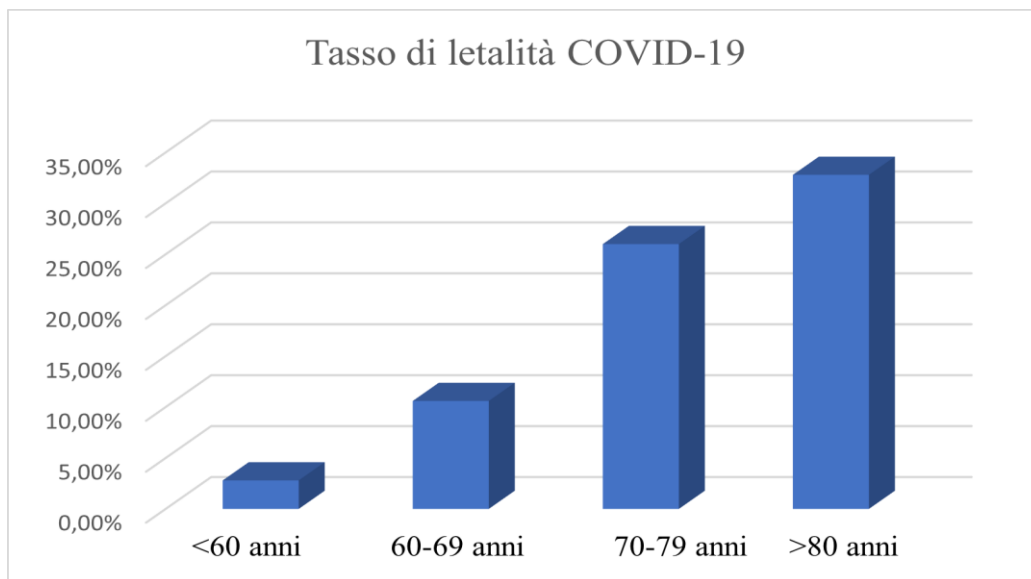
Per quanto concerne l'andamento dell'epidemia e il numero dei contagi avvenuti in Italia, seconda nazione dopo la Cina per gli effetti devastanti della pandemia, dati recenti sono contenuti nel "Settimo rapporto" realizzato dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto superiore di Sanità (Iss). All'interno di questo documento intitolato: "*Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e gennaio 2022*", è riportata un'indagine significativa riguardante la diffusione del virus nel territorio italiano e il suo impatto sulla mortalità totale durante gli anni 2020-2021 e gennaio 2022. Dalla lettura di questo report si evince che da inizio pandemia a febbraio 2022 sono stati individuati oltre 10 milioni di casi covid positivi confermati, il 42% dei quali nel solo mese di gennaio 2022. L'aumento esponenziale dei casi a gennaio è stato attribuito alla maggiore trasmissibilità dell'ultima variante Omicron del virus. Il SARS-CoV-2 difatti negli anni si è trasformato dando origine a varianti maggiormente trasmissibili ma meno letali. Al primo SARS-CoV-2 circolante nella penisola italiana sono succedute: la variante alfa (primi mesi del 2021), delta (tra luglio e novembre 2021) e omicron presente ancora oggi (ISS, ISTAT, 2022).

Durante le prime fasi della pandemia il virus ha avuto una distribuzione non uniforme nel territorio italiano con prevalenza nelle regioni del Nord seguite dal Centro e infine dal Sud. Nel 2021, nonostante l'espandersi maggiore del virus sono rimaste le regioni del Nord con il numero più elevato di casi positivi e di decessi (ISTAT, ISS, 2022). Le regioni e/o province autonome con maggior incidenza nel 2020 erano Bolzano, Veneto, Valle d'Aosta e Lombardia, mentre nel 2021, a seguito della provincia di Bolzano, compare l'Emilia-Romagna seguita dal Friuli-Venezia-Giulia e dal Veneto. Al contrario, la minor incidenza nel 2020 si è verificata in Calabria e Basilicata e l'anno successivo nel Molise e in Sardegna. Il numero dei decessi avvenuto nel periodo sopra considerato (2020-2021 e gennaio 2022) è pari a 145.334 per coloro che sono risultati positivi al SARS-COV-2. Il 53% di questi decessi sono avvenuti nel 2020, 41% nel 2021 e 5,8% nel mese di gennaio 2022. La diminuzione di circa il 10% dei decessi tra 2020 e 2021 può essere spiegata dall'inizio della campagna vaccinale avvenuto il 27 dicembre 2020. Si è ridotta, difatti, soprattutto la mortalità degli anziani con età superiore a ottant'anni i primi ad essere stati coperti da vaccinazione. Questa fascia di età ha riscontrato una mortalità pari a 450 mila persone, quasi il 72% della mortalità totale.

A tale riguardo, ciò che si è appreso di significativo fin dall'inizio dell'epidemia è che a pagare le peggiori conseguenze del COVID-19 sono gli anziani poiché presentano in

percentuale maggiore rispetto ai più giovani condizioni di fragilità, comorbidità e disabilità che aggravano la manifestazione della patologia (Manca et al., 2020). Il tasso di letalità, difatti, come dimostrano i dati statistici riferiti alla prima ondata di pandemia è cresciuto in maniera esponenziale all'aumentare dell'età (*vedi grafico 1*). Se per le persone con età inferiore ai 60 anni la letalità è del 2,8%, per coloro con un'età compresa tra i 60-69 anni 10,6%; 26% per la fascia di età 70-79 anni e 32,8% da 80 anni in su (Iodice et al., 2021).

**Grafico 1**-Tasso di letalità COVID-19 per fascia di età



## 1.2 Misure di prevenzione del contagio e ondate della pandemia

Per tenere sotto controllo la diffusione delle malattie infettive, come il COVID-19, esistono diverse misure di prevenzione del contagio le quali comportano un cambiamento drastico dello stile di vita e delle abitudini dell'intera popolazione (Lebrasseur et al., 2021). Nel caso della pandemia da SARS-CoV-2 le restrizioni sono state adottate e modificate in misura indipendente dai diversi governi nazionali ed internazionali a seconda dell'andamento dei numeri di contagio e dei decessi riscontrati nelle diverse Nazioni (Lebrasseur et al., 2021). Qui di seguito sono riportate e riassunte le principali misure di contrasto della malattia da COVID-19 attuate dal governo italiano (Ministero della Salute, 2022):

### *Accertamenti diagnostici*

Una prima misura fondamentale per monitorare l'andamento della pandemia e per bloccare la trasmissione del contagio consiste nell'esecuzione di accertamenti diagnostici che permettono di identificare sia i soggetti asintomatici sia i soggetti sintomatici e di conseguenza adottare tutte le misure di isolamento adatte nei confronti delle persone infette e della loro rete di contatti. Esistono differenti tipologie di test per il SARS-CoV-2 tra cui il sierologico che permette di indagare, attraverso un campione di sangue del paziente, se quest'ultimo ha contratto il virus nel passato e dunque se vi è la presenza di anticorpi al Coronavirus. Un'ulteriore tipologia è rappresentata dai test antigenici rapidi che analizzano le proteine del virus (antigeni) in tempi inferiori ai trenta minuti e infine i test molecolari altamente sensibili e specifici all'individuazione di uno o più geni bersaglio del virus presenti nel campione biologico prelevato dal paziente.

### *Misure di prevenzione individuali*

A seguito della scoperta della maggiore trasmissibilità del virus per via aerea attraverso secrezioni respiratorie sono state introdotte delle misure di prevenzione individuali. Queste hanno previsto: l'utilizzo delle mascherine coprenti naso e bocca, il distanziamento di almeno un metro dalle altre persone, il lavaggio frequente delle mani con sapone o soluzioni a base alcolica, il divieto di scambiarsi abbracci o strette di mano.

### *Lockdown*

Una delle misure più drastiche di prevenzione del contagio è risultata essere il *lockdown* ossia l'isolamento all'interno delle proprie abitazioni. I primi ad essere stati colpiti da questo provvedimento dal 23 febbraio 2020 sono stati dieci comuni nella provincia di Lodi in Lombardia (con Codogno come città con il più alto numero di contagi) e un comune nella provincia di Padova. Le misure restrittive adottate in questi comuni sono contenute nel Decreto del presidente del Consiglio dei ministri intitolato "*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*". Tali misure prevedono la possibilità di lasciare la propria abitazione solo per motivi di salute, per esigenze lavorative e per necessità, previa compilazione di un'autodichiarazione. Inoltre, vengono chiusi tutti i centri e le attività non necessarie come le competizioni sportive, le manifestazioni organizzate, i servizi educativi fino alla sospensione delle cerimonie civili, religiose e funebri. A partire dal 8 marzo 2020 un'ulteriore DPCM estende le misure cautelari alla regione Lombardia e ad altre quattordici

province del nord fino al 9 marzo 2020 la data che segna l'inizio del *lockdown* su tutto il territorio nazionale terminato il 18 maggio 2020. Misure restrittive rigide sono rimaste in vigore fino ad inizio estate 2020 periodo di riduzione dei contagi e di ripresa di una "vita normale" (Associazione salute internazionale, 2022). Con l'arrivo della stagione autunnale e l'inizio di attività scolastiche, lavorative e sociali sono aumentati nuovamente i contagi portando ad una seconda ondata. Attraverso l'affinamento delle tecniche diagnostiche sono state individuate un maggior numero di persone positive al SARS-CoV-2 grazie alla possibilità di riscontrare la carica virale in persone asintomatiche. Al picco dei contagi del mese di ottobre 2020, distribuiti in maniera non uniforme nella penisola italiana, ha fatto seguito l'emanazione di misure restrittive su base regionale e una suddivisione dell'Italia in zone gialle, arancioni e rosse a seconda di differenti indici come il rischio di contagio e lo scenario di gravità. Si sono poi verificate ulteriori ondate pandemiche tanto che dall'estate 2022 è iniziata la quinta ondata (Associazione salute internazionale, 2022).

Ciò che si è appreso di certo da queste ondate è che il SARS-CoV-2 ha degli effetti devastanti sulla fascia di popolazione più anziana. Diversi studi sono stati così compiuti per documentare le conseguenze della malattia COVID-19 sulla salute fisica e psichica degli anziani (Alonso-Lana et al., 2020; Bailey et al., 2021; Belli et al., 2020; Iodice et al., 2021). Tuttavia, come emerge dall'analisi della letteratura ad aver avuto un ruolo significativo sul peggioramento del benessere fisico e mentale degli anziani potrebbe essere stata la deprivazione sociale indotta dall'isolamento forzato, indipendentemente dall'aver o meno contratto il virus. L'assenza di relazioni sociali sembra aver determinato degli effetti importanti sullo stato nutrizionale degli anziani, sul livello di attività fisica, sulla percezione di abbandono e di solitudine, oltre che sul loro funzionamento cognitivo-comportamentale in modo particolare nelle persone con demenza. Partendo da una breve panoramica sul cambiamento derivante dal *lockdown* sui differenti domini della salute dell'anziano che risiedeva a domicilio, si passerà poi nel secondo capitolo a delineare più in profondità come le RSA hanno affrontato la pandemia e quali modifiche sono avvenute nei residenti di tali strutture.

### **1.3 Isolamento e solitudine nell'anziano con invecchiamento tipico**

Una delle principali conseguenze della pandemia da COVID-19 e soprattutto dell'isolamento sociale imposto dai governi è stata l'aumento del tasso di solitudine negli anziani. La solitudine è la sensazione soggettiva per cui si percepisce la propria rete di relazioni sociali come mancante di qualità e ridotta numericamente rispetto a quanto desiderato, differentemente dall'isolamento sociale che è invece una condizione oggettiva di assenza di relazioni sociali (Pai & Vella, 2021). Come si evince dalla lettura (Trabucchi, 2020), diversi studi epidemiologici hanno rilevato che circa un terzo degli anziani nel mondo, in modo particolare gli uomini, soffre di solitudine. Queste persone si sentono prive di supporto sociale, provano un senso di inutilità e si sentono parte di una comunità che non si preoccupa per loro, dei loro bisogni e delle loro difficoltà. Sebbene questa situazione fosse già allarmante prima della pandemia, è solo a seguito del contagio da SARS-CoV-2 che le è stata dedicata maggiore attenzione, dal momento che la mancanza di contatti è diventata un problema cruciale nella vita degli anziani.

Anche se alcuni autori (Huber & Seifert, 2022; Luchetti et al., 2020) hanno messo in luce che sono stati i più giovani ad aver cambiato in modo drastico le loro abitudini sociali con l'inizio del *lockdown*, sono comunque gli anziani ad avere risentito maggiormente gli effetti negativi della solitudine. Quest'ultima avrebbe, difatti, sulla salute fisica e mentale e sul livello di benessere degli anziani gli stessi effetti dannosi provocati dall'obesità, dalla mancanza di attività fisica e dal consumo di sigarette (Pai & Vella, 2021). Potrebbe provocare loro un aumento della pressione sanguigna e delle malattie cardiovascolari, depressione, disabilità e peggioramento dello stato cognitivo, oltre a contribuire all'aumento della mortalità e della morbilità (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015). Una delle strategie impiegate per combattere tale condizione durante l'isolamento e per permettere agli anziani di rimanere connessi con il mondo esterno è stata l'utilizzo di tecnologie per effettuare videochiamate con amici e familiari. Tuttavia, gli anziani a causa delle limitazioni fisiche e cognitive dovute al processo fisiologico di invecchiamento a volte non sono stati in grado di utilizzare i dispositivi tecnologici senza la presenza di familiari che potessero aiutarli (Seifert et al., 2021); si sono rifugiati quindi nell'unico mezzo di conforto disponibile per coloro che credono: la preghiera (Marco Trabucchi, 2020). Lo studio condotto da Seifert e colleghi (2021) ha rilevato oltretutto che il 57% della popolazione da cinquant'anni in su non utilizza Internet, percentuale che cresce

drasticamente all'aumentare dell'età. Di conseguenza, gli anziani durante la pandemia sono state vittime non solo dell'isolamento fisico-sociale ma anche di quello digitale.

La diffusione del virus avrebbe dovuto motivare i più giovani a prestare aiuto verso la fascia di popolazione più anziana, poiché come ricorda la *World Health Organization*: “*A society is measured by how it cares for its elderly citizens*” (Fraser et al., 2020, p.692-695). I fatti hanno invece dimostrato un aumento dei pregiudizi e delle discriminazioni verso gli anziani sulla base dell'età; questo fenomeno è noto come “ageismo”, descritto per la prima volta dal gerontologo Robert Butler nel 1969 (Fraser et al., 2020). L'invecchiamento, sebbene sia un processo naturale universale che può avvenire anche in maniera attiva, con mantenimento di uno stato di indipendenza e di partecipazione dell'anziano in attività fisiche, sociali, culturali e spirituali, viene spesso associato a discriminazioni e stereotipi riguardanti la perdita e il declino delle condizioni di salute. Gli anziani vengono uniformati in un'unica categoria sulla base dell'età cronologica eliminando le loro differenze individuali, di conseguenza con l'arrivo della pandemia essi sono stati etichettati come tutti ugualmente “a rischio” e vulnerabili, senza considerare le comorbidity e/o le patologie preesistenti (Meisner, 2021). Ad essere deceduti maggiormente durante la prima ondata di pandemia sono stati invece gli anziani fragili, caratterizzati da due o più malattie croniche; in questi casi il COVID-19 ha agito come fattore aggravante finale (Iodice et al., 2021). Oltretutto, ad aver peggiorato ulteriormente il pregiudizio negativo nei confronti degli anziani sono stati i *social media* che, attraverso l'emanazione di messaggi che annunciavano il rafforzamento delle misure cautelari verso i soggetti a rischio, hanno finito per presentare la pandemia come un “problema degli anziani”. Questo pensiero distorto ha scatenato la diffusione da parte delle generazioni più giovani dell'*hashtag* divenuto popolare sul *social network Twitter*: “*Boomer Remover*”. Una parte della popolazione più giovane è giunta a considerare il SARS-CoV-2 come un'opportunità per eliminare i più anziani per ridurre le spese fiscali e sanitarie, oltre che come una soluzione al problema del sovrappopolamento globale e della disoccupazione giovanile (Meisner, 2021). Per di più, mentre ai giovani morti per COVID-19 sono stati dedicati interi articoli di cronaca e servizi del telegiornale, la morte delle persone anziane, inizialmente, è stata sottostimata, considerata come una questione di pura statistica e come inevitabile data l'età avanzata (Fraser et al., 2020). Anche se l'età è un fattore di rischio per la morte di COVID-19 (Meisner, 2021), si è forse corso il rischio di togliere valore alla vita delle persone più anziane, le quali rappresentano una

risorsa di saggezza e di conoscenza per l'intera comunità. Nonostante il quadro negativo delineato precedentemente, è proprio con l'inizio della pandemia che sono aumentati gli atteggiamenti solidali da parte dei giovani verso gli anziani. Alcuni esempi di questi comportamenti sono stati il portare la spesa a domicilio, comprare i farmaci, prendersi cura del loro giardino, aiutarli con l'utilizzo dei dispositivi tecnologici per mantenerli in connessione con le loro famiglie. La diffusione di questi atteggiamenti propositivi, oltre ad aiutare gli anziani nel momento contingente, può diventare la base per costruire un futuro fondato sul dialogo e il rispetto intergenerazionale.

#### **1.4 Cambiamenti nutrizionali, nella salute fisica e mentale nell'anziano con invecchiamento tipico**

Valutare lo stato nutrizionale nella popolazione anziana è particolarmente importante data l'influenza che una corretta nutrizione esercita sulla salute e sulla qualità della vita (Ghanem et al., 2021). Sebbene siano stati condotti molti studi negli anziani che hanno affrontato la terribile esperienza della malattia da COVID-19, solo pochi autori si sono interessati agli effetti delle misure restrittive imposte dai governi sullo stato nutrizionale degli anziani, indipendentemente dall'aver contratto il virus (Antwi et al., 2021). È rilevante, a tale proposito, uno studio francese realizzato da Ghanem e colleghi (2021) che ha analizzato lo stato nutrizionale di un piccolo gruppo di anziani che viveva a casa con nessuna o lieve perdita di autonomia durante la prima ondata di pandemia. Quello che il gruppo di ricerca ha riscontrato attraverso l'utilizzo dell'indice di massa corporea (BMI) e del questionario *The mini-Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF) tra i mesi di gennaio/febbraio 2020 e marzo 2020, è un aumento negli anziani dal 28-34% al 58% del tasso di malnutrizione. Con quest'ultimo termine l'OMS intende uno squilibrio (in eccesso o in difetto) tra i nutrienti di cui l'organismo necessita per un corretto funzionamento e la quantità che viene effettivamente assunta con l'alimentazione. Ad essere cambiato a seguito della pandemia non è soltanto il tasso di malnutrizione della popolazione anziana quanto anche le cause scatenanti di tale fenomeno. Prima della pandemia tra le cause principali della malnutrizione venivano riportate: la dipendenza nelle attività della vita quotidiana e nella mobilità, le malattie infettive, la demenza o altre malattie neurologiche. A seguito del *lockdown* hanno invece assunto un maggior peso i fattori ambientali psico-sociali primo tra tutti l'isolamento (Ghanem et al., 2021). Quest'ultimo, come riportato nello studio di Ghanem et al., (2021), rappresenta il 64%

delle cause di malnutrizione; tra gli altri fattori rilevanti sono menzionati la presenza di sintomi psichiatrici, la dipendenza nella mobilità e le malattie acute.

