



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

Qualità di vita, solitudine e approccio di cura in anziani residenti
in una Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA),
quale relazione? L'esperienza alla CRA "San Domenico"

Quality of life, loneliness and care approach in elderly nursing home
residents, what relationship? The experience at CRA 'San Domenico'

Relatrice
Prof.ssa Erika Borella

Laureanda: Elena Cacciari
Matricola: 2048503

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
1. INVECCHIAMENTO, DEMENZA E RETE DEI SERVIZI	5
1.1. L’invecchiamento demografico: una popolazione che invecchia.	5
1.2. La demenza.....	7
1.2.1. La demenza in cifre.....	7
1.2.2. Strumenti per la valutazione e classificazione delle demenze	9
1.3. La rete dei servizi per gli anziani in Emilia-Romagna.....	10
1.3.1. Servizi abitativi e per il mantenimento a domicilio	11
1.3.2. Servizi per il mantenimento in strutture residenziali	12
1.3.3. Servizi area “Sapere e Cultura”	12
1.3.4. Servizi area “Mobilità”	13
1.3.5. Servizi area “Alzheimer e demenze”	14
1.3.6. Sorveglianza sulla qualità della vita, salute e percezione dei servizi nella terza età: l'indagine “PASSI d'Argento”	15
2. LA QUALITÀ DI VITA NELL’INVECCHIAMENTO.....	17
2.1. Fattori individuali e ambientali per una buona qualità di vita nell’invecchiamento	17
2.2. Qualità di vita e modelli teorici.....	20
2.3. La qualità di vita in RSA e metodi di rilevazione	22
2.3.1. Valutare la Qualità di Vita	24
2.3.2. L’intervista Quality_VIA: un nuovo strumento validato in Italia.....	25
2.4. Solitudine e qualità di vita.....	26
3. LA RICERCA.....	28
3.1. Obiettivi.....	28

3.2. Metodo.....	28
3.2.1. Campione	28
3.2.2. Materiali	29
3.2.3. Procedura	35
3.3. Risultati	37
3.3.1. Affidabilità.....	37
3.3.2. Analisi di correlazione	37
3.3.3. Analisi di regressione.....	39
3.4. Discussione e conclusioni	40
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	43

INTRODUZIONE

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ormai ampiamente riconosciuto come una realtà inevitabile, sia nei Paesi industrializzati, che in quelli in via di sviluppo. Questo processo è il risultato di una diminuzione della natalità diffusa e della crescente longevità della vita, oltre che dell'eredità di coorti nate in periodi di “baby boom”, che stanno gradualmente raggiungendo i livelli superiori della piramide demografica. Questo fenomeno rappresenta una sfida significativa sia a livello sociale ed economico, come per il mercato del lavoro ed il settore del welfare, che per la sanità e i sistemi previdenziali. Per gestire questa “evoluzione” grigia, si rende necessario un cambiamento culturale profondo ed un approccio innovativo, in grado trasformare l'apparente “peso” in una risorsa.

In parallelo, l'allungamento dell'aspettativa di vita ha portato ad un cambiamento nella tipologia delle malattie prevalenti, passando dalle malattie infettive e carenziali alle malattie croniche e degenerative. Nei paesi più sviluppati, oltre alle patologie cardiovascolari e i tumori, il principale rischio di malattia e associato all'invecchiamento è rappresentato dall'Alzheimer e dalle altre forme di demenza. La demenza si configura come una delle primarie fonti di disabilità tra gli individui in età avanzata, connotata da un progressivo decadimento delle funzioni cognitive, emotive e sociali, con disturbi del comportamento e della personalità, che portano ad un graduale declino dell'indipendenza e della qualità di vita. Questa condizione, che colpisce principalmente la popolazione anziana oltre i 65 anni (con solo un 5% che presenta un'insorgenza anticipata intorno ai 50 anni), richiede l'intervento di servizi di assistenza specialistica forniti da equipe multiprofessionali.

In un panorama nazionale variegato, con servizi per gli anziani strutturati in maniera differente nelle diverse regioni italiane, questo elaborato intende approfondire la relazione tra la qualità di vita, la solitudine e l'approccio di cura in anziani residenti nei contesti di cura, attraverso l'uso di strumenti specifici per tale popolazione validati in Italia.

Questa ricerca è stata condotta in una "Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)", acronimo utilizzato in Emilia-Romagna per denominare le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, altrove chiamate RSA. Si tratta realtà differenti della Case di riposo, dalle Case albergo, dalle Comunità alloggio e dalle Case famiglia (Regione Emilia-Romagna, 2023).

Il primo capitolo esamina inizialmente l'invecchiamento demografico, concentrandosi poi sulla demenza, la sua diffusione nella popolazione e sui sistemi di classificazione. Si conclude con una panoramica sui Servizi, messi a disposizione della popolazione anziana autosufficiente e non, soffermandosi su quelli della Regione Emilia-Romagna, contesto economico-sociale nel quale si colloca lo studio.

Nel secondo capitolo dell'elaborato sono trattati i fattori che influenzano la qualità di vita percepita nell'invecchiamento, in particolare nelle RSA, analizzando i modelli teorici di riferimento, gli strumenti di valutazione e la relazione con la solitudine sociale ed emotiva.

Nel terzo capitolo viene presentato lo studio sperimentale condotto su un campione di 39 anziani che risiedono presso la CRA "San Domenico" di Budrio (BO), con l'obiettivo di analizzare la correlazione tra la qualità di vita percepita dei residenti e i diversi fattori che la influenzano. Nello specifico, si è esaminata la relazione tra il funzionamento cognitivo, l'autonomia funzionale, la qualità dell'assistenza ricevuta ed aspetti psicologici, quali la solitudine sociale ed emotiva ed il tono dell'umore, e come questi elementi possono influenzare la qualità complessiva della vita degli anziani.

I risultati della ricerca sono discussi alla luce della letteratura di riferimento, dei limiti e delle prospettive future; sottolineando l'importanza della promozione di interventi mirati, atti a migliorare la qualità di vita degli anziani residenti nei contesti di cura.

1. INVECCHIAMENTO, DEMENZA E RETE DEI SERVIZI

1.1. L'invicchiamento demografico: una popolazione che invecchia.

A partire dagli inizi del Novecento, il progresso medico-scientifico, sociale ed economico, la cura per l'alimentazione, le migliori qualità igieniche e di vita, ed una maggiore attenzione al benessere fisico e psico-cognitivo, hanno portato ad un innalzamento esponenziale della vita media e dell'aspettativa di vita. Secondo l'ONU, questo fenomeno, che non ha precedenti nella storia dell'umanità, si accentuerà ancora di più nel XXI secolo, che per questo motivo è chiamato il "secolo degli anziani". I Paesi occidentali, in particolare quelli europei, insieme al Giappone, stanno attualmente attraversando un processo di invecchiamento demografico significativo e accelerato, dovuto alla prolungata diminuzione del tasso di natalità e mortalità (De Bartolo, 2019).

Il criterio di base utilizzato dai demografi per identificare l'invicchiamento è l'età anagrafica degli individui, che consente di classificare la popolazione in categorie di età predefinite e di confrontarle tra loro e rispetto all'intera popolazione. La rappresentazione più comune di questo concetto è la "piramide dell'età", dove la parte superiore rappresenta il numero di individui anziani, mentre la parte inferiore mostra la popolazione infantile; l'uso del termine "piramide" è ormai inadeguato a descrivere la situazione attuale, in cui la diminuzione della natalità è accompagnata dall'allungamento della vita media. Questo fenomeno sposta il vertice della piramide verso l'alto, mentre la base diventa sempre più stretta, creando una forma che assomiglia più a una trottola.

A livello istituzionale si identifica l'inizio della vecchiaia a 65 anni, basandosi sull'età cronologica e facendo riferimento alla normativa che regola il pensionamento; per mettere in evidenza la grande variabilità interindividuale di questa fase della vita, negli ultimi anni è stata proposta una suddivisione dell'invicchiamento in due categorie e tre fasi: la "terza età", che comprende i soggetti tra i 65 e i 74 anni definiti "giovani-anziani"; e la "quarta età" che include i "grandi-vecchi" (da 75 a 99 anni) ed i centenari (over 99 anni).

Gli indicatori demografici, come l'indice di invecchiamento, l'aspettativa di vita alla nascita, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza, sono strumenti utili per analizzare la struttura della popolazione e comprendere i cambiamenti nel tempo. Tuttavia è importante ricordare che questi indicatori sono influenzati da fattori come la cultura e le condizioni economico-sociali e variare da luogo a luogo (De Beni & Borella, 2015).