Per quanto riguarda, invece, gli effetti dell'isolamento sulla salute fisica degli anziani ciò che emerge dalla letteratura è che durante il *lockdown* la popolazione anziana ha ridotto in modo significativo il livello di attività fisica, intendendo con tale termine qualsiasi movimento muscolo-scheletrico con conseguente consumo di energia, secondo la definizione data dalla WHO (2010). Sebbene gran parte degli studi, come si evince dalla metanalisi di Oliveira e colleghi (2022), siano stati condotti nei continenti americano ed europeo, i maggiormente colpiti dalla pandemia, ciò che allarma è che circa un terzo degli anziani abbia aumentato comportamenti sedentari durante il *lockdown*, indipendentemente dalla zona geografica di appartenenza. Il livello dell'attività fisica si è ridotto rispettivamente del 33,3%, 28,3% e 40% durante la prima, seconda e terza ondata della pandemia, soprattutto per il genere femminile (Yamada et al., 2021). Data l'importanza che riveste lo svolgere attività fisica regolare, le linee guida internazionali, come si legge nel documento intitolato "*Global recommendations on physical activity for health*" (WHO,2010), raccomandano a coloro che superano i 65 anni di età di effettuare circa 150-300 minuti di attività fisica aerobica di tipo moderato, oppure 75-150 minuti di attività vigorosa alla settimana; esercizi che vanno comunque adattati in base alle risorse e alle capacità fisiche di ogni individuo. L'inattività fisica è stata riconosciuta come la quarta causa di morte nella popolazione generale (WHO,2010); essa è inoltre uno dei principali fattori di rischio per problemi di obesità, sovrappeso e malattie croniche come il diabete. Per di più l'aumento della sedentarietà comporta una più veloce perdita della forza e della massa muscolare, la quale decresce normalmente dopo i trent'anni dal 3 all'8% ogni decade. Questa percentuale aumenta ulteriormente superati i sessant'anni, fenomeno noto come sarcopenia (Oliveira et al., 2022). La sedentarietà danneggia anche la resistenza del sistema muscolo-scheletrico e riduce la capacità cardio-respiratoria. Tutti questi fattori sono strettamente connessi con il declino funzionale degli anziani, con il loro peggioramento nelle abilità della vita quotidiana e con l'incremento di fragilità e rischio di cadute (Jiménez-Pavón et al., 2020). Svolgere attività fisica regolare e seguire una corretta alimentazione sono due elementi fondamentali per il benessere dell'anziano dato che migliorano la qualità del sonno e riducono la presenza di disturbi dell'umore. A tale proposito, anche se le epidemie sviluppatasi in anni precedenti come la SARS (2002) e la MERS (2012) avevano già messo in evidenza che le misure restrittive adottate dai



governi hanno degli effetti negativi sulla salute mentale degli anziani e soprattutto sull'aumento dei loro sintomi neuropsichiatrici (Cagnin et al., 2020), durante la pandemia da SARS-CoV-2 si è assistito nuovamente all'attivazione di misure cautelari di isolamento sociale. Questa decisione ha comportato un aumento generale dei sintomi d'ansia e di depressione, fattori che influenzano negativamente la qualità della vita degli anziani. L'aumento di tali sintomi potrebbe dipendere dalla paura della malattia COVID-19 e del suo tasso di mortalità, dal cambiamento delle abitudini di vita, dall'impossibilità di vedere i propri familiari e dal peggioramento del senso di solitudine e di abbandono.

## **1.5 Cambiamenti cognitivi e neuropsichiatrici nelle persone con demenza**

Le conseguenze più devastanti dell'isolamento sociale imposto dai governi sono state affrontate dalle persone con un decadimento cognitivo, la cui prevalenza nel mondo si aggira attorno ai 50 milioni, un dato che si pensa possa crescere a 152 milioni nel 2050, essendo che ogni tre secondi viene diagnosticata una demenza (Alzheimer's Association Report, 2019). Molte di queste persone hanno affrontato il *lockdown* nella propria abitazione soprattutto se affette da una demenza di grado lieve-moderato risentendo maggiormente l'assenza di stimoli sociali. Rispetto al resto della popolazione anziana, esse necessitano difatti di accesso ai servizi esterni come i Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD), di gruppi di stimolazione cognitiva, di centri diurni e di attività di fisioterapia e musicoterapia per la gestione dei sintomi e per il rallentamento della patologia (Bacsu et al., 2021). Essendo poi che per le persone con decadimento cognitivo è fondamentale mantenere delle abitudini regolari durante la giornata, l'introduzione dell'isolamento sociale ha causato un aumento del distress psicologico e fisico, oltre ad un peggioramento del *burden* dei *caregiver*, due terzi dei quali hanno manifestato sintomi legati allo stress (Borges-Machado et al., 2020; Cagnin et al., 2020; Iodice et al., 2021; Porcari et al., 2020). Tutti questi elementi messi insieme hanno determinato un peggioramento rilevante dei sintomi cognitivi e comportamentali in questa popolazione. Uno degli studi più significativi a tale proposito è quello condotto in Italia da Cagnin e colleghi (2020) che ha visto il coinvolgimento di 4913 *caregiver* di pazienti con demenza. Quello che è emerso di interessante attraverso l'intervista telefonica è che circa il 60% dei pazienti ha peggiorato e/o sviluppato nuovi BPSD (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*) a seguito del primo mese di quarantena. Il peggioramento di

questi sintomi è stato maggiore per le persone con una demenza a Corpi di Levy, seguiti dalla demenza Fronto-Temporale, dall'Alzheimer e infine dalla demenza Vascolare. Il 27,6% di coloro che hanno peggiorato i BPSD ha richiesto una modifica della terapia farmacologica in atto. Anche se il cambiamento di questi sintomi è avvenuto in modo differente a seconda del tipo di demenza, ad essere peggiorati maggiormente sono: irritabilità, ansia, agitazione, apatia; solo il 10% del campione ha invece manifestato disturbi psicotici come deliri ed allucinazioni. La sintomatologia di nuova comparsa comprende disturbi del sonno e irritabilità. Per quanto concerne l'associazione tra cambiamento nei BPSD e gravità della demenza secondo la *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR), si è osservata un'omogeneità dell'incremento dei sintomi tra i gruppi lieve, moderato e severo. La sintomatologia può essere stata la variabile discriminante: l'ansia risulta maggiore nella demenza lieve, mentre i disturbi del sonno e l'agitazione nei pazienti con demenza severa. Questa distinzione potrebbe essere dipesa dal fatto che i pazienti con demenza lieve hanno avuto più consapevolezza della pandemia e sono loro che hanno modificato le proprie abitudini in modo più significativo. Un'ulteriore considerazione rilevante ha riguardato il genere: le pazienti donne hanno manifestato soprattutto ansia e depressione, mentre gli uomini irritabilità e apatia. Il cambiamento nei BPSD è quindi legato alla tipologia di demenza, alla gravità e al genere dei pazienti (Cagnin et al., 2020). La mancanza di connessioni sociali, di attività fisica e di interventi non farmacologici, caldamente consigliati per le persone con demenza, ha determinato non solo il peggioramento dei sintomi neuropsichiatrici ma anche un cambiamento a livello della fisiologia cerebrale con aumento di placche di amiloide e riduzione dei fenomeni di neurogenesi e densità sinaptica (Curelaru et al., 2021). Inoltre, come messo in evidenza nello studio di Manca et al., (2020) la solitudine e la deprivazione sociale sono state associate a riduzione delle dimensioni del cervello nel lobo temporale mediale, fondamentale per il corretto funzionamento della memoria. Questo avrebbe facilitato il passaggio dallo stato preclinico del *Mild Cognitive Impairment* (MCI) alla demenza e avrebbe accelerato il decadimento cognitivo nelle persone già malate, come documentato da diverse ricerche (Bacsu et al., 2021; Borges-Machado et al., 2020; Chen et al., 2021; Curelaru et al., 2021; Iodice et al., 2021; Ismail et al., 2021; Rainero et al., 2020; Sharma, 2021; Tondo et al., 2021). Tra i sintomi cognitivi che sono peggiorati in percentuale più alta i caregiver riportano: dimenticanza, confusione e disorientamento spazio-temporale, soprattutto per coloro che erano affetti da demenza di Alzheimer e a Corpi di Levy e per i pazienti con un livello di indipendenza più elevato prima della pandemia. Al contrario,

la completa consapevolezza della pandemia sembra essere stata un fattore di protezione dal peggioramento della salute mentale (Rainero et al., 2020). Molte delle conseguenze dirette ed indirette del SARS-CoV-2 dovranno comunque essere monitorate e analizzate nel tempo attraverso accurate valutazioni psicologiche e mediche, poiché non sono ancora chiaramente conosciuti gli effetti del nuovo virus sulla salute generale della popolazione anziana.

Evidente è al termine della trattazione di questo capitolo che la pandemia ha modificato in modo significativo lo stile di vita e la salute della popolazione anziana che risiedeva domicilio durante le prime ondate della pandemia. Nonostante gli effetti devastanti subiti da queste persone, ad aver attraversato un periodo di maggiori criticità ed incertezze sono stati gli anziani che si trovavano nelle “Residenze sanitarie assistenziali (RSA)”, strutture portate sotto i riflettori sociali soltanto durante il periodo emergenziale. Nel prossimo capitolo verrà quindi delineata la trasformazione che hanno affrontato le RSA con l’arrivo della pandemia, le criticità riscontrate e gli effetti che le misure restrittive hanno avuto sugli anziani residenti.

## Capitolo 2

# COVID-19 e cosa è accaduto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali in Italia

### 2.1 Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono secondo il DPR del 14/01/1997:

“Presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e no, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera” (p. 29).

Tali strutture, contraddistinte da peculiarità a seconda della Regione/ Provincia autonoma di appartenenza, svolgono una funzione intermedia tra gli ospedali che si occupano del trattamento delle patologie acute e i servizi ambulatoriali e domiciliari. Le RSA stanno assistendo, inoltre, ad un aumento dell'età media di inserimento dell'anziano in struttura che si stima essere di 86 anni a causa dell'invecchiamento demografico della popolazione (Faggian et al., 2013). Quest'ultimo fenomeno è rappresentato dall'immagine esemplificativa del “rovesciamento della piramide” che consiste nella diminuzione delle nuove nascite, nell'innalzamento dell'aspettativa media di vita e nell'incremento (assoluto e relativo) del numero di anziani (Faggian et al., 2013). Quando la persona anziana fa ingresso in queste strutture presenta solitamente un quadro di compromissione funzionale già avanzato e di peggioramento delle sue condizioni croniche; di conseguenza molti decessi avvengono entro il primo anno dall'inserimento in struttura. Come riportano i dati ISTAT del 2016, difatti, c'è stato un innalzamento rispetto al 2009 dei casi ad alta intensità sanitaria dal 21 al 30%; sono aumentati gli anziani in RSA che presentano instabilità clinica e comorbidità (Faggian et al., 2013).

I criteri di accesso alle RSA pubbliche prevedono che l'anziano, un familiare o l'eventuale amministratore/ tutore di sostegno presenti richiama di ingresso presso il distretto sociosanitario presente sul proprio territorio (Regione del Veneto, 2022). L'*Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale* (UVMD), un'equipe di lavoro multiprofessionale, esegue poi una valutazione dell'anziano attraverso apposite scale di misurazione che analizzano il profilo della persona dal punto di vista globale. La valutazione è finalizzata ad individuare la soluzione più adatta per l'anziano a seconda del profilo di gravità emerso. Sulla base dell'esame, prendendo in considerazione la regione Veneto, vengono emanate impegnative di residenzialità che consistono in un titolo assegnato al cittadino che gli permette di accedere ai differenti servizi per persone non autosufficienti sia regionali sia al di fuori della regione di appartenenza. Tra questi servizi sono previsti (Regione del Veneto, 2022):

- Centri diurni a carattere assistenziale e/o riabilitativo per il supporto delle famiglie, che offrono accoglienza diurna all'anziano sollevando i *caregiver* dal carico assistenziale in maniera temporanea;
- Servizi SAPA (Sezione Alta Protezione Alzheimer) che consistono in posti letto dedicati a persone con decadimento cognitivo moderato-severo disponibili ad accogliere gli anziani per un tempo limitato essendo che questi ultimi necessitano di un particolare intervento clinico-assistenziale;
- Servizi per Stati Vegetativi Permanenti dedicati a coloro che si trovano in stato vegetativo a seguito di lesione cerebrale.
- Centri di servizio per anziani non autosufficienti (RSA) che offrono all'anziano assistenza sociosanitaria secondo due livelli di intensità differenti in base al carico assistenziale richiesto: Assistenza di primo livello di intensità minima-ridotta e assistenza di secondo livello di intensità media.

Per quanto riguarda l'inserimento nelle RSA, il punteggio ottenuto dalla valutazione permette all'anziano di entrare in una graduatoria regionale e di accedere alla struttura scelta una volta che sia disponibile un posto. Durante la permanenza nella struttura l'equipe di lavoro esegue nuovamente delle valutazioni multidimensionali dei bisogni dell'anziano per la definizione del PAI, il *Piano Assistenziale Individualizzato*, al fine di individuare il trattamento più adatto alla persona e il tipo di assistenza sanitaria di cui necessita nel corso del tempo (Regione del Veneto, 2022). L'introduzione di queste cure personalizzate all'interno delle RSA è stato un traguardo significativo. È solo a partire

dagli anni Settanta del secolo scorso che le RSA sono entrate a far parte del sistema di servizi e nella costruzione del *welfare state* (Faggian et al; 2013). Si è così superato il modello assistenzialistico-custodialistico che considerava i residenti delle strutture come tutti uguali e non differenziava gli interventi sulla base dei loro bisogni di cura. Si iniziano così a comprendere le peculiarità che contraddistinguono ogni anziano e a creare dei programmi assistenziali basati sul raggiungimento di obiettivi diversificati. Da quel momento in poi la persona anziana viene trattata secondo un approccio globale ed unitario disponendo gli operatori di profili di valutazione multidimensionali che permettono di avere un quadro generale della condizione dell'anziano e di monitorare la sua evoluzione nel tempo (Faggian et al;2013). Questo processo di trasformazione ha richiesto anche il cambiamento nell'organizzazione del lavoro del personale all'interno delle RSA e quindi una maggiore cooperazione tra le diverse figure professionali e una maggiore coordinazione con gli altri servizi presenti sul territorio. L'auspicio è comunque quello di riuscire a superare in futuro le divisioni specialistiche tra il settore socioassistenziale e quello sanitario (Faggian et al; 2013).

Dal punto di vista organizzativo-strutturale, come ricordano le “*Linee guida del Ministero della Sanità sulle Residenze Sanitarie Assistenziali (1994)*”, l'unità di base delle RSA sono i nuclei (o moduli) con capacità di 10-15 posti letto per nucleo nel caso di anziani con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e di 20-25 posti per gli anziani non autosufficienti. La capacità recettiva di tali strutture normalmente si attesta quindi tra un minimo di 20 e un massimo 120 posti. Strutturare le residenze sulla base dei nuclei risulta essere funzionale all'accoglienza in una stessa residenza di persone con bisogni differenti e alla migliore distribuzione delle risorse e del personale, essendo che ogni nucleo ha una propria organizzazione autonoma. Per quanto concerne nello specifico l'organizzazione degli spazi all'interno delle camere le “*Linee guida*” sottolineano come ognuna delle stanze può accogliere un massimo di quattro posti letto e che deve essere dotata di un proprio bagno autonomo. Essendo poi che spesso le residenze diventano la nuova abitazione dell'anziano particolare attenzione va dedicata all'arredo delle camere. È importante permettere ad ogni residente di personalizzare il proprio spazio al contrario dell'asetticità che domina nel mondo ospedaliero. Un ulteriore aspetto che non può venire trascurato riguarda la presenza di finestre ampie che danno l'opportunità alla persona di osservare l'ambiente esterno anche stando coricata a letto. L'anziano deve avere la possibilità di muoversi all'interno e all'esterno della residenza senza incontrare barriere

architettoniche che ostacolano la deambulazione e il passaggio con i diversi sussidi di aiuto alla mobilità. Oltretutto, uno degli elementi caratterizzanti la filosofia di vita all'interno delle RSA è il giusto equilibrio tra spazio privato (la propria camera) e spazio comune rappresentato dalle sale pranzo, dagli angoli lettura, dalle stanze dedicate alla ricezione dei familiari e dai luoghi appositamente strutturati per lo svolgimento di attività riabilitative, fisioterapiche ed occupazionali (Linee guida, 1994). Fondamentale è promuovere la socializzazione degli anziani con gli altri residenti, con il personale e con i propri cari per il loro benessere psico-fisico e per il miglioramento della loro qualità della vita (Faggian et al; 2013).

### *2.2.1 Nuclei specialistici per le demenze e il modello di cura*

Con l'aumento dell'aspettativa di vita media della popolazione e di conseguenza del numero di grandi-vecchi, anziani con età superiore a ottant'anni, sono incrementate le patologie legate all'età e altre patologie rilevanti tra cui le demenze (Faggian et al., 2013). Circa i due terzi degli anziani che risiedono nelle strutture sanitarie presentano difatti un decadimento cognitivo, soprattutto di tipo Alzheimer (Faggian et al; 2013). A tal proposito, le residenze sanitarie assistenziali con un numero di nuclei uguale o superiore a quattro devono garantire al proprio interno la presenza di un nucleo specialistico per le demenze secondo quanto previsto dalle "Linee guida (1994). È grazie a Tom Kitwood docente di psicogerontologia dell'università di Bradford e al suo approccio di "Cura Centrata sulla Persona (CPP)" che si è compreso quanto sia importante per la persona con demenza l'essere inserita in un ambiente di vita adatto ai suoi bisogni. Difatti, anche se uno degli aspetti principali della demenza è la degenerazione a livello cerebrale che causa i deficit cognitivi, altri fattori hanno un ruolo importante nell'influenzare l'andamento del decadimento cognitivo e dei sintomi neuropsichiatrici nella persona. Tom Kitwood (2015) ha così elaborato uno dei modelli più interessanti di cura verso la persona con demenza definito come "modello arricchito". Tra gli elementi che determinano il modo in cui la persona con demenza sente, agisce e pensa viene menzionata la salute fisica (Faggian et al;2013). La presenza di infezioni urinarie e polmonari, di malnutrizione e disidratazione può essere la causa di stati confusionali acuti in queste persone che, a causa del processo degenerativo in corso, non sono più in grado di riferire esattamente i sintomi che sentono. Così come alla base di comportamenti aggressivi o apatici possono esservi stati di malessere fisico e di dolore. L'equipe di

lavoro deve sempre interrogarsi sulla causa dei comportamenti che osserva poiché ogni comportamento ha un significato anche se non subito evidente; solo operando in questo modo si possono realizzare interventi efficaci e personalizzati (Faggian, 2013). Un ulteriore elemento importante da considerare nella cura delle persone con demenza è la loro storia di vita passata. Per comprendere alcune azioni di queste persone e per dare un senso al qui ed ora è importante conoscere le abitudini, i passatempi o l'attività lavorativa svolta precedentemente dall'anziano. Si possono così strutturare attività occupazionali su misura e trovare canali di comunicazione privilegiati, essendo che i disturbi di memoria tendono a danneggiare i ricordi recenti e a lasciare preservati quelli più lontani nel tempo (Faggian et al;2013). Strettamente connessa alla storia di vita è anche la conoscenza della personalità dell'anziano per comprendere ad esempio se è una persona estroversa/introversa e quanto gradisce la socialità e le attività che le vengono proposte. Per ottenere tali informazioni è molto utile la collaborazione dei familiari che restano una risorsa preziosa e importante durante l'intero ricovero dell'anziano. Infine, Kitwood (2015) cita tra i fattori del suo modello la psicologia sociale. Gioca un ruolo di grande importanza anche il contesto sociale e psicologico, che si traduce nel mantenimento di rapporti sociali ed interazioni. Avere interazioni sociali, intese come lo scambio tra individui di una stessa società, è difatti un bisogno di tutti gli esseri umani. A tale proposito, è stato osservato in Ferdous, (2020) che interazioni di qualità da parte degli operatori possono promuovere il benessere psicologico dell'anziano con demenza aumentando le sue emozioni positive in modo particolare per coloro con ridotta abilità di conversare con altri residenti. L'importante è che tali scambi avvengano attraverso diversi canali oltre a quello verbale, che può essere danneggiato dalla patologia. Bastano comunque dieci minuti al giorno di interazioni sociali per migliorare il benessere delle persone con demenza soprattutto per coloro che risiedono nelle istituzioni (Ferdous, 2021). Una meta-analisi recente (Desai et al., 2020) ha messo in evidenza come circa il 9% dei casi di demenza di adulti con età da 55 anni in su possa dipendere dall'assenza di relazioni sociali.