Per quanto concerne l'aspettativa di vita, i dati forniti da Eurostat mostrano che la pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto negativo sui sistemi sanitari e ha comportato una diminuzione della speranza di vita dei cittadini europei dell'1,47% in due anni; i neonati del 2021 possono aspettarsi di vivere 1,2 anni in meno rispetto a quelli nati nel 2019 (si veda Figura 1.1).

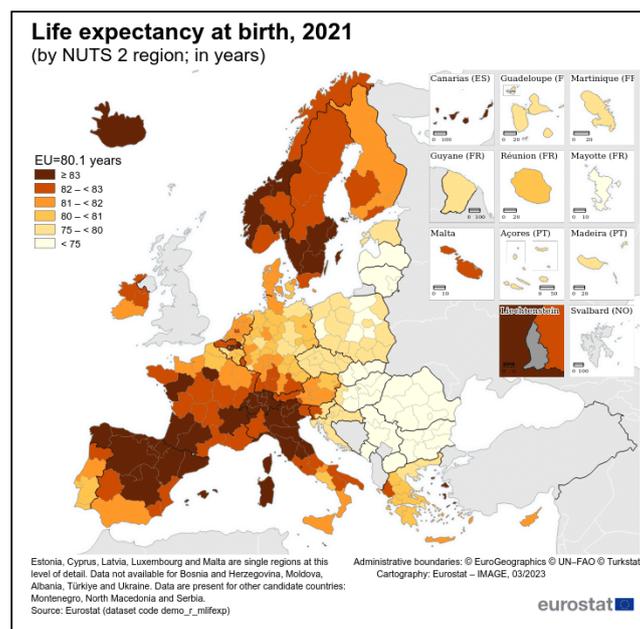
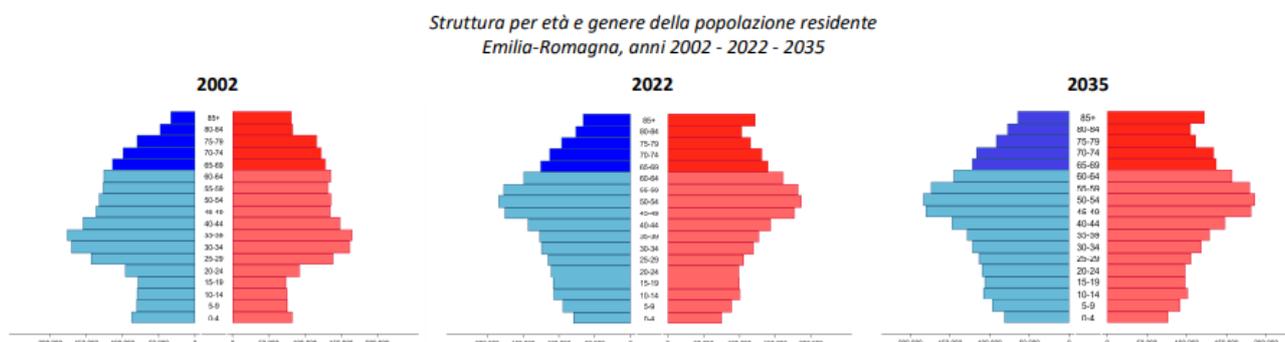


Figura 1.1 Aspettativa di vita alla nascita 2021 (Eurostat, 2023)

In Italia, tutte le regioni hanno registrato una diminuzione della speranza di vita. Il calo maggiore si è verificato in Molise, dove la speranza di vita è diminuita del 2,39%, scendendo da 83,6 a 81,6 anni. Al contrario, la variazione minore si è registrata in Basilicata, dove la diminuzione è stata solo dello

0,36%, passando da 83 a 82,7 anni. Tuttavia, l'Italia rimane uno dei Paesi con l'aspettativa di vita più alta; la provincia autonoma di Trento è difatti la quinta regione europea con la speranza di vita più alta alla nascita, pari a 84,2 anni, dopo due anni di Pandemia (Eurostat, 2023).

La situazione in Emilia-Romagna, regione di interesse specifico per questo elaborato, è espressa nella “piramide dell'età” riportata nella Figura 1.2.



*Figura 1.2 Struttura per età e genere della popolazione residente in Emilia-Romagna, anni 2002 - 2022 – 2035
(Regione Emilia-Romagna, 2023)*

1.2. La demenza

1.2.1. La demenza in cifre

L'allungamento della speranza di vita, descritto nel paragrafo precedente, ha portato anche ad un aumento delle patologie legate all'invecchiamento, tra le quali i tumori, le malattie cardiovascolari e la demenza. La demenza, più delle altre fortemente associata all'età avanzata, sta diventando un problema crescente nella popolazione globale ed è stata identificata come una priorità mondiale per la salute pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Alzheimer's Disease International (ADI). Secondo l'OMS, la Malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza, sono attualmente la settima causa di morte nel mondo (Alzheimer's Disease International, 2023).

L'ADI stima che a livello globale il 75% delle persone affette da demenza non venga diagnosticato; questa percentuale può arrivare al 90% in Nazioni a basso e medio reddito, dove la stigmatizzazione

e la scarsa consapevolezza della malattia costituiscono ostacoli significativi alla diagnosi. (Alzheimer's Disease International, 2023).

Attualmente, oltre 55 milioni di individui nel mondo vivono con la demenza; una cifra in crescita, con previsioni che indicano un aumento fino a 78 milioni entro il 2030. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito un Piano d'Azione Globale (Global Action Plan 2017-2025), con l'obiettivo di far sì che almeno il 50% dei paesi possa diagnosticare il 50% delle persone con demenza entro il 2025. Nel 2015 la demenza ha colpito 47 milioni di persone in tutto il mondo, ma si prevede che questo numero aumenterà a 75 milioni entro il 2030 e addirittura a 132 milioni entro il 2050, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno, equivalente a uno ogni 3 secondi. Questa crescente incidenza ha un costo stimato in oltre 1 trilione di dollari all'anno per i servizi sanitari (si veda Figura 1.3).

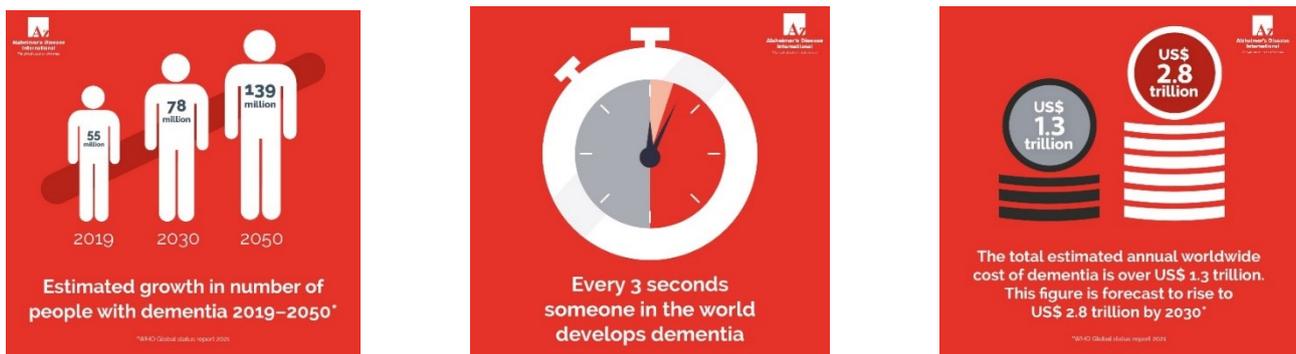


Figura 1.3 “Stima della crescita del numero di persone affette da demenza dal 2019 al 2050”, “Ogni 3 secondi qualcuno nel mondo sviluppa la demenza”, “Costo annuale totale stimato a livello mondiale della demenza”.
Fonte: (Alzheimer's Disease International, 2023)

In Italia, si calcola siano ad oggi presenti più di 1 milione di pazienti con demenza (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni di persone coinvolte direttamente, o indirettamente nella loro assistenza, con impatti significativi sia a livello economico che organizzativo (Ministero della Salute Italiano, 2023).