L'elemento cardine dell'approccio CCP consiste quindi nel mettere al centro della cura la persona con demenza valorizzata nella sua unicità prestando particolare attenzione al modo utilizzato per relazionarsi con essa. Le relazioni e la presenza di un ambiente sociale arricchito possono fare la differenza nella manifestazione della patologia e nell'impatto sulla qualità della vita (Faggian; 2013).



Per di più, avendo le persone con demenza bisogni specifici differenti dagli altri residenti, diversi studi riportati in Faggian (2013) hanno messo in evidenza i benefici che il vivere in un nucleo specialistico per demenza ha sulla salute di queste persone. Grazie alla presenza in questi nuclei di attività cognitive stimolanti, di un ambiente supportivo e protesico e di personale appositamente formato si mantengono le abilità funzionali il più a lungo possibile e si riducono le emozioni negative come rabbia, depressione, ansia e paura. Oltretutto, nei nuclei specialistici viene prestata una cura particolare alla strutturazione degli ambienti: gli spazi vengono organizzati in modo semplice con materiali e oggetti di uso comune per permettere alle persone di preservare l'interazione con l'ambiente fino a che il decadimento cognitivo non diventa troppo grave (Faggian., 2013). Essendo poi per un anziano particolarmente significativi l'allontanamento dalla propria abitazione e l'inserimento in una RSA poiché richiedono cambiamenti sia dello spazio fisico che di quello sociale, è importante mantenere degli oggetti del suo ambiente di vita familiare in modo che possa sentirsi nuovamente a casa. La cura dell'ambiente può avere effetti sia sull'umore che sul comportamento dell'anziano, i quali a loro volta impattano sulla qualità della vita e sulle relazioni sociali (Ferdous, 2020).

Inoltre, tali persone sono maggiormente sensibili ai rumori e alle luci forti per cui nei nuclei specialistici si cerca di controllare la presenza di stimolazioni negative eccessive che possono provocare un aggravamento della sintomatologia comportamentale. Sono previsti dei percorsi obbligati interni ed esterni alla RSA per tenere sotto controllo comportamenti problematici come il vagabondaggio, e l'affaccendamento e l'utilizzo di punti di riferimento che possano fungere da *cue* per aiutare l'anziano ad orientarsi all'interno del nuovo ambiente (Ferdous, 2020). Uno dei primi sintomi che porta ad istituzionalizzare l'anziano, oltre ai deficit di memoria, è infatti il disorientamento spaziale. Risulta pertanto fondamentale predisporre in maniera adeguata l'ambiente fisico in modo da supportare la sua capacità di orientarsi all'interno della nuova struttura, aspetto importante sia per l'autonomia sia per il mantenimento dell'indipendenza (Marquardt & Schmieg, 2009). Con l'avanzamento della patologia la persona diviene incapace di recuperare mentalmente l'immagine di un luogo non visibile poiché si danneggia l'abilità ad utilizzare e generare le mappe cognitive. E' stato dimostrato infatti che durante l'avanzamento del decadimento cognitivo si riduce il metabolismo cerebrale nel precuneo, un'area nota come "l'occhio del cervello", il quale produce le rappresentazioni mentali interne degli spazi (Marquardt & Schmieg, 2009). Un beneficio importante per la salute dell'anziano con demenza e con sintomi di

*wandering* è dato dalla possibilità di muoversi, soprattutto in ambienti esterni alla residenza a contatto con la natura poiché molti elementi nel contesto naturale hanno un potere curativo e ristorativo. La natura offre difatti l'opportunità di una stimolazione multisensoriale dell'anziano che comporta benefici a livello di agitazione, migliora l'umore, il benessere e i sintomi depressivi dell'anziano (Bossen, 2010). Tuttavia, l'accesso a tali aree esterne deve sempre essere localizzato in zone centrali della residenza in modo tale che gli operatori possano controllare i residenti (Marquardt & Schmiege, 2009).

Ideale infine sarebbe la possibilità di dedicare ad ogni anziano una stanza singola che permette di preservare la *privacy* e di mantenere maggiori contatti con i propri familiari o coniugi durante il decorso della malattia. Le stanze andrebbero comunque posizionate a fianco delle sale comuni per facilitare le interazioni sociali dell'anziano con demenza. Essendo l'Alzheimer una sindrome attualmente incurabile farmacologicamente gli interventi sono volti al miglioramento del benessere mediante l'incremento delle interazioni sociali (Ferdous, 2020). Quest'ultime hanno dunque effetti positivi sia sulla salute e sul benessere psicologico dell'anziano sia sul funzionamento cognitivo-comportamentale (Ferdous, 2021).

## **2.2 La trasformazione delle RSA durante il COVID-19 e le linee guida per la gestione dell'emergenza pandemica**

L'organizzazione e la vita degli anziani all'interno delle residenze sanitarie assistenziali e nei nuclei specialistici per demenza è stata completamente stravolta e modificata con l'arrivo dell'epidemia da COVID-19. Fin dall'ingresso dei primi casi in struttura è stata combattuta una guerra dagli operatori per evitare la diffusione del virus nella totale incertezza su che cosa fare, mancando delle linee guida generali e non essendoci nel personale alcuna consapevolezza su che cosa sarebbe accaduto di lì a poco.

In un primo momento dello stato emergenziale dove tutte le attenzioni erano focalizzate sugli ospedali arruolati in prima linea nel combattere il SARS-CoV-2, le RSA sono state interamente trascurate dalle autorità sanitarie e dall'opinione pubblica. Lo dimostra l'enorme ritardo con cui sono state emanate le indicazioni da parte delle autorità competenti per la gestione del contagio all'interno di tali realtà (Arlotti & Ranci, 2020). Gli amministratori di queste strutture hanno così dovuto compiere delle scelte autonome

molto delicate riguardanti la chiusura delle RSA e dei servizi annessi al loro interno, tra cui i centri diurni, scontrandosi il più delle volte con l'opinione dei familiari desiderosi e preoccupati di non vedere più i propri cari.

*La circolare N. 1997 del Ministero della Salute*, pubblicata il 22 gennaio del 2020, contiene già informazioni importanti riguardanti il coronavirus e gli effetti di quest'ultimo sugli anziani. Riporta scritto al suo interno che il SARS-CoV-2 di provenienza cinese può causare nelle persone con condizioni cliniche croniche pregresse, quali ipertensione, diabete, patologie epatiche, una forma grave di sindrome respiratoria acuta (SARS). Essendo queste condizioni maggiormente presenti nelle persone anziane, quest'ultime sono esposte ad un maggior rischio di esito infausto a seguito del contagio da SARS-CoV-2. Nonostante le RSA siano strutture ospitanti persone anziane con un elevato tasso di fragilità, le prime linee guida di gestione della pandemia sono state rivolte essenzialmente agli ospedali, lasciando gli operatori delle residenze sanitarie soli a combattere di fronte all'emergenza e quindi comportando la strage di molte vittime in poco tempo. *La Circolare del 22 febbraio N 5443*, difatti, sancisce la chiusura degli ospedali ai visitatori esterni, raccomanda l'utilizzo dei dispositivi di protezione per il personale sanitario e l'esecuzione delle corrette procedure di disinfezione. Sottolineata l'importanza di isolare le persone positive al virus dagli altri ricoverati e di eseguire i tamponi per monitorare l'andamento dell'epidemia negli ospedali.

Un primo segnale di interesse verso le RSA arriva a distanza di settimane con il *DPCM del 4 marzo 2020*. All'articolo 1 viene stabilito che possono entrare in queste strutture solo i familiari e/o i visitatori esterni con approvazione da parte della direzione sanitaria e senza sintomi simil-influenzali. Tuttavia, a causa di mancanza di personale, molti familiari devono accedere alle strutture per prestare assistenza agli anziani durante i pasti rendendo difficile il controllo dei contagi (Arlotti & Ranci; 2020). Il 17 marzo si decide di chiudere i servizi di centro diurno presenti in molte residenze sanitarie e il 25 marzo viene emanata una circolare prot. N. 7865 riguardante l'“*Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19*”, all'interno della quale un intero capitolo è dedicato alla gestione dell'emergenza nelle residenze sanitarie. Ciò nonostante, è solo a partire dal 1° aprile che la situazione vissuta dalle RSA subisce una svolta significativa grazie alla mobilitazione dei familiari e del personale sanitario, i quali denunciano la mancanza di dispositivi di

protezione, l'assenza di informazioni precise su come gestire l'emergenza pandemica, oltre alle innumerevoli morti che avvengono ogni giorno in queste strutture nello sconforto degli operatori e dei familiari e nel silenzio generale della stampa. Da questo giorno in poi scoppia il "caso RSA" su tutti i giornali e iniziano le inchieste giudiziarie sulle morti avvenute nelle residenze sanitarie (Arlotti & Ranci; 2020). A seguito di questa movimentazione generale viene stabilito dalle autorità sanitarie che devono essere sottoposti ai tamponi tutti gli operatori delle RSA, anche se asintomatici, e i residenti delle strutture per permettere un miglior tracciamento del virus.

A distanza di tre mesi dalla pubblicazione della prima circolare del Ministero della Salute riguardante la gestione dell'emergenza sanitaria, il 18 aprile 2020 viene emanato un piano generale di gestione del rischio nelle RSA contenuto nella circolare: "*Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS- COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie*". Vengono così indicate alcune misure fondamentali per evitare la diffusione del contagio nelle RSA come: la limitazione di accessi dall'esterno, la riduzione degli invii agli ospedali per effettuare i test strumentali specifici e le visite specialistiche, la presenza di spazi adatti per isolare i soggetti positivi e indicazioni riguardanti la formazione del personale. Il ritardo con cui sono state emanate queste misure può aver avuto un ruolo significativo nella circolazione del virus all'interno delle residenze sanitarie e nel numero di decessi avvenuto nei mesi precedenti.

Una notevole svolta per i residenti delle RSA è stata segnata dalla Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020 intitolata: "*Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura*". L'importanza di questo documento è data dal fatto che le autorità politiche italiane hanno riconosciuto la necessità di trovare un equilibrio tra la protezione e sicurezza dei residenti e il loro diritto alla comunicazione e alle interazioni sociali (Bolcato et al., 2021). È la prima volta, dunque, che in un documento politico si sottolinea il diritto degli anziani residenti delle RSA alla relazione sociale. Tale riconoscimento è avvenuto in maniera tardiva, se si pensa che già la definizione di salute presente nella Costituzione dell'OMS stipulata a New York il 22 luglio 1946 ha inserito la dimensione sociale tra gli altri fattori che determinano la salute dell'individuo. Difatti, la Costituzione afferma: "La salute è uno stato completo di benessere psico-fisico mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità" (Bolcato et al., 2021 p.8). Se durante la pandemia da COVID-19 le interazioni sociali potevano avvenire solo attraverso le tecnologie digitali, l'accesso paritario a tali

dispositivi doveva essere garantito a tutti gli anziani e alle loro famiglie; purtroppo però esistono ancora ad oggi molte disuguaglianze sociali nella possibilità di utilizzo delle tecnologie (Bolcato et al., 2021).

### **2.3 Il tasso di mortalità nelle RSA e il fine-vita**

L'unica informazione certa riguardo alla pandemia è che sono morte soprattutto le persone anziane con un'età media di 80 anni (ISTAT, ISS,2020). Più complesso è invece stimare il numero di decessi che si sono verificati all'interno delle RSA, un dato che per molto tempo è stato sottostimato e non considerato dalle statistiche poiché queste strutture sono state inizialmente escluse dal tracciamento epidemiologico del virus.

Lo studio più accurato, a tale proposito, è stato condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il “*Garante Nazionale delle persone private della libertà personale*”, i quali a partire dal 24 marzo del 2020 hanno avviato un'indagine sulla mortalità nelle residenze. A questa *survey* hanno partecipato 3292 residenze, un numero consistente calcolando il totale delle RSA presenti sul territorio italiano (4629). Il tasso dei decessi per COVID-19 o per sintomi simil-influenzali in queste strutture tra i mesi di febbraio e aprile 2020 è stato pari a 3772. Se questo dato viene rapportato al totale delle residenze italiane, il valore si eleva a 9000 decessi. La morte delle persone anziane per COVID-19 avvenuta nelle RSA ha rappresentato quindi circa il 34% dei decessi in Italia. Una realtà più complessa è stata affrontata dalla regione Lombardia e in modo particolare dalla città di Bergamo, dove i decessi avvenuti nelle residenze nel periodo tra inizio gennaio e fine aprile 2020 sono stati 1998 un numero equivalente ai decessi degli anni 2017-2019.

La Regione Lombardia, come riportato in Arlotti & Ranci (2020), ha dovuto gestire delle difficoltà importanti durante l'emergenza pandemica. Alcune problematiche hanno riguardato le residenze sanitarie, i maggiori veicoli silenziosi del contagio. Nonostante l'intesa stipulata il 23 febbraio tra la Regione e il Ministero della Sanità, le RSA non sono state chiuse ai visitatori esterni ma è stato limitato l'ingresso ad un solo familiare per residente, permettendo una continua circolazione del virus. Questa normativa è rimasta in vigore fino all'8 marzo 2020, data di chiusura delle RSA.

Un ulteriore aspetto critico per la gestione del virus in questa regione riguarda la visione distorta che le amministrazioni tecnico-politiche hanno delle residenze sanitarie, spesso

considerate come delle strutture contenitive dove collocare gli anziani e non come parte dei servizi di cura sul versante assistenziale. Di conseguenza, è stata emanata l'8 marzo da parte della Regione una *Deliberazione N. XI/2906* che sollecitava il trasferimento nelle RSA dei pazienti ospedalieri post acuti, anche covid positivi, per ridurre la pressione ospedaliera. Si tratta di una decisione che spettava alle residenze dotate di alcune caratteristiche come la presenza continua h.24 di personale sanitario, le terapie dell'ossigeno, spazi liberi dove isolare i casi positivi. Così facendo però le residenze che hanno aderito all'iniziativa sono diventate in poco tempo dei focolai epidemici a causa dei pazienti ospedalieri positivi.

L'elevato tasso di decessi avvenuto nelle residenze sanitarie può essere spiegato anche da altri fattori, come il numero significativo di persone con decadimento cognitivo che risiede all'interno di queste strutture. Gli studi condotti da Numbers & Brodaty (2021) hanno messo in evidenza difatti come queste persone hanno avuto difficoltà a ricordare la messa in atto delle misure restrittive per evitare la diffusione del contagio. In secondo luogo, fattori di rischio per la demenza come l'età avanzata, l'obesità, il diabete mellito di tipo 2, la presenza dell'allele APOE e4e4 (Sharma, 2021), l'ipertensione e le malattie cardiovascolari sono stati riconosciuti come fattori di rischio anche per l'infezione grave da SARS-CoV-2. Non solo, quindi, le persone con decadimento cognitivo hanno avuto maggiore probabilità di contrarre il virus, ma anche di avere una prognosi infausta a seguito del contagio (Numbers & Brodaty, 2021). Inoltre, esse hanno sviluppato la malattia COVID-19 non con la tipica sintomatologia che comprende febbre, tosse e astenia, ma con sintomi atipici quali delirium soprattutto ipocinetico, confusione, disorientamento e perdita dell'appetito; questo ha reso più difficile riconoscerne la positività e attivare di conseguenza le misure cautelari più adatte soprattutto durante il periodo di assenza dei tamponi (Alonso-Lana et al., 2020).

Nonostante siano stati qui sopra riportati i decessi avvenuti nelle RSA per COVID-19, molte delle morti sono avvenute senza la possibilità di svolgere un tampone e quindi senza accertamento della causa; per tale motivo è difficile fare una stima accurata delle morti per covid (Numbers & Brodaty, 2021). Per di più, anche se l'isolamento degli anziani all'interno delle residenze è una delle misure contenitive più efficaci per il controllo del virus, la mancanza di contatti sociali rischia di uccidere gli anziani più del SARS-CoV-2. A tale riguardo si esprime Marco Impagliazzo presidente della comunità anziani di Sant'Egidio: *“Proteggere gli anziani isolandoli e tagliandoli fuori dal mondo forse li salverà dal COVID ma rischia di farli morire ugualmente. Nella solitudine si muore di*

*più*” (Avvenire, 2020 p. 4). Gli anziani istituzionalizzati fragili lontani dalle proprie abitazioni ricche di ricordi, privati degli sguardi e del contatto amorevole dei propri cari vivono una sindrome di abbandono e si lasciano morire (Rosselli & Ballola, 2021). Fondamentale risulta essere quindi il mantenimento dei legami con familiari, amici e volontari che rappresentano un punto di contatto con la vita passata e che aiutano gli anziani a ridurre lo sconforto e il senso di angoscia dovuto alla lontananza dalla propria dimora. Per tali motivi le misure restrittive sarebbero dovute essere adeguate e andrebbero adeguate in base all’impatto che possono provocare sul benessere psicologico dei residenti per tutelare e proteggere la loro dignità intesa come il rispetto che l’individuo deve sentire nei confronti di sé stesso e degli altri (Testoni; 2020). Molte residenze hanno così attivato dei sistemi di comunicazione tra famiglie e residenti attraverso dispositivi tecnologici o mediante scambi epistolari (Rosselli & Ballola, 2021). Essendo forte il bisogno dei familiari di vedere i propri cari, sono state effettuate soprattutto videochiamate con il supporto degli operatori. Sebbene molti familiari abbiano apprezzato l’utilizzo di dispositivi tecnologici, unico mezzo per poter “incontrare” i propri amati, essi hanno dovuto affrontare barriere importanti (Chu et al., 2022). Le RSA hanno una mancanza di dispositivi tecnologici e di personale formato per aiutare gli anziani con l’utilizzo delle tecnologie progettate senza tenere in considerazione l’uso da parte di persone anziane con limitazioni sensoriali e cognitive legate al processo di invecchiamento. Manca inoltre in molte residenze la connessione a internet. Questo aspetto rappresenta un fallimento da parte dei governi nel garantire il diritto agli anziani di essere connessi con il mondo circostante (Chu et al., 2022). È stata comunque premura degli operatori prestare ascolto e lanciare sguardi di affetto e conforto verso i residenti, nonostante la mancanza dei sorrisi nascosti dalle mascherine e del calore emanato dal contatto corporeo delle carezze (Rosselli & Ballola, 2021). Gli anziani sembrano beneficiare difatti del contatto pelle a pelle e risentono maggiormente dell’assenza del tocco sociale del personale e/o dei familiari che stringono loro la mano (Cocuzzo et al., 2020).