1.2.2. Strumenti per la valutazione e classificazione delle demenze

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), nel documento “*Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*” del 2018 fornisce le linee guida aggiornate per la valutazione, la gestione e il supporto delle persone affette da demenza e dei loro caregiver. Per processo diagnostico suggerisce di rivolgersi a centri specializzati (in Italia ne sono esempio i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze) per una valutazione multidimensionale, con una prima fase di raccolta anamnestica (comprensiva di storia medica, sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici, e il loro impatto sulla loro vita quotidiana), meglio se con il supporto di una persona che conosca bene il soggetto. Qualora la valutazione iniziale orienti verso un sospetto di patologia, effettuare approfondimenti diagnostici sia di tipo medico e strumentale (es. RM, TAC, esami ematici e delle urine), che delle attività strumentali della vita quotidiana, che neuropsicologici (con colloquio e somministrazione di test per valutazione dell’eventuale deterioramento cognitivo) (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Lo specialista provvede poi a fornire un indirizzo diagnostico e alla presa in carico dell’anziano e dei caregiver, in rete con i servizi assistenziali dedicati.

I sistemi di classificazione più comunemente utilizzati per le demenze sono *l’International Classification of Diseases, 10th Edition* (l’ICD-10), il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5) (De Beni & Borella, 2015); ai quali si affianca il *Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition* (PDM-2), sistema di classificazione utilizzato principalmente da psicoanalisti e professionisti della salute mentale orientati alla psicodinamica.

Sia il DSM-5 che il PDM-2 suddividono i disturbi neurocognitivi in “lievi” e “gravi”. Le aree cognitive coinvolte sono: i) Attenzione complessa, ii) Funzione esecutiva, iii) Apprendimento e memoria; iv) Linguaggio, v) Percettivo-motoria, vi) Cognizione sociale (American Psychiatric Association, 2014).

Il “Disturbo neurocognitivo lieve”, con prevalenza media stimata del 19%, indica una lieve compromissione cognitiva soggettiva e/o oggettiva, con decorso variabile: stabilizzazione,

remissione, fluttuazione o evoluzione in disturbo neurocognitivo maggiore (circa un quarto di soggetti con questa diagnosi lo sviluppa entro tre anni dalla diagnosi). Le percezioni soggettive sono influenzate dalle caratteristiche di personalità, dalle valutazioni di osservatori esterni, dal livello di *insight* e dall'eventuale presenza di disturbi dell'umore quali depressione e ansia (Lingiardi & McWilliams, 2020).

Il “Disturbo neurocognitivo maggiore”, termine oggi utilizzato per identificare le demenze a differente eziologia, si differenzia dal live per gravità e per la compromissione del processo di codifica e recupero delle informazioni, o disfunzione esecutiva, tale da interferire con l'autonomia della persona nelle attività quotidiane. Nel DSM-5 appartengono a questa categoria: Demenza di Alzheimer, Demenza vascolare, DNC a corpi di Lewy, Demenze frontotemporali, Demenza associata a Morbo di Parkinson, Demenza associata a Malattia di Huntington ed altre demenze causate da traumi cranici, sostanze, farmaci, alcol, ...

Una volta classificato il disturbo, lo specialista provvede a classificare il grado di gravità della demenza, utilizzando la scala CDR (*Clinical Dementia Rating*), il cui il punteggio varia da CDR 0 (assenza di demenza) a CDR 5 (demenza terminale). Questa classificazione tiene conto dell'evoluzione crescente dei sintomi legati alla memoria, all'orientamento, alla capacità di giudizio, alle abilità sociali, alle attività domestiche e alla capacità di autopreservazione.

1.3. La rete dei servizi per gli anziani in Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con l'utilizzo dello strumento integrato dedicato e multidisciplinare “Piano Attuativo Regionale (PAR) per la popolazione anziana”, analizza e monitora i dati del territorio al fine di garantire “un sistema organico ed efficiente di servizi sociosanitari e promuovendo il mantenimento degli anziani nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale”. Ha inoltre istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), per favorire lo sviluppo e la qualificazione

di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di che se ne prende cura.

Per l'area disabilità, con la Delibera della Giunta Regionale n° 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale. Le aree di intervento previste e finanziate riguardano fondamentalmente tre ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali, ed interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani (Regione Emilia-Romagna, 2023).

La Regione si impegna a rispondere alle esigenze degli anziani attraverso la creazione e il supporto di una rete territoriale di servizi socio-sanitari, suddivisi in sottoaree ed elencati nei paragrafi successivi.