A tale proposito, il blocco delle visite verso i propri cari è stato vissuto dalle famiglie come un evento particolarmente doloroso a livello emozionale (Avidor & Ayalon, 2022). Purtroppo, ciò che è accaduto in queste realtà è che improvvisamente sono state sospese le visite da parte dei visitatori esterni senza dare la possibilità ai familiari di salutare i propri cari e di spiegare che non potevano andare a trovarli per un po’ di tempo. Ad aggravare la situazione è il fatto che molti residenti presentavano -e presentano- un

decadimento cognitivo e si sono quindi ritrovati soli, senza comprendere quanto stava accadendo. Ciò che ha preoccupato i familiari, come emerge dall'intervista qualitativa condotta da Avidor & Ayalon (2022) sembra essere stata la lontananza dai propri cari senza essere aggiornati sulle loro condizioni. I familiari riportano di essersi sentiti esclusi dalle decisioni prese verso i residenti e di aver perso fiducia nelle istituzioni e nelle cariche soprastanti a causa della mancanza di trasparenza e di dialogo. Hanno inoltre lamentato la discontinuità delle cure verso i propri cari. Difatti, prima dello scoppio della pandemia i familiari contribuivano in diversi modi all'assistenza degli anziani aiutandoli durante l'igiene, prestando assistenza durante i pasti, prendendo parte agli eventi e alle attività presenti in RSA (Prins et al., 2021). Oltre agli effetti benefici sull'anziano l'attività di prendersi cura del proprio caro migliora la salute dei *caregiver*, aumentando il loro senso di utilità e riducendo il senso di frustrazione e di perdita di controllo, in modo particolare per i familiari con basso livello di resilienza (Prins et al., 2021). Ciò che emerge da diversi studi è che la salute mentale dei *caregiver* è peggiorata durante il *lockdown* e il blocco delle visite (COVCARE Group et al., 2021; Prins et al., 2021). L'aspetto interessante è che il declino delle condizioni dei *caregiver* è avvenuto in maniera simile sia per coloro che assistevano i propri cari a domicilio sia per coloro che avevano un familiare residente in una RSA. Ciò significa che i compiti di assistenza materiale rappresentano solo una minima parte della distress esperito dai *caregiver*. Un effetto importante possono averlo giocato il blocco delle visite verso i propri cari e la riduzione delle informazioni riguardanti le loro condizioni di salute durante l'espandersi della pandemia (COVCARE Group et al., 2021). I familiari si sono così domandati se mantenere il proprio caro all'interno delle strutture potesse essere la soluzione migliore, pur consapevoli di non avere la possibilità di curarli e assisterli nelle proprie abitazioni. Nel frattempo, sono aumentati i loro sentimenti di ansia e di paura dovuti al fatto che non sapevano quando le misure restrittive sarebbero state eliminate e se il proprio caro sarebbe rimasto in vita fino a quel momento. Era forte la paura che il proprio parente morisse, non solo di COVID-19, ma anche di vecchiaia senza poterlo salutare un'ultima volta (Avidor & Ayalon, 2022). All'inizio della pandemia sono stati difatti sospesi tutti i riti funebri togliendo l'opportunità ai familiari di salutare il proprio caro e di ricevere il commiato e la solidarietà della comunità, elementi cruciali per una sana elaborazione del lutto (Testoni; 2020). L'impossibilità di vedere il proprio caro prima del decesso, così come il rapido declino dovuto all'isolamento sociale e/o al COVID-19, hanno aumentato



l'incidenza di lutti complicati sia tra i familiari sia tra il personale delle RSA (Bolt et al., 2021).

Inoltre, il COVID-19 ha messo in evidenza quanto sia importante aiutare gli anziani a morire bene, valorizzando fino alla fine la loro identità (Parks & Howard, 2021). Nel caso di assistenza nel fine-vita di persone con demenza ciò che può fare la differenza nel preservare l'identità della persona è il tipo di cure che le vengono dedicate. Se l'assistenza terminale avviene presso una RSA, i familiari possono aiutare l'anziano a mantenere viva la sua identità attraverso visite, fotografie di vecchi ricordi e telefonate (Parks & Howard, 2021). Se non si attiva fin da subito questo scambio con il mondo esterno, si rischia di portare l'anziano ad una morte sociale prima che avvenga quella biologica (Parks & Howard, 2021); situazione che si è presentata e aggravata durante la pandemia. Molti familiari sono stati così costretti a prendere delle decisioni etiche sul fine-vita dei propri cari, tra cui quella riguardante l'ospedalizzazione, senza poterli visitare e senza conoscere le loro intenzioni e preferenze di trattamento.

Durante periodi di emergenza sanitaria, come quella causata dal COVID-19, si sarebbero dovute mettere in atto le cure palliative verso i residenti delle RSA per assicurare loro una morte pacifica. Tali cure prevedono una risposta complessa a differenti tipologie di bisogni fisici, sociali, psicologici e spirituali della persona morente e un'assistenza alle famiglie prima e dopo il lutto (Bolt et al., 2021). Tuttavia, l'emanazione di queste cure, già carente durante circostanze di vita normale, è diventata ancora più complessa con l'inizio della pandemia, essendo gli operatori coinvolti nel bloccare la diffusione del contagio e avendo poco tempo ed energie da poter impegnare su altri fronti. Molti lavoratori delle RSA si sono trovati costretti a compiere delle scelte senza la possibilità di consultare i familiari e senza avere informazioni riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) della persona anziana (Bolt et al., 2021). Molti anziani sono infatti morti senza possibilità di decisione in merito al proprio luogo di morte e ai trattamenti che prolungano la vita. Anche se lo desideravano, alcune persone con demenza, a causa della prognosi infausta e delle elevate condizioni di fragilità, non hanno potuto accedere al supporto di ventilazione durante il periodo di piena emergenza sanitaria caratterizzato da mancanza di risorse (Bolt et al., 2021). Ciò che è importante sottolineare è che le cure palliative erogate in modo umano ed empatico e il sostegno al dolore e al lutto devono essere presenti anche, e soprattutto, in tempi di pandemia poiché come ha affermato una delle iniziatrici di tali cure Dame Cicely Saunders: "Il modo in cui le persone muoiono

rimane nella memoria di coloro che vivono ancora” (Bolt et al., 2021 p.11). La devastazione portata dal COVID-19 ha fatto comprendere maggiormente l’importanza di inserire nella salute globale le cure-palliative per ridurre la sofferenza della persona anziana e della sua famiglia prima e dopo la morte.

## **2.4 Ulteriori criticità riscontrate**

Oltre al grande ritardo con cui sono state pubblicate le linee guida per la gestione dell’epidemia nelle RSA e all’elevato numero di decessi avvenuto al loro interno gli operatori hanno dovuto affrontare ulteriori aspetti critici. Non essendo stata stabilita fin da subito una politica nazionale riguardante l’approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale molte residenze hanno avuto difficoltà nel reperire questi materiali, trovandosi di conseguenza senza gli strumenti minimi necessari per affrontare la pandemia (Montini, 2020). I singoli gestori hanno dovuto cercare in modo autonomo fornitori di DPI certificati su mercati esteri che prevedevano tempi di consegna molto lunghi. Inoltre, molti DPI sono stati sequestrati dalla protezione civile per essere consegnati agli ospedali. Nel giro di poco tempo molti operatori si sono così contagiati causando una riduzione del 40-50% del personale; a questo valore bisogna aggiungere i lavoratori delle RSA che sono stati trasferiti nel contesto ospedaliero (Montini.,2020). Data la carenza generale di personale disponibile gli stessi operatori hanno dovuto svolgere turni di lavoro massacranti occupandosi sia dei residenti positivi che negativi una situazione che ha comportato ulteriore diffusione del contagio. Per di più, questi lavoratori stanchi da turni di lavoro pesanti hanno provato un senso di sconforto leggendo articoli di giornale che li definiva come “untori e responsabili della strage” degli anziani (Mastella., 2020 p.56). Difatti, se per i medici e gli infermieri che lavoravano negli ospedali è stato attribuito l’appellativo di “angeli” gli operatori delle RSA sono passati in secondo piano e sono stati ritenuti i responsabili della morte degli anziani (Mastella., 2020). Molti di loro hanno così sviluppato sintomi di distress socio-emozionale dovuto al carico emotivo della situazione. Da un lato essi sono stati attraversati dalla paura di essere contagiati e di contagiare gli anziani e dall’altro dal timore di portare il virus nelle proprie abitazioni. Lo studio di Orlando et al., (2022) ha messo in evidenza come il rischio di infezione all’interno delle RSA sia strettamente collegato alla presenza di infezioni tra il personale. La probabilità di focolaio epidemico era difatti del 154% più alta nelle strutture con almeno un membro dello staff positivo al SARS-CoV-2 (Orlando et al., 2022). Meno

probabile è che potesse avvenire il contagio da parte dei residenti verso gli operatori dato che nella maggior parte delle strutture è stato impedito agli anziani di uscire e di vedere persone provenienti dall'esterno. Un ulteriore elemento di rischio è stato rappresentato dall'inserimento di nuovi residenti all'interno delle strutture soprattutto in quelle di grandi dimensioni la maggior parte dei quali provenienti da contesti ospedalieri (Orlando et al., 2022). Gli operatori hanno anche vissuto un senso di impotenza di fronte alle innumerevoli morti che sono avvenute durante i propri turni di lavoro essendo mancate persone anziane con le quali avevano intrattenuto relazioni significative e per le quali non è stato possibile eseguire nessuna cerimonia funebre (Bolt et al., 2021). Per di più, il personale ha riferito nello studio condotto da Hoedl et al., (2022) che le principali preoccupazioni durante la pandemia sono state l'eccessivo carico di lavoro e l'organizzazione dello stesso. Per quanto concerne tali aspetti sono aumentate difatti le attività che dovevano svolgere nei confronti dei residenti portando ad un aggravamento del loro livello di stress. L'infezione grave da SARS-CoV-2 può difatti presentarsi negli anziani con sintomi non specifici come stato mentale alterato, confusione, perdita di peso, affaticamento, declino cognitivo e cadute. Per questo motivo gli operatori sono stati costretti a monitorare i parametri degli anziani più volte al giorno e in modo particolare a monitorare la saturazione dell'ossigeno e la presenza o meno di febbre (Soysal et al., 2020). Tuttavia, alcune di queste procedure di misurazione dei parametri vitali come l'accesso vascolare richiedono una restrizione dei movimenti da parte delle persone con demenza e questo può aggravare il delirium e i disturbi comportamentali rendendo complesso il portare a termine tali procedure (Soysal et al., 2020). Dunque, la pandemia non ha fatto altro che peggiorare la situazione lavorativa di questi operatori sottopagati rispetto ad altri contesti come quello ospedaliero. Per migliorare tale situazione andrebbero aumentate da parte dei governi le dotazioni finanziarie per l'assistenza personale ed infermieristica in modo da poter assumere maggiore personale all'interno delle RSA e aumentare gli stipendi. Il benessere dei lavoratori può così avere effetti benefici sull'incremento della qualità della cura verso gli anziani residenti (Chu et al., 2021).

Oltretutto, per il tracciamento del virus nelle RSA durante la prima fase della pandemia sono stati spesso eseguiti test sierologici rapidi che prevedono il prelievo del campione di sangue del paziente. Questi test si basano sul riscontro qualitativo sì/no rispetto alla presenza di anticorpi del virus e generano molti falsi negativi (Mastella, 2020). Maggiore affidabilità hanno invece i tamponi che prelevano il materiale biologico da naso e gola

per l'esecuzione dei test molecolari e antigenici. Questi test permettono di individuare la presenza del virus già nella fase di incubazione. Tuttavia, i risultati di questi tamponi sono arrivati spesso con ritardo di molti giorni impedendo di tracciare ed isolare precocemente i casi covid positivi (Mastella, 2020). Data la carenza di tamponi i test sono stati eseguiti soprattutto su persone con sintomi simil-influenzali anche se circa il 10-15% degli anziani hanno manifestato la patologia in modo asintomatico diventando veicoli del contagio silenziosi (Mastella, 2020). A questo bisogna aggiungere che gli operatori hanno incontrato difficoltà nell'eseguire tamponi nasofaringei alle persone con demenza. Sebbene tali test non sono invasivi vengono percepiti come fastidiosi soprattutto da coloro che non comprendono i motivi per cui vengono effettuati (Veronese & Barbagallo, 2021). Inoltre, le strutture sanitarie sono costituite da camere doppie o triple che rendono difficile l'isolamento degli anziani positivi in stanze apposite. Essendo tali strutture abitate da persone con patologie croniche e con diversi livelli di decadimento cognitivo risulta spesso difficile il mantenimento del distanziamento personale e dell'isolamento nelle camere. La maggior parte di queste persone necessita difatti di aiuto nello svolgimento delle diverse attività della vita quotidiana oltre che della possibilità di movimento data l'alta prevalenza di disturbi comportamentali come vagabondaggio e affaccendamento.

## **2.5 Gli effetti dell'isolamento sugli anziani residenti**

Isolare i residenti all'interno delle RSA è stata una misura fondamentale per evitare il diffondersi del contagio. L'etica sottostante a tale politica contenitiva sembra però aver dato maggiore importanza alla quantità della vita più che alla qualità, alla salute fisica più che a quella psicologica degli anziani. Questo avrebbe comportato un'ulteriore crisi nelle residenze sociosanitarie: la crisi dell'isolamento sociale (Chu et al., 2021). Difatti, anche se il COVID-19 ha avuto effetti devastanti dal punto di vista fisico e della mortalità un grande impatto sugli anziani e sulle loro famiglie sembra essere stato esercitato dalle misure restrittive (Cohen-Mansfield & Meschiany, 2022). L'assenza dei contatti con i familiari, risorse di supporto sociale fondamentali per i residenti, sembra aver determinato un peggioramento globale delle condizioni degli anziani nei differenti domini: cognitivo, fisico, nutrizionale, motorio e psicologico come riportato da differenti autori (Avidor & Ayalon, 2022; Pérez-Rodríguez et al., 2021; Plangger et al., 2022). Tale mancanza di interazioni sociali sembra aver determinato inoltre un aumento del rischio di mortalità per tutte le diverse cause di morte (Bacsu et al., 2021; Orlando et al., 2022) e un aumento del sentimento di solitudine (Noten et al., 2022; Richardson et al., 2022). La solitudine tra i

residenti delle RSA era già un elemento preoccupante prima della pandemia avendo percentuali di prevalenza tra il 22-44% rispetto agli anziani in comunità (10%) (Montgomery et al., 2020) e si è aggravata ulteriormente durante il COVID-19.

Riguardo alla scelta della tipologia di isolamento da adottare (in stanza o in nucleo) verso i residenti positivi al SARS-CoV-2 e di coloro negativi non esistono indicazioni univoche a livello di legge. La decisione di isolare gli anziani all'interno della stanza o nei nuclei è stata presa dalle singole RSA sulla base di considerazioni cliniche più che legali (Frahsa et al., 2020; Veronese & Barbagallo, 2021). Molte strutture avendo poche risorse disponibili per il controllo e la gestione dei residenti si sono trovate costrette ad isolare molti anziani, se non tutti, nelle stanze andando contro a volte alla loro volontà e a quella dei familiari (Veronese & Barbagallo, 2021) sollevando così questioni e dibattiti etici che successivamente sono diventati oggetti di contenziosi legali.

Per quanto concerne le persone con demenza essendo che circa il 20% ha disturbi del comportamento in modo particolare durante le fasi precoci della malattia la strategia di isolamento migliore sembra essere, secondo alcuni autori, quella del nucleo (Frahsa et al., 2020; Veronese & Barbagallo, 2021). Infatti, questa alternativa di isolamento dà la possibilità alla persona di muoversi all'interno dello spazio riducendo i disturbi comportamentali e la possibilità di interazione sociale con gli altri residenti.

Tuttavia, se si prende in considerazione il diverso profilo di funzionamento cognitivo degli anziani residenti in RSA sembra che le misure di isolamento non abbiano avuto gli stessi effetti tra i residenti (Ferdous, 2021). Il peggioramento pare essere stato maggiore per gli anziani con decadimento cognitivo lieve-moderato e per coloro che sono a rischio di decadimento rispetto alle persone maggiormente compromesse come riscontrato in diversi studi (Leontjevas et al., 2021; Pérez-Rodríguez et al., 2021; Van der Roest et al., 2020).

A tal proposito, è stato rilevato sia un aumento dei disturbi comportamentali che una diminuzione (Knippenberg et al., 2022; Leontjevas et al., 2021). Le misure restrittive hanno comportato infatti la cancellazione delle attività di stimolazione cognitiva e interazione sociale presenti in RSA come la stimolazione cognitiva, le attività musicali e la terapia occupazionale. Per alcuni residenti questo cambiamento è stato vissuto come una mancanza di stimolazione e quindi una perdita della salute a livello sociale. Per altri, ha significato una riduzione dei rumori eccessivi e del disordine e quindi ha comportato un miglioramento dei BPSD. La presenza di ansia, agitazione, irritabilità e depressione

sembra essere stata maggiore per gli anziani con problematiche somatiche rispetto che per coloro con demenza (Leontjevas et al., 2021).

Dunque, se gli anziani con un deterioramento cognitivo in stato avanzato, con sintomi psicotici o con agitazione comportamentale hanno beneficiato della riduzione di stimolazione sensoriale, i residenti senza demenza o con apatia e/o depressione ne hanno risentito negativamente (Knippenberg et al., 2022), anche per la maggiore consapevolezza dei cambiamenti dovuti alla situazione emergenziale. Un ruolo significativo nel modo differente dei residenti di reagire di fronte alle restrizioni sembrano averlo il carattere, i bisogni sociali e le strategie di *coping* degli anziani, oltre al funzionamento cognitivo (Noten et al., 2022). Il peggiore impatto si è verificato per gli anziani più socievoli rispetto che per coloro che preferivano stare da soli e non sentivano la necessità di socializzare. La pandemia ha creato quindi le condizioni per discutere ulteriormente rispetto alla necessità di adattare gli stimoli e le cure alle caratteristiche dei residenti riprendendo il modello della Cura Centrata sulla Persona di Kitwood. È importante realizzare degli ambienti separati all'interno delle RSA che prevedano diversi livelli di stimolazione.

Entrando nello specifico degli effetti dell'isolamento su differenti domini di salute dell'anziano uno studio interessante è stato condotto da Pérez-Rodríguez e colleghi (2021). Gli studiosi hanno analizzato i cambiamenti nei domini funzionali, nutrizionali e cognitivi prima e dopo la prima ondata di COVID-19 in 435 anziani residenti in quattro differenti strutture spagnole. Hanno inoltre confrontato i soggetti positivi al virus (circa il 43%) con coloro che sono rimasti negativi. I risultati sono preoccupanti: il Barthel Index ha permesso di individuare il declino funzionale nel 20,2% del campione. La malnutrizione indagata attraverso il MNA-SF e il BMI è aumentata del 36,8%; il 38,4% degli anziani ha invece perso peso. Tale peggioramento potrebbe essere dipeso da una ridotta motivazione a mangiare e all'impossibilità per alcuni residenti di recarsi nelle sale da pranzo e quindi alla mancata condivisione sociale dei pasti (Richardson et al., 2022). Dal punto di vista cognitivo il 22-25,9% del campione ha peggiorato il proprio funzionamento secondo la GDS<sup>2</sup> (Global Deterioration Scale) e il MEC<sup>3</sup> (Lobo's Mini Examen Cognoscitivo); è stato inoltre somministrato ai residenti l'SPMSQ di Pfeiffer che

---

<sup>2</sup>GDS-Scala di Deterioramento Globale: con valori da 1 (nessun declino cognitivo) a 7 (declino cognitivo grave);

<sup>3</sup>MEC-Mini Esame Conoscitivo di Lobo: punteggi da 35-25 nessun decadimento cognitivo, 24-20 decadimento cognitivo lieve, 19-14 decadimento cognitivo moderato, <14 deterioramento cognitivo grave

non ha rivelato però alcun cambiamento statisticamente significativo. Un ulteriore aspetto individuato è che il 48% degli anziani ha sviluppato sintomi depressivi. Ciò che colpisce maggiormente è che confrontando il gruppo positivo al SARS-CoV-2 e quello negativo non sono emerse differenze nei parametri, ad eccezione della malnutrizione, che è risultata essere maggiore in coloro che hanno contratto il virus. I cambiamenti osservati negli anziani potrebbero quindi essere dipesi dalle misure restrittive. Uno studio simile è stato condotto in Italia da Greco e colleghi (2021) presso l'Istituto Alta Vita-IRA di Padova. Tale indagine ha evidenziato che l'essere stato contagiato dal COVID-19 ha peggiorato nei residenti di circa il 20% il deterioramento legato all'età dal punto di vista fisico e della fragilità. Per quanto riguarda il funzionamento cognitivo degli anziani misurato attraverso l'MMSE è emersa una riduzione del 10% di tale dominio sia nei soggetti positivi sia nei negativi. Dunque, sembra che il funzionamento cognitivo abbia risentito maggiormente delle misure restrittive più che del virus. L'isolamento sociale è associato infatti con un aumento del 50% del rischio di sviluppare demenza e con il rischio di accelerare il declino cognitivo (Montgomery et al., 2020).

Riassumendo quindi l'isolamento sociale con la solitudine sociale esperita hanno determinato effetti devastanti sulla salute fisica e psicologica dei residenti anche se non si conoscono ancora chiaramente quali potranno essere le conseguenze dannose di lunga durata, aspetto che dovrà essere monitorato nel tempo. Il COVID-19 ha messo comunque in evidenza quanto siano importanti le interazioni sociali per la qualità della vita e per il benessere degli anziani, e in modo particolare, per le persone con demenza. Un aspetto che non è stato indagato in letteratura è il confronto nei diversi parametri di salute degli anziani isolati in stanza con coloro che sono stati isolati nel nucleo mantenendo la possibilità di movimento e di interazione sociale. Sarà quindi oggetto dello studio osservazionale che verrà presentato nel capitolo successivo analizzare le differenze tra le due tipologie di isolamento e le conseguenze che hanno determinato sui residenti, tenendo in considerazione anche il loro livello di funzionamento cognitivo.

## Capitolo 3

# **COVID-19 in RSA: quali effetti della tipologia di isolamento (in stanza o in nucleo) nelle dimensioni funzionali, motorie e nutrizionali?**

L'Istituto per Servizi di Ricovero ed Assistenza agli Anziani (ISRAA), situato a Treviso, nasce nel 1991 con l'obiettivo di offrire, agli anziani che non possono o non desiderano più vivere nella propria abitazione, un luogo dove continuare a condurre una vita di qualità. Attualmente tale istituzione benefica (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficienza) è composta da quattro differenti residenze: Casa Albergo, Rosa Zalivani, Giuseppe Menegazzi e le Residenze per Anziani Città di Treviso. ISRAA offre oltretutto un servizio di centro diurno e distinti interventi sul territorio.

Per quanto concerne nello specifico il RACT, "*Residenze per Anziani città di Treviso*", è un'unica grande organizzazione nata nel 2006 e composta da tre differenti residenze al suo interno, tutte interconnesse tra di loro. Queste residenze sono: Altinia, Santi Quaranta e San Tommaso e prendono il nome dalle porte storiche che caratterizzano la città di Treviso. All'inizio di gennaio 2021, tali residenze hanno dovuto affrontare la diffusione del contagio da SARS-Cov2, comportando la messa in atto di strategie di contenimento del virus differenti nei nuclei, che sono state adottate sulla base delle caratteristiche degli anziani che vi risiedono e il tasso di positività presente. È stata attuata la chiusura della Struttura alle visite dei familiari, all'accesso di professionisti esterni e sono state limitate/sospese le attività ricreative e di stimolazione. Le strategie di contenimento della diffusione del virus applicate sono state prevalentemente due: isolamento all'interno del nucleo con la possibilità per gli anziani di muoversi all'interno degli spazi dei nuclei e di interagire con gli altri residenti e isolamento all'interno della propria stanza, impedendo così ogni contatto con l'esterno e ogni possibilità di movimento per l'anziano. La realtà



che si è venuta a creare nei diversi nuclei è stata differente come si può osservare dalla *Tabella 1*. Nello specifico, la Residenza San Tommaso, composta da un totale di 80 posti letto e formata da due nuclei, ospita al suo interno persone con ridotta autonomia funzionale, ma con buone capacità cognitive. All'interno del Nucleo "San Tommaso piano terra ST0" erano presenti, nel periodo in cui è stato condotto lo studio 40 anziani, di cui 21 hanno contratto il virus; è stato così applicato per tutti i residenti un isolamento all'interno della stanza. La stessa scelta operativa di isolamento è stata applicata nell'altro Nucleo "San Tommaso primo piano ST1", che contava 31 anziani di cui solo 10 sono risultati positivi al Covid19. È importante, inoltre, segnalare che 3 anziani erano allettati già prima dell'inizio del contagio.

Differenti linee di intervento sono state applicate all'interno della residenza Altinia, costituita da un totale di 90 posti letto tutti dedicati a persone con decadimento cognitivo. Questa è suddivisa in 4 differenti nuclei e, al suo interno, 15 posti letto sono dedicati al servizio SAPA (Sezione Alta Protezione Alzheimer). Prendendo in considerazione il primo nucleo (Altinia 1) è emerso come su un totale di 24 anziani, 22 abbiano contratto il virus, portando gli operatori ad optare per un isolamento all'interno del nucleo, considerando anche l'alta presenza di disturbi comportamentali nelle persone con demenza. La stessa tipologia di isolamento è stata applicata negli altri 3 nuclei dell'Altinia dove gli anziani sono rimasti negativi al Covid19: nucleo "Altinia 2" composto da 23 anziani, "Altinia 3" 24 anziani e "Altinia 4" 20 anziani.

L'ultima residenza del RACT è Santi Quaranta costituita da 80 posti letto e suddivisa in due nuclei. Gli anziani che risiedono in questa residenza presentano difficoltà sanitarie medie o gravi, ridotta autonomia funzionale e discrete condizioni dal punto di vista cognitivo. L'unità "Santi Quaranta piano terra SQ0" ospitava 44 anziani che durante il contagio da SARS-Cov2 di gennaio 2021 sono rimasti negativi. Si è così deciso, in questo caso, per loro un isolamento all'interno del nucleo.

Una situazione differente si è verificata nel Nucleo "Santi Quaranta primo piano SQ1", dove sui 29 anziani presenti, 24 hanno contratto il virus. In quest'ultimo caso è stata attuata una strategia di isolamento mista: 23 anziani sono stati isolati all'interno del nucleo, mentre 6 di loro (di cui 3 allettati pre-Covid) sono stati isolati all'interno della stanza. I tempi di isolamento nelle stanze sono stati differenti nei nuclei poiché sono stati diverse anche le tempistiche di negativizzazione degli anziani dall'infezione da SARS-CoV-2.

Il verificarsi di questa nuova realtà, dovuta alla diffusione del contagio da SARS-Cov2, ha sollevato negli operatori la volontà di utilizzare strumenti di misurazione quantitativi e qualitativi per osservare a livello multidimensionale se vi fossero cambiamenti tra la situazione pre-covid19 (ultime due settimane di dicembre 2020) e post-covid19 (ultime due settimane di febbraio 2021) nelle condizioni degli anziani in sette differenti aree: psicologica-cognitiva, sociale, sanitaria, nutrizionale, comportamentale e nell'area della mobilità e funzionalità. La valutazione multidimensionale è stata condotta da un'equipe multidisciplinare composto dalle seguenti figure: psicologo, fisioterapista, logopedista, infermiere, educatore e operatore sociosanitario.

**Tabella 1-** Residenze RACT e organizzazione tipologia isolamento nei diversi nuclei

	San Tommaso		Altinia				Santi Quaranta	
<i>Caratteristiche residenti</i>	-Ridotta autonomia funz. -Buone capacità cognitive		-Disturbi comportamentali -Decadimento cognitivo				-Ridotta autonomia funz. -Discrete condizioni cognitive -Difficoltà sanitarie	
<i>Nuclei</i>	<b>ST0</b>	<b>ST1</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>SQ0</b>	<b>SQ1</b>
<i>Tot. Anziani</i>	40	31	24	23	24	20	44	29
<i>Positivi SARS-COV-2</i>	21	10	22	0	0	0	0	24
<i>Negativi SARS-COV-2</i>	19	21	2	23	24	20	44	5
<i>Scelta tipologia isolamento</i>	Nucleo 0 Stanza 71 (3 allettati pre-Covid)		Nucleo 91 Stanza 0				Nucleo 67 Stanza 6 (3 allettati pre-Covid)	

**Nota:** ST0= nucleo San Tommaso piano terra, ST1=nucleo San Tommaso primo piano

A1= nucleo Altinia 1, A2= nucleo Altinia 2, A3= nucleo Altinia 3, A4= nucleo Altinia 4

SQ0= Santi Quaranta piano terra, SQ1= Santi Quaranta primo piano

### 3.1 L'obiettivo della ricerca

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è stato, quindi, quello di indagare i cambiamenti nelle dimensioni funzionali, motorie e nutrizionali degli anziani residenti al RACT a seconda della tipologia di isolamento da COVID-19 adottata (in stanza o in nucleo) e del livello cognitivo degli anziani. In particolare, si è voluto analizzare se

- l'isolamento preventivo abbia comportato -dal pre al post covid-, un peggioramento nelle dimensioni funzionali, motorie e nutrizionali; e se un eventuale cambiamento potesse essere dovuto i) all'età, ii) al tipo di deterioramento (severità della demenza), iii) al tipo di isolamento (in stanza o in nucleo).

Una prima ipotesi è che gli anziani istituzionalizzati sottoposti ad isolamento preventivo abbiano avuto, dal pre- al post-covid, un peggioramento nelle dimensioni funzionali, motorie e nutrizionali in linea con quanto emerso negli studi in letteratura (Avidor & Ayalon, 2022; Greco et al., 2021; Pérez-Rodríguez et al., 2021; Plangger et al., 2022), indipendentemente dal tipo di isolamento attuato. Nello specifico, in linea con la letteratura, ci si aspettava un decadimento maggiore per le persone con declino cognitivo lieve-moderato o a rischio di decadimento rispetto alle persone maggiormente compromesse (Leontjevas et al., 2021; Pérez-Rodríguez et al., 2021; Van der Roest et al., 2020). Gli anziani cognitivamente meno compromessi avendo una maggiore consapevolezza della situazione pandemica e del cambiamento che stava comportando -rispetto alla vita precedente- risentirebbero in misura maggiore l'assenza degli stimoli sociali.

Per quanto concerne la tipologia di isolamento, in stanza o in nucleo, sulla base dell'importanza che rivestono il contesto sociale, le interazioni con i familiari e/o con gli altri residenti e la possibilità di movimento sia per le persone con demenza sia per gli anziani cognitivamente sani (Faggian et al., 2013, Ferdous, 2020, Ferdous, 2021), ci si aspettava un peggioramento più evidente per le persone che hanno trascorso l'isolamento allettati. Quest'ultimi non hanno avuto alcuna possibilità di movimento o di essere alzati dal letto per mancanza di personale che potesse vigilare nelle stanze.

## 3.2 Metodo

### 3.2.1 Partecipanti

Alla presente ricerca hanno partecipato 235 anziani con età compresa tra i 53 e i 101 anni di cui 163 femmine e 72 maschi. Tali anziani erano i residenti delle: “*Residenze per Anziani Città di Treviso-ISRAA*” (RACT), presenti nel periodo compreso tra la fase pre-covid (fine dicembre 2020) e la fase post-covid (fine febbraio 2021).

La rilevazione dei parametri multidimensionali è stata effettuata da un’equipe di lavoro multidisciplinare composta da psicologo, fisioterapista, logopedista, infermiere, educatore e operatore sociosanitario, per tutti gli anziani, indipendentemente dall’aver contratto o meno l’infezione da SARS-Cov2: 77 sono le persone risultate positive al Covid19 e 158 coloro che sono rimaste negative. Rispetto alle strategie di isolamento sono 77 (di cui 6 già allettate pre-covid) le persone isolate in stanza e 158 coloro isolate in nucleo. Dal campione iniziale sono stati esclusi alcuni partecipanti (N=6) poiché allettati prima dell’arrivo della pandemia e quindi molto compromessi clinicamente.

Il campione finale è risultato essere composto da 229 anziani (159 femmine e 70 maschi) con età media di 84.2 anni ( $\pm 8.12$ ), e *Short Portable Mental Status Questionnaire* medio di 7.67 ( $\pm 3.02$ ).

Gli anziani sulla base del punteggio al S.P.M.S.Q. sono stati suddivisi in tre distinti livelli di funzionamento cognitivo: 1: Decadimento lieve: 0-3, 2: Decadimento moderato: 4-8, 3: Decadimento grave: 9-10.

Le statistiche descrittive per età e livello di funzionamento cognitivo misurato con l’*S.P.M.S.Q.* (Pfeiffer, 1965) sono osservabili nella *Tabella 2*.

**Tabella 2-** *Statistiche descrittive –M (DS)- per età e S.P.M.S.Q.*

	<b>Decadimento lieve</b>	<b>Decadimento moderato</b>	<b>Decadimento grave</b>
	<i>N=29</i>	<i>N=76</i>	<i>N=124</i>
	<i>M(DS)</i>	<i>M(DS)</i>	<i>M(DS)</i>
<b>Età</b>	81.3 (7.91)	84.8 (7.29)	84.5 (8.56)
<b>S.P.M.S.Q.</b>	1.52 (2.10)	6.50 (1.45)	9.83 (0.37)

Nella *Tabella 3* sono riportate le caratteristiche demografiche relative all'età e al S.P.M.S.Q. per le tre residenze del RACT.

**Tabella 3-** *Statistiche descrittive –M (DS)- per le diverse residenze RACT*

	<b>San Tommaso</b>	<b>Altinia</b>	<b>Santi Quaranta</b>	
	68 (F=54 M=14)	91 (F=56 M=35)	70 (F=49 M=21)	
	M(DS)	M(DS)	Nucleo M(DS)	Stanza M(DS)
<b>Età</b>	84.6 (6.30)	82.2 (8.02)	86.7 (9.25)	82.7 (7.51)
<b>S.P.M.S.Q.</b>	6.87 (3.60)	8.70 (1.72)	7.11 (3.36)	6.33 (3.51)

### 3.2.2 Materiali

#### Livello psicologico-cognitivo

*S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire)* (Pfeiffer., 1975)

Lo *Short Portable Mental Status Questionnaire* o *Test di Pfeiffer* è un breve questionario, costituito da soli 10 item, utilizzato per valutare la presenza e il grado di decadimento cognitivo nell'anziano. I domini cognitivi indagati dallo strumento sono: l'orientamento spazio-temporale e personale, la memoria a lungo termine e la capacità di eseguire operazioni mentali seriali. Le domande devono essere poste nell'ordine previsto dal protocollo e va registrato il numero totale di errori (0=risposta corretta/ 1= risposta errata o non data). Al punteggio ottenuto bisogna applicare una correzione per scolarità. Se la persona anziana ha una scolarità maggiore di 8 anni si aggiunge 1 punto al punteggio complessivo, al contrario, se ha una scolarità inferiore a 8 anni si toglie 1 punto. I dati nel presente studio non sono stati corretti per scolarità essendo un valore mancante.

Vengono distinti tre livelli di funzionamento cognitivo sulla base degli errori: 1: Decadimento lieve: 0-3, 2: Decadimento moderato: 4-8, 3: Decadimento grave: 9-10.

## **Livello nutrizionale**

*B.M.I. (Body Mass Index)*

Il BMI è l'indice di massa corporea un sistema di valutazione del peso basato sul calcolo di un coefficiente dato da due parametri: l'altezza e il peso della persona.

La formula per la stima di tale parametro è la seguente:

$$BMI = \text{peso in kg} / (\text{statura in metri} * \text{statura in metri})$$

Sulla base del BMI la popolazione viene raggruppata in differenti classi di peso: grave magrezza, sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità lieve, obesità media e obesità grave. Nella presente ricerca i parametri considerati sono stati i seguenti: normopeso (BMI range-kg/m<sup>2</sup> 18.5-24.9), sovrappeso (BMI range-kg/m<sup>2</sup> ≥ 25) e sottopeso (BMI range-kg/m<sup>2</sup> <18,5).

## **Livello della mobilità-funzionalità**

*BI (The Barthel Index) (Mahoney & Barthel, 1965)*

L'Indice di Barthel è volto a misurare il livello di disabilità o di dipendenza di un soggetto durante lo svolgimento delle ADL (Activities of Daily Living). Le attività che sono valutate dalla scala sono le seguenti:

- Alimentazione;
- Fare il bagno/doccia;
- Igiene personale;
- Vestizione/svestizione;
- Controllo sfinterico intestinale;
- Controllo sfinterico vescicale;
- Utilizzo della toilette;
- Trasferimento sedia/letto;
- Deambulazione;
- Salire le scale

I primi sette item sono dedicati alla valutazione delle abilità funzionali del paziente (Barthel Index Funzionale) e prevedono un punteggio da 0 a 60. A seconda del livello di indipendenza del paziente nello svolgimento dei compiti sono state create tre distinte

categorie: 1: Autonomo o quasi: 0-14; 2: Dipendente: 15-49; 3: Totalmente dipendente: 50-60.

Gli ultimi tre item indagano invece le capacità di movimento della persona (Barthel Index Mobilità) e prevedono sulla base del punteggio ottenuto una suddivisione dei pazienti in tre livelli: 1: si sposta da solo:0-14, 2: si sposta assistito: 15-29; 3: non si sposta: 30-40. Il punteggio previsto per questi item va da un minimo di 0 ad un massimo di 40. È stato poi realizzato un “Barthel Index” complessivo dato dalla somma dei due parametri precedenti (BI funzionalità + BI mobilità), con punteggio da 0 a 100 per avere un quadro generale delle abilità motorie-funzionali degli anziani.