1.3.1. Servizi abitativi e per il mantenimento a domicilio

Obiettivo primario è quello di consentire agli anziani di mantenere il massimo livello di autonomia individuale, agevolandoli a restare nelle proprie case e nel loro ambiente di vita abituale, include:

- assegno di cura: sostegno economico a favore delle famiglie che assistono in casa propria un anziano non autosufficiente;
- assistenza domiciliare: servizio con lo scopo di consentire alla persona di rimanere al proprio domicilio, attraverso interventi sociali, socio-sanitari o sanitari;
- centri diurni: strutture semi-residenziali che offrono assistenza realizzando programmi di riattivazione e mantenimento delle abilità, di socializzazione e di animazione durante il giorno, con rientro dell'anziano a domicilio la sera;
- accoglienza temporanea di sollievo: le persone anziane vengono ospitate in strutture specializzate, come case di riposo o strutture residenziali, per un periodo di tempo che può variare da alcuni giorni ad alcune settimane; questa permanenza transitoria può rappresentare un "sollievo" finalizzato a garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo;

- agevolazioni, contributi, consulenze di adattamento domestico e di assistenza fiscale: è possibile usufruire di consulenza per adattare l'abitazione e rimuovere le barriere architettoniche: vi sono inoltre agevolazioni fiscali per la casa, gli ausili e gli autoveicoli, tariffe agevolate per i mezzi pubblici e la possibilità di beneficiare di detrazioni/deduzioni fiscali;
- telesoccorso: un sistema di telecomunicazione (attivo ad oggi solo in alcuni Comuni) che collega il domicilio dell'anziano con una centrale operativa, in grado di seguirlo e di attivare gli interventi ed i servizi in caso di richiesta di intervento;
- edilizia residenziale pubblica, edilizia agevolata e “Fondo sociale per l’affitto (FSA)”.

1.3.2. Servizi per il mantenimento in strutture residenziali

Per gli anziani che necessitano di assistenza e non possono essere accuditi a casa, sono disponibili strutture residenziali gestite da enti pubblici o privati autorizzati:

- “C.R.A.” case residenza per anziani non autosufficienti (ex RSA, Casa Protetta);
- Case Famiglia anziani e disabili: struttura accogliente in ambiente familiare, ospitante fino a sei utenti, con assistenza a bassa intensità e organizzazione semplificata. Rivolta a chi non dispone di supporto familiare essenziale, o per cui la permanenza in famiglia non è possibile o congruente con il piano individuale.
- Hospice

La Regione promuove il miglioramento dell'assistenza in queste strutture e, grazie al Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), contribuisce a coprire parte dei costi dei posti accreditati, alleggerendo il peso finanziario per utenti e famiglie.

1.3.3. Servizi area “Sapere e Cultura”

- Gruppi di sostegno ed auto-aiuto: atti a consentire esperienze e favorire la creazione di nuove amicizie, contribuendo a superare l'isolamento;

- Caffè Alzheimer e Centri d’incontro: creazione di ambienti accoglienti e inclusivi per persone con demenza e i loro caregiver, offrendo supporto professionale e/o volontario; questo servizio include l’accesso ad interventi di stimolazione cognitiva e alla terapia occupazionale;
- Alfabetizzazione informatica: ha l'obiettivo di diffondere le competenze digitali di base tra i cittadini a rischio di esclusione, come ad esempio gli anziani;
- Università della Terza Età: centri culturali per promuovere il *Life Long Learning* e consentire alle persone di adattarsi ai cambiamenti nella società del sapere, evitando che le loro competenze diventino obsolete e prevenendo l'emarginazione sociale. Queste Università sono ad oggi 64 e sono presenti in tutte le province della regione;
- Progetto “Ali-AscoltALibri”: si rivolge agli ospiti delle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili, prevede la diffusione di percorsi di ascolto di libri audio registrati; è stato avviato nel luglio 2011 in modo sperimentale, in collaborazione con Asphi Onlus (Fondazione per l’avviamento e sviluppo di progetti per ridurre l'handicap mediante l'informatica) ed il supporto tecnico del Centro Internazionale del Libro Parlato (CILP).

1.3.4. Servizi area “Mobilità”

Al fine di garantire caratteristiche di fruibilità e flessibilità, necessarie a rispondere ai bisogni delle persone con ridotte autonomie, sono stati effettuati i seguenti interventi: riqualificazione del trasporto autofiloviario e ferroviario (veicoli con pianali ribassati, alloggiamento di carrozzelle, sistemi di informazione vocale a bordo, ecc.) e realizzazione di percorsi ciclabili e pedonali protetti.

Con il progetto "Mi muovo insieme", la Regione ha stipulato accordi finalizzati all’erogazione di tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto a favore di disabili e anziani a basso reddito; gli importi vengono stabiliti sulla base di requisiti soggettivi e di limiti di reddito.