## **Livello della socialità**

### *Scala osservativa*

L’equipe di lavoro del RACT-ISRAA ha costruito una scala osservativa per analizzare rapidamente la capacità di socializzazione dei residenti. Questa scala prevedeva una suddivisione degli anziani in tre differenti livelli di tipo qualitativo ed osservazionale: 1: interagisce spontaneamente (si relaziona di propria iniziativa con altri residenti e/o con il personale, compatibilmente con la propria condizione psicofisica), 2: interagisce se stimolato (tramite mediazione di persone e/o di strumenti), 3: interagisce limitatamente (per disinteresse/mancanza di motivazione, per inclinazione personale/caratteriale, per la gravità della condizione psicofisica).

## **Livello sanitario**

### *Stadiazione lesione da pressione (LDP)*

Sulla base dell’osservazione da parte del personale infermieristico è stata rilevata la presenza di lesioni da decubito, classificate secondo quattro livelli di gravità. Lo stadio I prevede la presenza di cute integra con eritema fisso che non scompare a seguito di digito-compressione, lo stadio II è caratterizzato da perdita di spessore del derma e dalla presenza di un’ulcera superficiale o di una vescicola. Nello stadio III può diventare visibile lo strato adiposo sottocutaneo. Nell’ultimo stadio diventano evidenti le ossa, i

muscoli e i tendini e la ferita diventa a tutto spessore con conseguente distruzione dei tessuti.

Nella presente ricerca sulla base della stadiazione delle piaghe da pressione sono stati costruiti tre livelli di gravità delle condizioni sanitarie degli anziani: 1: nessuna lesione (cute integra), 2: almeno una lesione di stadio I o II, 3: almeno una lesione di stadio III o IV.

### **Livello comportamentale**

Osservazione della presenza/assenza dei disturbi comportamentali mediante la compilazione della scala riportata nella scheda SVAMA sulla base della conoscenza dei residenti:

1: Assente/lieve: vi sono poche probabilità di procurare danni a sé e/o altri. L'anziano necessita quindi di bassa supervisione e saltuaria. I BPSD sono assenti o gestiti da interventi terapeutici e/o assistenziali;

2. Moderato: c'è un rischio saltuario di procurare danni a sé o agli altri. Bisogna attivare un controllo ambientale per tutelare l'anziano.

3: Grave: vi è concreto rischio di procurare danni a sé o altri. I BPSD hanno frequenza giornaliera o almeno di 2/3 volte a settimana. La gravità è alta al punto di dover ricorrere alla contenzione fisica e/o farmacologica.

### **Accertamenti diagnostici COVID-19**

Somministrazione per tutti gli anziani dei tamponi naso faringei molecolari per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2.

### **3.2.3 Procedura**

Per quanto riguarda i dati pre-covid (ultime due settimane di dicembre) i valori di S.P.M.S.Q. Barthel Index e scala comportamentale sono stati ottenuti dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).



La scala della socialità, creata *ad hoc* dall'equipe, è stata compilata dagli educatori *ex-post* alla luce delle conoscenze degli anziani da parte delle educatrici in riferimento alle attività di socializzazione che vengono proposte regolarmente nei diversi nuclei. La scala osservativa è stata costruita dagli operatori poiché hanno riscontrato la mancanza di uno strumento che permettesse di misurare in maniera affidabile il parametro di socialità.

Per il calcolo del BMI è stato ricavato il peso per ogni anziano dalla cartella clinica nell'area infermieristica-medica essendo un valore che viene aggiornato ad inizio e metà mese. Per il calcolo dell'altezza i logopedisti hanno prelevato la misurazione ulnare del paziente: dal gomito fino all'estremità ulnare distale e attraverso un'apposita tabella è stata effettuata la conversione in centimetri.

Per le piaghe da pressione anche questo parametro è stato ricavato dalla cartella clinica ed è un valore inserito dagli infermieri.

La somministrazione dei test post-covid (ultime due settimane di febbraio) è stata effettuata dai professionisti psicologo, fisioterapista, logopedista, educatore, infermiere ed operatore sociosanitario di riferimento per ciascuno dei nuclei utilizzando gli stessi strumenti previsti per lo *screening* iniziale. Ogni operatore ha proceduto autonomamente alla rilevazione del parametro di competenza riportando i valori ricavati in un file *excel* complessivo che è stato in seguito modificato per le analisi statistiche.

### **3.3 Risultati<sup>4</sup>**

Per quanto riguarda i 3 livelli di funzionamento cognitivo ricavati sulla base dello S.P.M.S.Q. (1: Decadimento lieve: 0-3, 2: Decadimento moderato: 4-8, 3: Decadimento grave: 9-10) è stata trovata una distribuzione non uniforme nei tre gruppi di anziani considerando anche le due tipologie di isolamento. Sono stati così raggruppati in due livelli: Decadimento lieve-moderato (0-8) e Decadimento grave (9-10). La *Tabella 4* presenta le statistiche descrittive pre e post-covid per i due livelli di funzionamento cognitivo e tipologia di isolamento nelle misure di interesse.

---

<sup>4</sup> Per rendere più omogenea la distribuzione per classi di età del campione sono stati eliminati N=10 partecipanti con età  $\leq$  a 70 anni.

**Tabella 4-** Statistiche descrittive -Medie (M) e Deviazioni Standard (DS)- delle variabili di interesse pre e post covid per i due livelli di funzionamento cognitivo e tipologia di isolamento nelle misure di interesse.

	PRE-COVID				POST-COVID			
	Lieve-moderato		Grave		Lieve-moderato		Grave	
	Nucleo N=61	Stanza N=40	Nucleo N=87	Stanza N=31	Nucleo N=61	Stanza N=40	Nucleo N=87	Stanza N=31
	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Nutrizione	23.5 (5.17)	23.6 (5.39)	20.4 (4.12)	18.9 (3.88)	20.1 (3.93)	23.1 (5.56)	20.1 (3.93)	18.0 (3.51)
Mobilità	23.5 (13.9)	24.2 (13.9)	33.3 (11.2)	37.3 (7.79)	34.8 (10.0)	27.6 (13.8)	34.8 (10.0)	39.0 (3.04)
Funzionalità	33.5 (16.9)	33.8 (19.6)	51.6 (13.6)	56.5 (8.77)	54.1 (12.0)	34.6 (19.8)	54.1 (12.0)	58.8 (3.03)
Barthel Index	60.0 (30.0)	58.0 (32.8)	82.1 (26.5)	93.8 (16.2)	86.3 (24.3)	62.3 (32.4)	86.3 (24.3)	97.9 (5.64)

In *Appendice* sono riportati i valori delle medie e deviazioni standard delle variabili di interesse pre e post covid suddivisi per Residenze.

### Pre COVID

Come analisi statistiche per i valori pre-covid è stata condotta una ANCOVA multivariata 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave) x 2 tipologia di isolamento (in stanza vs in nucleo) con l'età come covariata sulle variabili di interesse: nutrizione, mobilità, funzionalità e Barthel index. Le statistiche descrittive e i risultati della ANCOVA sono riportati in Tabella 5.

E' emerso un effetto significativo del livello di *funzionamento cognitivo* sulla nutrizione,  $F(4,280)=29.92$ ,  $F<1$   $p=.0001$ ,  $\eta^2_p =0.124$ , mobilità,  $F(4,280)=43.71$ ,  $p=.0001$ ,  $\eta^2_p =0.172$ , funzionalità,  $F(4,280)=89.164$ ,  $p=.0001$ ,  $\eta^2_p =.297$ , e indice Barthel,  $F(4,280)=55.388$ ,  $p=.0001$ ,  $\eta^2_p =.208$ . In particolare, è emerso come le persone con un profilo cognitivo più deteriorato tendevano ad avere condizioni di nutrizione e abilità funzionali e motorie peggiori degli anziani con profilo cognitivo più preservato (lieve-moderato). Non sono emersi effetti statisticamente significativi per la *tipologia di isolamento* e per l'interazione *funzionamento cognitivo x tipologia di isolamento*.

L'effetto della covariata *età* è, altresì, risultato significativo per la nutrizione,  $F(4,280)=6.570$ ,  $p=.011$   $\eta^2_p = .030$ , mobilità,  $F(4,280)=24.044$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p = .102$ , funzionalità,  $F(4,280)=13.315$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p = .059$  e per il Barthel index,  $F(4,280)=18.782$ ,  $p=.000$   $\eta^2_p = .082$ .

**Tabella 5-** *Statistiche descrittive e risultati della ANCOVA per le variabili di interesse*

		<i>ANCOVA</i>		
		<i>F (4,280)</i>	<i>Sig.</i>	<i><math>\eta^2_p</math></i>
Funzionamento cognitivo	<i>Nutrizione</i>	<b>29.923</b>	<b>.000</b>	.124
	<i>Mobilità</i>	<b>43.713</b>	<b>.000</b>	.172
	<i>Funzionalità</i>	<b>89.164</b>	<b>.000</b>	.297
	<i>Barthel index</i>	<b>55.388</b>	<b>.000</b>	.208
Tipologia di isolamento	<i>Nutrizione</i>	1.397	.239	.007
	<i>Mobilità</i>	3.491	.063	.016
	<i>Funzionalità</i>	2.441	.120	.011
	<i>Barthel index</i>	2.712	.101	.013
Funzionamento cognitivo* tipologia di isolamento	<i>Nutrizione</i>	1.050	.307	.005
	<i>Mobilità</i>	0.877	.350	.004
	<i>Funzionalità</i>	1.465	.228	.007
	<i>Barthel index</i>	3.315	.070	.015
Età	<i>Nutrizione</i>	<b>6.570</b>	<b>.011</b>	.030
	<i>Mobilità</i>	<b>24.044</b>	<b>.000</b>	.102
	<i>Funzionalità</i>	<b>13.315</b>	<b>.000</b>	.059
	<i>Barthel index</i>	<b>18.782</b>	<b>.000</b>	.082

## Confronto Pre e Post COVID-19

Sono state effettuate delle ANCOVA a misure ripetute 2 tempi (pre covid vs post covid) x 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave), x 2 tipo di isolamento (nucleo vs stanza) sulle variabili dipendenti di interesse, controllando per età.

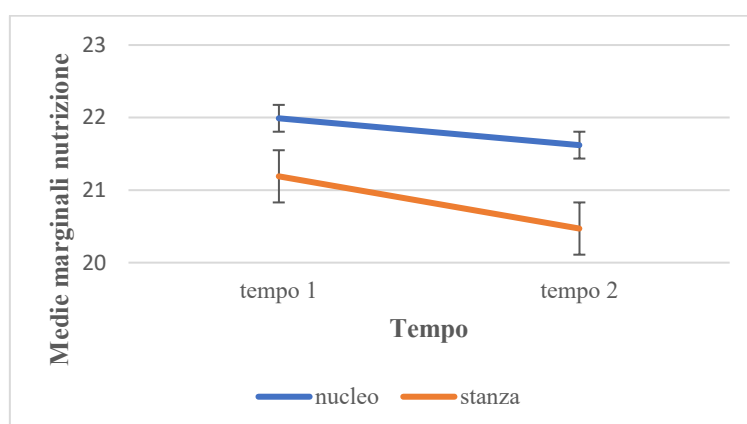
**Nutrizione** Non è emerso un effetto significativo principale del *tempo* e della *tipologia di isolamento* (si veda Tabella 6 per i risultati dell'ANCOVA e Tabella 4 per le statistiche descrittive). È risultato essere invece significativo il *funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=31.885$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p=.131$ , con una maggiore riduzione del peso per le persone con decadimento cognitivo grave. L'effetto principale della covariata *-età-* è risultato significativo,  $F(1,211)=7.446$ ,  $p=.007$ ,  $\eta^2_p=.034$ .

L'interazione di interesse *tempo x tipologia di isolamento* non è risultata significativa,  $F(1,211)=3.269$ ,  $p=.072$ ,  $\eta^2_p=.015$ . Anche se quest'ultima interazione non è significativa, a livello qualitativo i gruppi isolati in stanza vs in nucleo tendono a differenziarsi nel tempo mettendo in evidenza un maggior decadimento per coloro che sono stati isolati in stanza al tempo 2 a prescindere dal funzionamento cognitivo (si veda Grafico 2).

**Tabella 6-** Risultati dell'ANCOVA 2 (pre covid vs post covid) x 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave), x 2 tipo di isolamento (nucleo vs stanza) sulla nutrizione.

		ANCOVA		
		<i>F</i>	<i>P</i>	$\eta^2_p$
	<i>Tempo</i>	.057	.811	.000
	<i>Funzionamento cognitivo</i>	<b>31.885</b>	<b>.000</b>	<b>.131</b>
	<i>Tipologia di isolamento</i>	2.175	.142	.010
	<i>Età</i>	<b>7.446</b>	<b>.007</b>	<b>.034</b>
	<i>Funzionamento cognitivo* tipologia di isolamento</i>	1.539	.216	.007
	<i>Tempo*età</i>	.503	.479	.002
	<i>Tempo*funzionamento cognitivo</i>	.094	.760	.000
	<i>Tempo*tipologia di isolamento</i>	3.269	.072	.015
	<i>Tempo*funzionamento cognitivo *tipologia di isolamento</i>	1.707	.193	.008

**Grafico2-** *Interazione tempo x tipologia di isolamento*



**Mobilità** Il fattore principale *tempo* non è risultato essere significativo. Significativo è risultato essere il *funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=40.404$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p=.161$ ; gli anziani con un decadimento cognitivo maggiore hanno mostrato peggiori condizioni di mobilità rispetto a quelli con decadimento cognitivo minore. Anche la *tipologia di isolamento* è significativa,  $F(1,211)=3.808$ ,  $p=.052$ ,  $\eta^2_p=.018$ : le persone in stanza hanno avuto un declino della mobilità più evidente di quelle in nucleo. Infine, la covariata *-età-* è significativa,  $F(1,211)=29.599$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p=.012$  (si veda Tabella 7 per i risultati dell'ANCOVA e Tabella 4 per le statistiche descrittive).

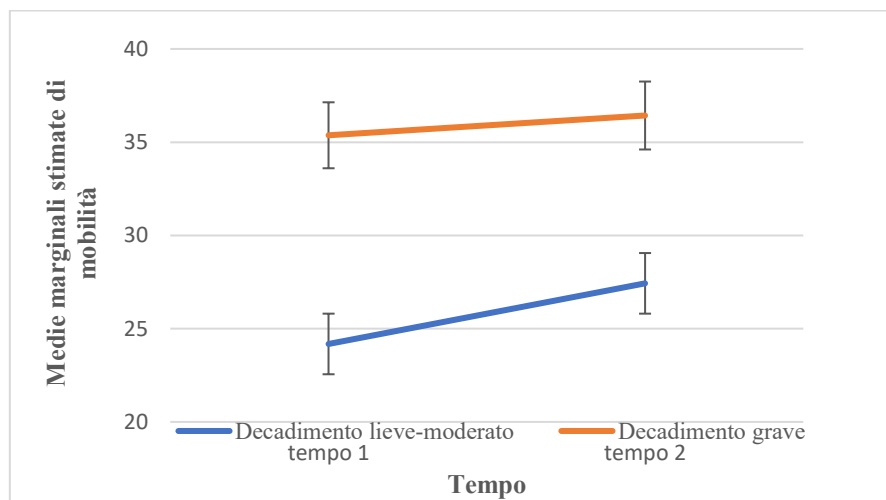
E' stato trovato inoltre un effetto significativo dell'interazione *tempo x funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=7.734$ ,  $p=.006$ ,  $\eta^2_p=.035$ , dovuto ai cambiamenti nelle persone meno compromesse cognitivamente; nelle più compromesse c'è maggiore stabilità tra tempo 1 e 2 (si veda Grafico 3).

**Tabella 7-** *Risultati dell'ANCOVA 2 (pre covid vs post covid) x 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave), x 2 tipo di isolamento (nucleo vs stanza) sulla mobilità.*

ANCOVA			
	<i>F</i>	<i>P</i>	$\eta^2_p$
<i>Tempo</i>	0.162	.688	.001
<i>Funzionamento cognitivo</i>	<b>40.404</b>	<b>.000</b>	<b>.161</b>
<i>Tipologia di isolamento</i>	<b>3.808</b>	<b>.052</b>	<b>.018</b>
<i>Età</i>	<b>29.599</b>	<b>.000</b>	<b>.012</b>

	0.617	.433	.003
<i>Funzionamento cognitivo* tipologia di isolamento</i>	0.737	.392	.003
<i>Tempo*età</i>			
<i>Tempo*funzionamento cognitivo</i>	<b>7.734</b>	<b>.006</b>	<b>.035</b>
<i>Tempo*tipologia di isolamento</i>	0.027	.871	.000
<i>Tempo*funzionamento cognitivo *tipologia di isolamento</i>	0.733	.393	.003

**Grafico 3-Interazione tempo x funzionamento cognitivo**



**Funzionalità** E' emerso un effetto principale del *tempo*,  $F(1,211)=4.927$ ,  $p=.028$ ,  $\eta^2_p =.023$ . Indipendentemente dal funzionamento cognitivo e dalla tipologia di isolamento il campione di riferimento è cambiato nel tempo mostrando un aumento dei valori di funzionalità dal pre ( $M=44.04$ ) al post covid ( $M=46.20$ ). Inoltre, è stato trovato un effetto principale del *funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=91.625$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p =.303$ , gli anziani con un declino cognitivo maggiore hanno mostrato peggiori condizioni di funzionalità rispetto a quelli con decadimento lieve-moderato. La *tipologia di isolamento* non è invece risultata significativa.

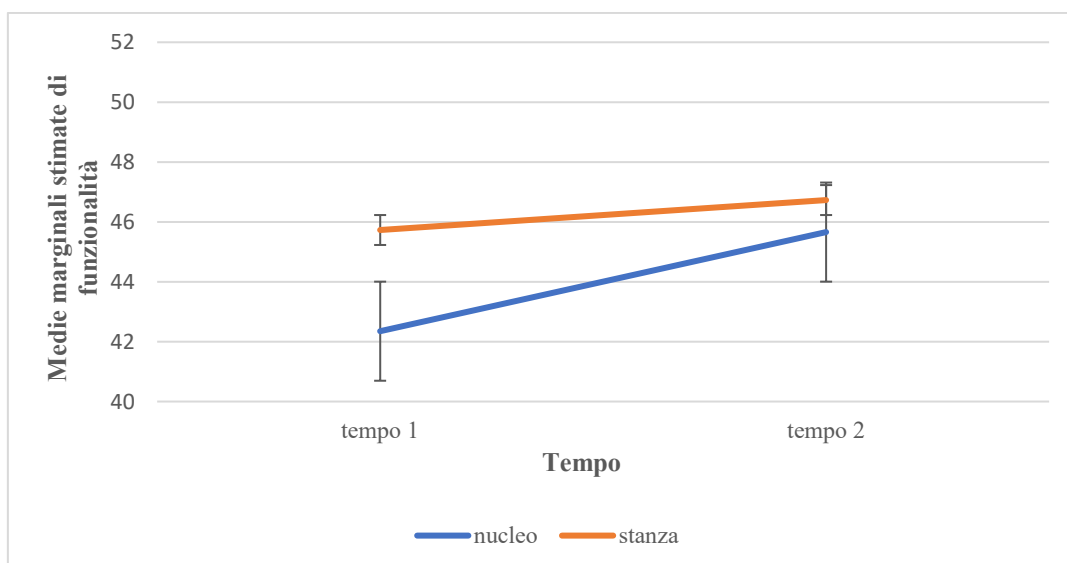
Al contrario, l'interazione *tempo x età* è risultata significativa,  $F(1,211)=6.645$ ,  $p=.011$ ,  $\eta^2_p =.031$ . Si può osservare difatti un maggior legame tra età e funzionalità nel post covid ( $B= 0.74$ ) rispetto al pre covid ( $B=0.56$ ) (si veda Tabella 8 per i risultati dell'ANCOVA e Tabella 4 per le statistiche descrittive).