1.3.5. Servizi area “Alzheimer e demenze”

La Regione Emilia-Romagna ha istituito nel 1999 il Progetto regionale Demenze (DGR n. 2581/1999) per affrontare l'impatto sociale significativo di questa patologia, aggiornato con attivazione del modello Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale nel 2019 (DGR 159/2019). Obiettivo principale è promuovere un approccio completo e integrato per migliorare la qualità di vita delle persone affette da demenza e dei loro familiari, cercando di mitigare l'impatto della malattia e delle relative disabilità.

Questo progetto ha visto la collaborazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, che ha coinvolto rappresentanti delle AUSL, delle Aziende ospedaliero-universitarie, dei Comuni, delle associazioni dei familiari e di volontariato; ha permesso di creare una rete di servizi specializzati, distribuiti su tutto il territorio regionale, finalizzati alla diagnosi e al trattamento delle demenze.

Il PDTA identifica quattro macro-aree di intervento: i) fase del sospetto diagnostico; ii) fase della diagnosi e cura; iii) fase della continuità assistenziale; iv) fase avanzata e delle cure palliative.

Nella fase “i” ruolo di fondamentale importanza è svolto dal Medico di Medicina Generale, che aiuta ad individuare i primi segnali della demenza e ad iniziare il percorso di assistenza, seguendo il paziente e il suo caregiver lungo l'intero corso della malattia, compresi i momenti terminali. Questa figura lavora in stretta sinergia con le equipe dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

L'equipe dei CDCD ha un ruolo chiave nella fase “ii”: effettua una diagnosi approfondita, fornisce interventi terapeutici farmacologici e supporto psicologico, offre assistenza legale e consulenze di natura assistenziale e mette in collegamento il paziente con rete dei servizi locali e sociali (fase “iii”).

In collaborazione con i Comuni e le associazioni, vengono organizzate iniziative formative e attività informative e sociali mirate a sensibilizzare la comunità, e a promuovere la condivisione di conoscenze e supporto tra i familiari delle persone con demenza.

La fase “iv” è gestita dall'equipe della Rete Cure Palliative, che fornisce consulenza e supporto sia nell'Assistenza Domiciliare (Cure Palliative di base), che nelle CRA e negli ospedali; fornisce inoltre

supporto psicologico ai famigliari, sia nella fase terminali di malattia che in quella di elaborazione del lutto presso i CDCD.

L'intero approccio è stato sintetizzato e reso accessibile al pubblico nel 2019, con l'opuscolo "Demenza, cosa fare", che fornisce informazioni pratiche e utili per affrontare questa sfida complessa (Regione Emilia-Romagna, 2023).

*1.3.6. Sorveglianza sulla qualità della vita, salute e percezione dei servizi nella terza età:
l'indagine "PASSI d'Argento"*

PASSI d'Argento (PdA) è un'indagine nazionale periodica, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla salute e la qualità della vita tra le persone anziane oltre i 64 anni (Istituto Superiore di Sanità, 2023)

Questa iniziativa è parte integrante della strategia di pianificazione sanitaria prevista a livello regionale dal "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025", che ha identificato le attività di sorveglianza come uno degli strumenti di supporto ai programmi di Sanità Pubblica.

La raccolta dati è effettuata tramite interviste telefoniche, o domiciliari, utilizzando un questionario standardizzato sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità, della durata media di circa 20 minuti; i soggetti, di età pari o superiore a 65 anni, sono selezionati in modo casuale dall'anagrafe sanitaria.

Nel biennio 2021-2022 in Emilia-Romagna sono state effettuate 2.501 interviste coinvolgendo tutte le AUSL regionali, con un tasso di risposta del 77% e un tasso di rifiuto del 19%. Dai risultati, risultano di particolare rilevanza per questo elaborato i seguenti dati (Istituto Superiore di Sanità, 2023):

- la quota regionale di ultra 64enni in buona salute è superiore al valore nazionale (70%) ed è più bassa la percentuale di persone con fragilità (17%); la quota di anziani con disabilità è sovrapponibile (13%);
- il 25% degli intervistati ha problemi nell'accesso ai servizi quotidiani, una percentuale inferiore alla media nazionale del 31%;