L'interazione *tempo x tipologia di isolamento* è risultata significativa,  $F(1,211)=5.156$ ,  $p=.024$ ,  $\eta^2_p =.024$ : coloro che sono stati isolati nel nucleo hanno mostrato un peggioramento nel tempo (si veda Grafico 4). E' statisticamente significativo infine l'effetto della covariata *-età-*,  $F(1,211)=19.638$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p =.085$ .

**Tabella 8-** Risultati dell'ANCOVA 2 (pre covid vs post covid) x 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave), x 2 tipo di isolamento (nucleo vs stanza) sulla funzionalità.

ANCOVA			
	<i>F</i>	<i>P</i>	$\eta^2_p$
<i>Tempo</i>	<b>4.927</b>	<b>.028</b>	<b>.023</b>
<i>Funzionamento cognitivo</i>	<b>91.625</b>	<b>.000</b>	<b>.303</b>
<i>Tipologia di isolamento</i>	1.149	.285	.005
<i>Età</i>	<b>19.638</b>	<b>.000</b>	<b>.085</b>
<i>Funzionamento cognitivo* tipologia di isolamento</i>	2.022	.156	.009
<i>Tempo*età</i>	<b>6.645</b>	<b>.011</b>	<b>.031</b>
<i>Tempo*funzionamento cognitivo</i>	1.163	.282	.005
<i>Tempo*tipologia di isolamento</i>	<b>5.156</b>	<b>.024</b>	<b>.024</b>
<i>Tempo*funzionamento cognitivo *tipologia di isolamento</i>	0.436	.510	.002

**Grafico 4-** Interazione *tempo x tipologia di isolamento*



**Barthel Index** Il fattore principale del *tempo* è risultato statisticamente significativo,  $F(1,211)=1.201$ ,  $p=.0274$ ,  $\eta^2_p=.006$  con un aumento del valore di Barthel index dal pre-covid (M= 73.93) al post-covid (M=78.24), a prescindere dal funzionamento cognitivo e dalla tipologia di isolamento (si veda tabella 9 per i risultati dell'ANCOVA e Tabella 4 per le statistiche descrittive).

E' presente anche un effetto principale del *funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=54.084$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p=.204$ , gli anziani con maggior declino cognitivo hanno mostrato peggiori condizioni di barthel index rispetto a coloro con decadimento lieve-moderato. Non è significativa invece la *tipologia di isolamento*.

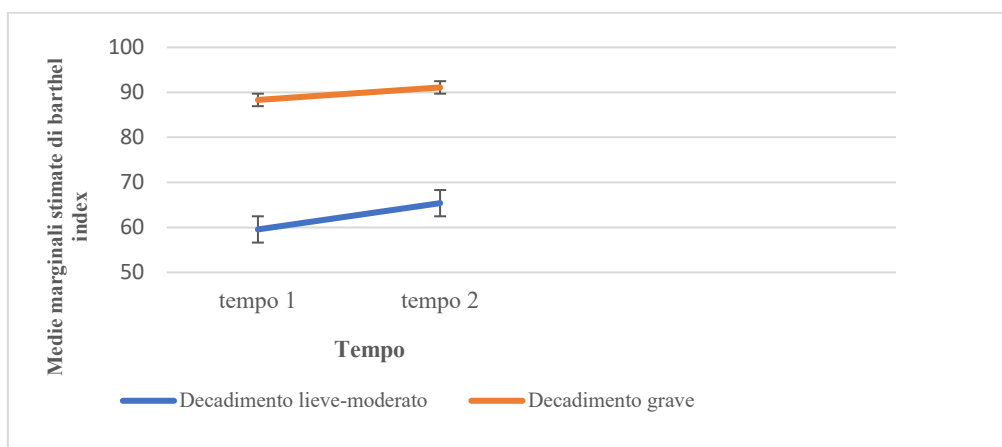
Infine, l'interazione *tempo x funzionamento cognitivo*,  $F(1,211)=3.776$ ,  $p=.053$   $\eta^2_p=.018$ , è statisticamente significativa, mostrando come siano peggiorati maggiormente nel tempo coloro con decadimento lieve-moderato (si veda grafico 5). Per quanto concerne la covariata dell'*età* è significativa,  $F(1,211)=23.540$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2_p=.100$ .

**Tabella 9-** Risultati dell'ANCOVA 2 (pre covid vs post covid) x 2 funzionamento cognitivo (lieve-moderato e grave), x 2 tipo di isolamento (nucleo vs stanza) sulla *Barthel index*.

	ANCOVA		
	<i>F</i>	<i>P</i>	$\eta^2_p$
<i>Tempo</i>	<b>1.201</b>	<b>.0274</b>	<b>.006</b>
<i>Funzionamento cognitivo</i>	<b>54.084</b>	<b>.000</b>	<b>.204</b>
<i>Tipologia di isolamento</i>	1.903	.169	.009
<i>Età</i>	<b>23.540</b>	<b>.000</b>	<b>.100</b>
<i>Funzionamento cognitivo* tipologia di isolamento</i>	2.022	.156	.009
<i>Tempo*età</i>	2.428	.121	.011
<i>Tempo*funzionamento cognitivo</i>	<b>3.776</b>	<b>.053</b>	<b>.018</b>
<i>Tempo*tipologia di isolamento</i>	2.560	.111	.012
<i>Tempo*funzionamento cognitivo *tipologia di isolamento</i>	0.003	.960	.000



**Grafico 5-Interazione Tempo x funzionamento cognitivo**



### 3.5 Discussione e conclusione

Il presente elaborato è nato dall'interesse dell'equipe di lavoro delle "Residenze per anziani Città di Treviso" di monitorare i cambiamenti nei residenti dal pre (fine dicembre 2020) al post covid (fine febbraio 2020) in sette dimensioni: psicologica-cognitiva, comportamentale, sanitaria, sociale, nutrizionale, funzionale e della mobilità. Gli obiettivi erano quelli di comprendere quanto l'isolamento dei residenti durante l'ondata di COVID-19 di fine dicembre 2020 avesse impattato sulle dimensioni di interesse sopra citate -nutrizionale, funzionale e della mobilità- di 229 anziani, e se un eventuale cambiamento in queste potesse essere dovuto i) all'età, ii) al tipo di deterioramento (severità della demenza), iii) al tipo di isolamento (in stanza o in nucleo).

Durante il periodo emergenziale di dicembre-febbraio 2020 le residenze del RACT, Altinia, Santi Quaranta e San Tommaso, sono state chiuse al mondo esterno, sono state bloccate le visite dei familiari e sono state sospese e/o limitate le attività di stimolazione. All'interno dei diversi nuclei sono state attuate delle scelte di isolamento differenti sulla base del tasso di positività e alle caratteristiche degli anziani residenti per cercare di contenere i contagi. Nei nuclei Altinia ospitanti persone con decadimento cognitivo e un'alta percentuale di disturbi comportamentali gli operatori, seguendo le indicazioni presenti in letteratura (Frahsa et al., 2020; Veronese & Barbagallo, 2021), hanno optato per l'isolamento degli anziani in tutto il nucleo. In questo caso l'equipe di lavoro ha dato priorità al controllo e gestione dei disturbi comportamentali correndo il rischio di positivizzare tutti gli anziani. Nei nuclei della residenza San Tommaso sono state

rispettate le linee guida del Ministero e tutti gli anziani (sia positivi che negativi) sono stati isolati nelle camere negando loro la possibilità di interagire con gli altri residenti. È stata data maggiore importanza al blocco del contagio e alla tutela della salute a livello sanitario. Nei nuclei Santi Quaranta è stata adottata una strategia di isolamento mista. Mentre al piano terra gli anziani sono stati isolati nel nucleo, al primo piano sono stati in parte isolati in nucleo e in parte nelle stanze.

Come è emerso da altri studi condotti presso RSA (Greco et al., 2021; Pérez-Rodríguez et al., 2021), l'isolamento sociale ha effetti importanti dal punto di vista nutrizionale, cognitivo, funzionale e delle capacità di movimento dei residenti, aumenta inoltre il sentimento di solitudine e il rischio di mortalità. L'equipe di lavoro di ISRAA si è così interrogata se le scelte operative di isolamento (in stanza o in nucleo) adottate nel periodo emergenziale, considerando anche la gravità del decadimento cognitivo dei residenti (lieve-moderato e grave) potessero aver avuto conseguenze differenti sullo stato di salute degli anziani.

I risultati delle analisi pre-covid (ANCOVA multivariata) hanno mostrato un effetto della covariata-età- e del *funzionamento cognitivo* sulle dimensioni considerate. Le persone con un profilo cognitivo più deteriorato tendevano ad avere condizioni di nutrizione e abilità funzionali e motorie peggiori rispetto a coloro meno compromesse cognitivamente.

Per quanto concerne il confronto tra il pre e il post covid, dai risultati è emerso un peggioramento degli anziani nel tempo nelle dimensioni di funzionalità e nel Barthel index, a prescindere dal *funzionamento cognitivo* e dalla *tipologia di isolamento*.

Analizzando l'influenza esercitata dal *funzionamento cognitivo* ci si aspettava un declino maggiore nel tempo per coloro con decadimento cognitivo lieve-moderato come trovato da vari studi in letteratura (Leontjevas et al., 2021; Pérez-Rodríguez et al., 2021 e Van der Roest et al., 2020). Solo i parametri della mobilità e di Barthel index hanno confermato l'ipotesi di partenza mostrando un peggioramento nel tempo per gli anziani con minor decadimento cognitivo anche se indipendentemente dal tipo di isolamento. Anche la dimensione della funzionalità è andata nella stessa direzione, ma non in modo significativo. L'unico parametro che ha mostrato qualitativamente un maggior peggioramento per gli anziani con decadimento grave è la nutrizione.

Rispetto alla *tipologia di isolamento*, i risultati non hanno confermato le ipotesi. Entrando nello specifico, dal confronto delle due tipologie di isolamento ci si aspettava un decadimento maggiore per gli anziani isolati in stanza sulla base dell'importanza che rivestono il contesto sociale, le interazioni con i familiari e/o con gli altri residenti e la possibilità di movimento sia per le persone con demenza sia per gli anziani cognitivamente sani (Faggian et al., 2013, Ferdous, 2020, Ferdous, 2021). Solo per la mobilità, ma non per le dimensioni di nutrizione e funzionalità e per il Barthel index, è emerso come le persone isolate in stanza risentissero maggiormente di questa condizione, rispetto a quelle in nucleo, ma indipendentemente dal livello di funzionamento e dal tempo (pre vs post covid). Questo risultato può essere dipeso dal fatto che gli anziani isolati in stanza non hanno avuto la possibilità di essere alzati dal letto per la mancanza di personale che potesse vigilare sul rischio di cadute. È però da dire che anche il parametro della nutrizione sembra essere peggiorato qualitativamente nel tempo per coloro che hanno trascorso l'isolamento nella camera, suggerendo come la mancanza della condivisione sociale dei pasti con gli altri residenti e una minore motivazione a mangiare dovuta all'assenza di stimoli sociali siano aspetti da considerare in RSA.

Solo per la dimensione della funzionalità l'interazione *tempo x tipologia di isolamento* è risultata significativa: gli anziani isolati in nucleo, indipendentemente dal livello di funzionamento, hanno mostrato un peggioramento dal pre al post-Covid. Questi potrebbero aver subito un declino maggiore nelle abilità della vita quotidiana per la ridotta disponibilità di tempo del personale durante lo svolgimento di queste attività e quindi al cambiamento delle *routine* a cui erano precedentemente abituati. Al contrario, le persone isolate in stanza potrebbero aver preservato maggiormente le abilità della vita quotidiana poiché il personale ha dedicato maggiore attenzione allo svolgimento delle ADL con loro essendo l'unico momento della giornata durante il quale potevano interagire e stimolare singolarmente e in modo personalizzato gli anziani allettati.

Concludendo, il presente studio ha evidenziato nel confronto pre- e post-covid un peggioramento nel *tempo* significativo per i parametri di funzionalità e barthel index, a prescindere dal *livello di funzionamento cognitivo* e dalla *tipologia di isolamento*. In linea con la letteratura è emerso un decadimento maggiore nel tempo per le persone con declino cognitivo lieve-moderato ad eccezione della nutrizione. Differentemente dalla letteratura, invece, l'interazione di interesse *tempo x tipologia di isolamento* è risultata significativa solo per la funzionalità, parametro peggiorato per gli anziani residenti in nucleo e non per

coloro in stanza come ipotizzato precedentemente. La difficoltà nel trovare effetti significativi nel tempo per la *tipologia di isolamento* per le altre variabili di interesse può essere dipesa dai limiti che hanno segnato tale studio. In primis, i dati sono stati raccolti dall'equipe di lavoro durante un periodo emergenziale dove tutte le energie e forze erano rivolte a combattere la pandemia. Il *setting* poteva non essere ottimale, così come la scelta degli strumenti somministrati che dovevano essere rapidi e non hanno permesso per tutti gli ambiti di raccogliere materiale esaustivo per monitorare le condizioni degli anziani. Oltretutto, i tempi di allettamento degli anziani sono stati differenti nei nuclei e sono dipesi dall'andamento di negativizzazione dei residenti. Risulta inoltre complesso distinguere quanto il peggioramento riscontrato negli anziani possa essere dipeso dall'isolamento o dall'aver contratto il SARS-CoV-2, essendo mancanti dei parametri sanitari specifici per il COVID-19 come il tasso di saturazione dell'ossigeno.

Il presente elaborato di ricerca è stato comunque un'occasione di confronto e di dialogo tra gli operatori che lavorano nei differenti nuclei per migliorare e coordinare il lavoro. Ha permesso di mettere in evidenza come vengano utilizzate modalità di valutazione differenti e strumenti che spesso sono poco aggiornati e non sempre adatti al contesto di cura e alla tipologia di anziani residenti.

Si è compreso, sulla base dell'analisi della letteratura, quanto la mancanza degli stimoli sociali, delle visite dei familiari e delle attività di stimolazione cognitiva possano essere preziose per il benessere e per la salute globale degli anziani, in modo particolare, per i residenti delle RSA. L'assenza dei contatti con i familiari, sembra aver determinato un peggioramento globale delle condizioni degli anziani nei differenti domini: cognitivo, fisico, nutrizionale, motorio e psicologico (Avidor & Ayalon, 2022; Pérez-Rodríguez et al., 2021; Plangger et al., 2022), oltre ad aver comportato un aumento del rischio di mortalità (Bacsu et al., 2021; Orlando et al., 2022) e un incremento del sentimento di solitudine (Noten et al., 2022; Richardson et al., 2022).

Se ci si troverà in futuro a dover affrontare situazioni emergenziali simili potrà essere importante salvaguardare fin da subito il contatto degli anziani con il contesto familiare esterno introducendo per i residenti la possibilità di effettuare videochiamate con i familiari supportati dagli operatori e introducendo incontri di persona che avvengano nel rispetto delle precauzioni di contenimento del virus previste dal Ministero. Non bisogna dimenticare che per un anziano la carezza, il sostegno e la presenza dei familiari possono davvero fare la differenza sul livello di salute globale. Rappresentano un punto di contatto

con la vita passata della persona anziana e la aiutano a ridurre lo sconforto e il senso di angoscia dovuto alla lontananza dalla propria dimora (Rosselli & Ballola, 2021).

Un ultimo aspetto interessante emerso dal presente elaborato è come gli anziani, tipicamente raggruppati in un'unica categoria sulla base dell'età cronologica, invece presentino molte più differenze individuali di quanto comunemente si pensa. Difatti, anche di fronte alle strategie di contenimento del virus adottate ci sono anziani che hanno beneficiato della riduzione delle attività in RSA e della stimolazione sociale; in modo particolare le persone con un deterioramento cognitivo in stato avanzato, con sintomi psicotici e agitazione comportamentale (Knippenberg et al., 2022). La pandemia ha sottolineato nuovamente la necessità di adattare gli stimoli e le cure alle caratteristiche dei residenti riprendendo il modello della Cura Centrata sulla Persona di Kitwood.

## Appendice

*Statistiche Descrittive -Medie (M) e Deviazioni Standard (DS)- pre e post covid a seconda del livello di funzionamento cognitivo e del tipo di isolamento per le variabili di interesse a seconda del tipo di residenza.*

### San Tommaso

	PRE-COVID		POST-COVID	
	Lieve-moderato	Grave	Lieve-moderato	Grave
	Stanza N=38	Stanza N=30	Stanza N=38	Stanza N=30
	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Nutrizione	23.7 (5.52)	19.0 (3.89)	23.1 (5.70)	18.1 (3.54)
Mobilità	24.4 (13.8)	37.2 (7.91)	28.0 (13.6)	39.0 (3.09)
Funzionalità	34.2 (19.2)	56.4 (8.90)	34.8 (19.1)	58.8 (3.08)
Barthel Index	58.7 (31.8)	93.6 (16.4)	62.8 (31.5)	97.8 (5.73)

### Altinia

	PRE-COVID		POST-COVID	
	Lieve-moderato	Grave	Lieve-moderato	Grave
	Nucleo N=34	Nucleo N=57	Nucleo N=34	Nucleo N=57
	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Nutrizione	24.3 (4.36)	21.3(4.03)	24.1 (4.43)	21.1 (3.84)
Mobilità	17.3 (13.3)	29.7 (13.7)	21.2 (15.1)	31.5 (12.8)
Funzionalità	27.2 (14.5)	48.9 (16.1)	33.9 (19.1)	52.3 (14.8)
Barthel Index	44.5 (26.0)	78.4 (28.7)	55.1 (32.7)	83.6 (26.5)

### Santi Quaranta

	PRE-COVID				POST-COVID			
	Lieve-moderato		Grave		Lieve-moderato		Grave	
	Nucleo N=31	Stanza N=2	Nucleo N=36	Stanza N=1	Nucleo N=31	Stanza N=2	Nucleo N=36	Stanza N=1
	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Nutrizione	22.3 (5.61)	22.4 (1.27)	18.8 (3.83)	15.5	21.6 (5.16)	22.2 (0.00)	18.5 (3.55)	15.3
Mobilità	29.4 (12.1)	19.5 (20.5)	37.3 (5.78)	40.0	30.6 (11.6)	27.6 (13.8)	38.1 (4.42)	40.0
Funzionalità	39.2 (18.3)	55.4 (8.09)	51.6 (13.6)	60.0	40.3 (18.7)	31.0 (41.0)	56.4 (7.14)	60.0
Barthel Index	76.7 (26.5)	85.4 (23.7)	82.1 (26.5)	100	78.8 (25.9)	52.0 (63.6)	87.5 (22.7)	100

## Bibliografia

- Alonso-Lana, S., Marquie, M., Ruiz, A.-N., & Boada, M. (2020). Cognitive and Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19 and Effects on Elderly Individuals With Dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *12*, 588872–588872. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.588872>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Antwi, J., Appiah, B., Oluwakuse, B., & Abu, B. A. Z. (2021). The Nutrition-COVID-19 Interplay: A Review. *Current Nutrition Reports*, *10*(4), 364–374. <https://doi.org/10.1007/s13668-021-00380-2>
- Arlotti, M., & Ranci, C. (2020). La strage nascosta. cosa è accaduto nelle residenze per anziani durante la pandemia. Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano, [http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/06/la-strage-nascosta\\_image.pdf](http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/06/la-strage-nascosta_image.pdf).
- Avidor, S., & Ayalon, L. (2022). “I Didn't Meet My Mother; I Saw My Mother”: The Challenges Facing Long-Term Care Residents and Their Families in the Age of COVID-19. *Journal of Applied Gerontology*, *41*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1177/07334648211037099>
- Bacsu, J.-D. R., O'Connell, M. E., Webster, C., Poole, L., Wighton, M. B., & Sivananthan, S. (2021). A scoping review of COVID-19 experiences of people living with dementia. *Canadian Journal of Public Health*, *112*(3), 400–411. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00500-z>
- Bailey, L., Ward, M., DiCosimo, A., Baunta, S., Cunningham, C., Romero-Ortuno, R., Kenny, R. A., Purcell, R., Lannon, R., McCarroll, K., Nee, R., Robinson, D., Lavan, A., & Briggs, R. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the

COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(9), 648–653.

<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>

Belli, S., Balbi, B., Prince, I., Cattaneo, D., Masocco, F., Zaccaria, S., Bertalli, L., Cattini, F., Lomazzo, A., Dal Negro, F., Giardini, M., Franssen, F. M. E., Janssen, D. J. A., & Spruit, M. A. (2020). Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients who survived hospitalisation. *The European Respiratory Journal*, 56(4), 2002096. <https://doi.org/10.1183/13993003.02096-2020>

Bolcato, M., Trabucco Aurilio, M., Di Mizio, G., Piccioni, A., Feola, A., Bonsignore, A., Tettamanti, C., Ciliberti, R., Rodriguez, D., & Aprile, A. (2021). The Difficult Balance between Ensuring the Right of Nursing Home Residents to Communication and Their Safety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2484. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052484>

Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Mujezinović, I., Janssen, D. J. A., Schols, J. M. G. A., Zwakhalen, S. M. G., Khemai, C., Knapen, E. P. A. G. M., Dijkstra, L., & Meijers, J. M. M. (2021). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103781. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103781>

Borges-Machado, F., Barros, D., Ribeiro, Ó., & Carvalho, J. (2020). The Effects of COVID-19 Home Confinement in Dementia Care: Physical and Cognitive Decline, Severe Neuropsychiatric Symptoms and Increased Caregiving Burden. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 35, 1533317520976720–1533317520976720. <https://doi.org/10.1177/1533317520976720>



- Bossen, A. (2010). The Importance of Getting Back to Nature for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(2), 17–22. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100111-01>.
- Cagnin, A., Di Lorenzo, R., Marra, C., Bonanni, L., Cupidi, C., Laganà, V., Rubino, E., Vacca, A., Provero, P., Isella, V., Vanacore, N., Agosta, F., Appollonio, I., Caffarra, P., Pettenuzzo, I., Sambati, R., Quaranta, D., Guglielmi, V., Logroscino, G., ... Bruni, A. C. (2020). Behavioral and Psychological Effects of Coronavirus Disease-19 Quarantine in Patients With Dementia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 578015–578015. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578015>
- Chen, Z.-C., Liu, S., Gan, J., Ma, L., Du, X., Zhu, H., Han, J., Xu, J., Wu, H., Fei, M., Dou, Y., Yang, Y., Deng, P., Wang, X.-D., & Ji, Y. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Lockdown on Mild Cognitive Impairment, Alzheimer’s Disease and Dementia With Lewy Bodies in China: A 1-Year Follow-Up Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 711658–711658. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.711658>
- Chu, C. H., Wang, J., Fukui, C., Staudacher, S., A Wachholz, P., & Wu, B. (2021). The Impact of COVID-19 on Social Isolation in Long-term Care Homes: Perspectives of Policies and Strategies from Six Countries. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4–5), 459–473. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1924346>
- Chu, C. H., Yee, A., & Stamatopoulos, V. (2022). Poor and Lost Connections: Essential Family Caregivers’ Experiences Using Technology with Family Living in Long-Term Care Homes during COVID-19. *Journal of Applied Gerontology*, 41(6), 1547–1556. <https://doi.org/10.1177/07334648221081850>
- Cocuzzo, B., Wrench, A., & O’Malley, C. (2020). Balancing Protection from COVID-19 and the Need for Human Touch in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12), 2749–2751. <https://doi.org/10.1111/jgs.16861>

Cohen-Mansfield, J., & Meschiany, G. (2022). Direct and Indirect Effects of COVID-19 on Long-Term Care Residents and Their Family Members. *Gerontology*, 68(7), 808–816. <https://doi.org/10.1159/000521146>

COVCARE Group, Borg, C., Rouch, I., Pongan, E., Getenet, J. C., Bachelet, R., Herrmann, M., Bohec, A.-L., Laurent, B., Rey, R., & Dorey, J.-M. (2021). Mental Health of People with Dementia During COVID-19 Pandemic: What Have We Learned from the First Wave? *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(4), 1531–1541. <https://doi.org/10.3233/JAD-210079>

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>

Curelaru, A., Marzolf, S. J., Provost, J.-C. K., & Zeon, H. H. (2021). Social Isolation in Dementia: The Effects of COVID-19. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(8), 950–953. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.05.002>

DECRETO-LEGGE 23 febbraio 2020, n. 6. Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00020). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

DECRETO-LEGGE 4 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01475). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

DECRETO-LEGGE 8 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A01522). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

DECRETO-LEGGE 9 marzo 2020 n.14. Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Desai, R., John, A., Stott, J., & Charlesworth, G. (2020). Living alone and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 62, 101122–101122. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101122>

DPR 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Faggian S., Borella E., Pavan G. (2013). Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza. Dalla misurazione all'intervento. Milano: Franco Angeli.

Ferdous, F. (2020). Positive Social Interaction by Spatial Design: A Systematic Review of Empirical Literature in Memory Care Facilities for People Experiencing Dementia. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 949–961. <https://doi.org/10.1177/0898264319870090>

Ferdous, F. (2021). Social Distancing vs Social Interaction for Older Adults at Long-Term Care Facilities in the Midst of the COVID-19 Pandemic: A Rapid Review and Synthesis of Action Plans. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211044287. <https://doi.org/10.1177/00469580211044287>

Frahsa, A., Altmeier, D., John, J. M., Gropper, H., Granz, H., Pomiersky, R., Haigis, D., Eschweiler, G. W., Nieß, A. M., Sudeck, G., & Thiel, A. (2020). “I Trust in Staff’s Creativity”—The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2, 589214. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.589214>

- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-lussier, M., ... Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692–695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013–1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>
- Ghanem, J., Colicchio, B., Andrès, E., Geny, B., & Dieterlen, A. (2021). Lockdown Effect on Elderly Nutritional Health. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21), 5052. <https://doi.org/10.3390/jcm10215052>
- Greco, G. I., Noale, M., Trevisan, C., Zatti, G., Dalla Pozza, M., Lazzarin, M., Haxhiaj, L., Ramon, R., Imoscopi, A., Bellon, S., Maggi, S., & Sergi, G. (2021). Increase in Frailty in Nursing Home Survivors of Coronavirus Disease 2019: Comparison With Noninfected Residents.
- Hoedl, M., Thonhofer, N., & Schoberer, D. (2022). COVID-19 pandemic: Burdens on and consequences for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2495-2506. <https://doi.org/10.1111/jan.15193>
- Huber, A., & Seifert, A. (2022). Retrospective feelings of loneliness during the COVID-19 pandemic among residents of long-term care facilities. *Aging and Health Research*, 2(1), 100053–100053. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2022.100053>
- Impagliazzo M. (2020). Anziani: Assistenza e cure domiciliari possono evitare l'isolamento. *Avvenire*. 22 Settembre 2020.
- Iodice, F., Cassano, V., & Rossini, P. M. (2021). Direct and indirect neurological, cognitive, and behavioral effects of COVID-19 on the healthy elderly, mild-cognitive-impairment,

and Alzheimer's disease populations. *Neurological Sciences*, 42(2), 455–465.  
<https://doi.org/10.1007/s10072-020-04902-8>

Ismail, I. I., Kamel, W. A., & Al-Hashel, J. Y. (2021). Association of COVID-19 Pandemic and Rate of Cognitive Decline in Patients with Dementia and Mild Cognitive Impairment: A Cross-sectional Study. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 1–7.  
<https://doi.org/10.1177/23337214211005223>

Leontjevas, R., Knippenberg, I. A. H., Smalbrugge, M., Plouvier, A. O. A., Teunisse, S., Bakker, C., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2021). Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1314–1319. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857695>

ISTAT, ISS. (2022). Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e gennaio 2022, 1-39.

Jiang, S., Shi, Z., Shu, Y., Song, J., Gao, G. F., Tan, W., & Guo, D. (2020). A distinct name is needed for the new coronavirus. *The Lancet*, 395(10228), 949.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30419-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30419-0)

Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 63(3), 386–388.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.03.009>

Kitwood T., (2015). *Riconsiderare la demenza*. Cura e presentazione dell'edizione italiana di Maria Luisa Raineri. Trento: Erickson.

Knippenberg, I. A. H., Leontjevas, R., Nijsten, J. M. H., Bakker, C., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2022). Stimuli changes and challenging behavior in nursing homes during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatrics*, 22(1), 142.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02824-y>

- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussi eres, E.-L., Lapierre, N., Faieta, J., Vincent, C., Duchesne, L., Ouellet, M.-C., Gagnon, E., Tourigny, A., Lamontagne, M.- .E., & Routhier, F. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *JMIR Aging*, 4(2), e26474. <https://doi.org/10.2196/26474>
- Linee guida del Ministero della Sanit  n. 1 del gennaio 1994 Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (20200622). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Manca, R., De Marco, M., & Venneri, A. (2020). The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 585540–585540. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585540>
- Marquardt, G., & Schmieg, P. (2009). Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, 24(4), 333–340. <https://doi.org/10.1177/1533317509334959>
- Mastella M. (2020). Le case di riposo: esperienze. Vita ed esperienze nei centri di servizi al tempo di infezione da Covid-19. *Psicogeriatra*, 2, 54-58.
- Meisner, B. A. (2021). Are You OK, Boomer? Intensification of Ageism and Intergenerational Tensions on Social Media Amid COVID-19. *Leisure Sciences*, 43(1–2), 56–61. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773983>
- Ministero della Salute Circolare n. 1997 del 22 01 2020. Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale.
- Ministero della Salute Circolare n. 5443 del 22 02 2020. Indicazioni e chiarimenti del Ministero della Salute su COVID-19.

Ministero della Salute Circolare n. 7865 del 25 03 2020. Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19.

Ministero della Salute Circolare n. 13468 del 18 aprile 2020. Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS- COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie.

Ministero della Salute Circolare n 9245 del 30 novembre 2020. Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

Montgomery, A., Slocum, S., & Stanik, C. (s.d.). *Experiences of Nursing Home Residents During the Pandemic*. 1-46.

Montini W. (2020). Un tentativo di diario nella stagione del Covid-19 nelle RSA della provincia di Cremona. *Psicogeriatría, 1*, 67-70.

Noten, S., Stoop, A., De Witte, J., Landeweer, E., Vinckers, F., Hovenga, N., van Boekel, L. C., & Luijkx, K. G. (2022). "Precious Time Together Was Taken Away": Impact of COVID-19 Restrictive Measures on Social Needs and Loneliness from the Perspective of Residents of Nursing Homes, Close Relatives, and Volunteers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(6), 3468. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063468>

Numbers, K., & Brodaty, H. (2021). The effects of the COVID-19 pandemic on people with dementia. *Nature Reviews. Neurology, 17*(2), 69–70. <https://doi.org/10.1038/s41582-020-00450-z>

Orlando, S., Mazhari, T., Abbondanzieri, A., Cerone, G., Ciccacci, F., Liotta, G., Mancinelli, S., Marazzi, M. C., & Palombi, L. (2022). Characteristics of nursing homes and early preventive measures associated with risk of infection from COVID-19 in Lazio region,

Italy: A retrospective case-control study. *BMJ Open*, 12(6), e061784–e061784.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061784>

Oliveira, M. R., Sudati, I. P., Konzen, V. D. M., de Campos, A. C., Wibeling, L. M., Correa, C., Miguel, F. M., Silva, R. N., & Borghi-Silva, A. (2022). Covid-19 and the impact on the physical activity level of elderly people: A systematic review. *Experimental Gerontology*, 159, 111675. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111675>

Pai, N., & Vella, S.-L. (2021). COVID-19 and loneliness: A rapid systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(12), 1144–1156.  
<https://doi.org/10.1177/00048674211031489>

Parks, J. A., & Howard, M. (2021). Dying well in nursing homes during COVID-19 and beyond: The need for a relational and familial ethic. *Bioethics*, 35(6), 589–595.  
<https://doi.org/10.1111/bioe.12881>

Pérez-Rodríguez, P., Díaz de Bustamante, M., Aparicio Mollá, S., Arenas, M. C., Jiménez-Armero, S., Lacosta Esclapez, P., González-Espinoza, L., & Bermejo Boixareu, C. (2021). Functional, cognitive, and nutritional decline in 435 elderly nursing home residents after the first wave of the COVID-19 Pandemic. *European Geriatric Medicine*, 12(6), 1137–1145. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00524-1>

Plangger, B., Unterrainer, C., Kreh, A., Gatterer, G., & Juen, B. (2022). Psychological Effects of Social Isolation During the COVID-19 Pandemic 2020. *GeroPsych*, 35(1), 17–29.  
<https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000283>

Porcari, D. E., Palmer, K., Spalletta, G., Ciullo, V., & Banaj, N. (2020). A Survey for Examining the Effects of COVID-19 and Infection Control Measures in Older Persons With Mild Cognitive Impairment and Dementia and Their Caregivers. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 599851. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.599851>



- Prins, M., Willemse, B., Velden, C. van der, Pot, A. M., & Roest, H. van der. (2021). 212—  
Involvement, Worries and Loneliness of Family Caregivers of People with Dementia  
during the COVID-19 Visitor-ban in Long-term Care Facilities. *International  
Psychogeriatrics*, 33(S1), 14. <https://doi.org/10.1017/S1041610221001459>
- Rainero, I., Bruni, A. C., Marra, C., Cagnin, A., Bonanni, L., Cupidi, C., Laganà, V., Rubino,  
E., Vacca, A., Di Lorenzo, R., Provero, P., Isella, V., Vanacore, N., Agosta, F.,  
Appollonio, I., Caffarra, P., Bussè, C., Sambati, R., Quaranta, D., ... Ferrarese, C. (2020).  
The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers:  
A Nation-Wide Survey. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 625781–625781.  
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.625781>
- Regione Lombardia DELIBERAZIONE N° XI / 2906 8 marzo 2020. ULTERIORI  
DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA  
COVID – 19.
- Richardson, G., Cleary, R., & Usher, R. (2022). The impact of the COVID-19 restrictions on  
nursing home residents: An occupational perspective. *Journal of Occupational Science*,  
29(3), 386–401. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2066158>
- Rosselli R. & Ballola L. C. (2021). Paradossi: Gli interventi psicosociali in RSA: le  
trasformazioni imposte dalla pandemia. *Psicogeriatrics*, 1, 10-26
- Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social  
Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series  
B*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- Sharma, S. K. (2021). COVID-19 and Dementia. *Annals of Neurosciences*, 28(1–2), 101–104.  
<https://doi.org/10.1177/09727531211009420>

Soysal, P., Aydin, A. E., & Isik, A. T. (2020). Challenges experienced by elderly people in nursing homes due to the coronavirus disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics*, 20(6), 914–915. <https://doi.org/10.1111/psyg.12620>

Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 14 aprile 2020.

Testoni I. (2020). *Psicologia palliativa. Intorno all'ultimo compito evolutivo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Tondo, G., Sarasso, B., Serra, P., Tesser, F., & Comi, C. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Cognition of People with Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4285. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084285>

Trabucchi M. (2020). La solitudine nel tempo del Covid-19 e oltre. *Psicogeriatrics*, 3, 5-8

Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>

Veronese, N., & Barbagallo, M. (2021). Specific approaches to patients affected by dementia and covid-19 in nursing homes: The role of the geriatrician. *Ageing Research Reviews*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101373>

Yamada, M., Kimura, Y., Ishiyama, D., Otobe, Y., Suzuki, M., Koyama, S., Kikuchi, T., Kusumi, H., & Arai, H. (2021). The Influence of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and New Incidence of Frailty among Initially Non-Frail Older Adults in Japan: A Follow-Up Online Survey. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(6), 751–756. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1634-2>

World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.

## Sitografia

*Associazione Salute Internazionale.* (2022). (2022, July 18). La quarta ondata.

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-ondata/>

*Ministero della Salute.* (2022).

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?id=257&lingua=italiano#1>

*Regione del Veneto-Il Portale della Regione Del Veneto* (2022). (2022, July 29). Anziani.

<https://www.regione.veneto.it/web/rete-degli-urp-del-veneto/approfondimenti-rete-urp>

*WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* (2022, July 12) WHO. <https://covid19.who.int/>

## Ringraziamenti

Ringrazio in *primis* miei correlatori Christian e Silvia per il supporto tecnico e materiale datomi durante la stesura della tesi e tutta l'equipe di lavoro che ha partecipato alla raccolta dati del mio elaborato. Ringrazio la mia tutor Maria per avermi accolta con calore all'interno di ISRAA, per avermi fatto conoscere tutti i meravigliosi lavoratori al suo interno e gli anziani che risiedono nelle sue strutture, il cui ricordo conserverò con affetto.

Un ringraziamento alla relatrice Borella per avermi concesso la possibilità di intraprendere e migliorare il progetto di tesi e alla Dott.ssa Ronconi per i suggerimenti e l'aiuto nelle analisi statistiche.

Un grazie alla mia famiglia per avermi sostenuta e incoraggiata in questi anni di sacrifici e di importanti traguardi e soprattutto per avermi permesso di vivere la mia esperienza di studio a Padova: senza di loro niente di tutto questo sarebbe stato possibile!

Uno spazio particolare va riservato a Martina mia coinquilina e compagna di avventure dal primo anno di triennale. Insieme abbiamo condiviso gioie e pianti. Abbiamo visto realizzarsi il nostro sogno esame dopo esame sempre pronte a sostenerci vicendevolmente e a credere ognuna nelle capacità dell'altra. Un grazie per esserci sempre stata per me.

Un grazie a te Sara Q. per la pazienza portata e per ogni ora di tempo dedicata a dare consigli preziosi per rendere più interessante e scorrevole l'elaborato.

Vorrei inoltre ringraziare la mia vicina Elena per avermi impedito di mollare di fronte ai miei mille dubbi e insicurezze. Grazie anche a Martino per aver sempre creduto in me più di quanto io faccia con me stessa e per non avermi mai lasciata sola nei momenti più difficili.

Un ultimo ringraziamento, ma non per importanza, va a Margherita, Aurora, Adelaide, Valeria, Megghie e Sara mie compagne e amiche di questi due meravigliosi anni per aver reso così bella questa esperienza così velocemente terminata.