- tutte le persone con fragilità o disabilità (circa il 27% degli over 64, pari a oltre 287 mila soggetti) dichiarano di ricevere assistenza per le attività in cui non sono indipendenti: il 96% dai familiari, il 41% da personale retribuito retribuite (es. assistente familiare), il 4% da amici o conoscenti, il 9% da operatori del servizio pubblico (come Aziende sanitarie o Comuni), il 2% presso un centro diurno e l'1% da associazioni di volontariato; inoltre, il 26% riceve contributi economici, come assegni di cura o di accompagnamento;
- circa un sesto (16%) ha avuto un ricovero in ospedale di almeno due giorni nell'ultimo anno, l'1.7% è stato ospitato in una struttura di accoglienza (CRA); il 41% è stato visitato dal medico di famiglia nei tre mesi precedenti l'intervista; analizzando i dati per età, genere, livello d'istruzione e situazione economica, si nota che il ricorso ai servizi sanitari e sociosanitari è diminuito significativamente nel biennio 2020-2021, con un recupero nel 2022 quando i valori sono tornati simili a quelli pre-Pandemia.

In questo capitolo si è esaminato l'invecchiamento come un processo complesso, non solo individuale ma anche sociale. Successivamente, è stato esplorato l'invecchiamento patologico, con particolare attenzione alle demenze, alla loro epidemiologia, le loro caratteristiche e la loro classificazione. Infine, è stata descritta la rete di servizi per anziani sul territorio italiano, nello specifico nella Regione Emilia-Romagna.

Nel prossimo capitolo viene analizzata la qualità di vita negli anziani, istituzionalizzati e non, i fattori che la influenzano e gli strumenti di valutazione.

2. LA QUALITÀ DI VITA NELL'INVECCHIAMENTO

2.1. Fattori individuali e ambientali per una buona qualità di vita nell'invecchiamento

La definizione specifica di qualità di vita è stata sviluppata nel 1997 dall'OMS, nell'ambito del progetto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), che si prefiggeva l'obiettivo di comprendere come le persone percepiscono la loro qualità di vita, e come questa percezione sia influenzata da vari fattori, inclusi la salute fisica e mentale, l'ambiente sociale e fisico; per questo scopo ha predisposto uno strumento di valutazione chiamato "WHOQOL-BREF", un questionario composto da 26 domande che coprono diverse dimensioni della qualità della vita, adattabile ai differenti contesti culturali.

L'OMS definisce la qualità di vita come: " la percezione soggettiva che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vivono, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni " (OMS, 1997).

Questa definizione enfatizza come tale costrutto non si possa basare unicamente su indicatori oggettivi, come la salute fisica, ma debba tenere conto delle percezioni e delle aspettative personali di ogni individuo, oltre a considerare il contesto culturale e sociale in cui vive. La sua valutazione può variare da persona a persona ed essere influenzata da diversi fattori come la salute, le relazioni interpersonali, il livello di istruzione, l'occupazione ed altri elementi che contribuiscono al benessere complessivo.

Nei modelli psicosociali, come l'approccio del "*Person Centred Care*", il comportamento delle persone anziane è considerato non solo il risultato di cambiamenti fisiologici e biochimici, ma che dipende anche dalla storia di vita della persona oltre che dal suo adattamento all'ambiente. Questo mette in evidenza la soggettività con cui ogni individuo percepisce e affronta l'evolversi della propria vita e rafforza l'obiettivo di preservare il benessere nel processo di invecchiamento, che sia esso "normale" o patologico.

Nel caso di declino cognitivo, l'attenzione non dovrebbe concentrarsi esclusivamente sulla malattia, ma tener conto della persona anziana con i suoi bisogni e le capacità residue. È importante considerare

che i sintomi possono manifestarsi sia a livello somatico che emotivo e sono influenzati da fattori personali ed esterni, compresi quelli legati all'ambiente circostante. Anche questi fattori, quindi, contribuiscono alla percezione complessiva della "qualità di vita".

I numerosi cambiamenti legati all'avanzare dell'età, come la morte del coniuge, la solitudine, la malattia, la lontananza dalla rete familiare e le condizioni abitative, possono rendere necessaria l'istituzionalizzazione dell'anziano, comportando un cambiamento nell'ambiente di vita della persona. Come illustrato nel grafico della Figura 2.1, la percentuale di anziani residenti in RSA in Italia è in continuo aumento (Italia Longeva, 2023).

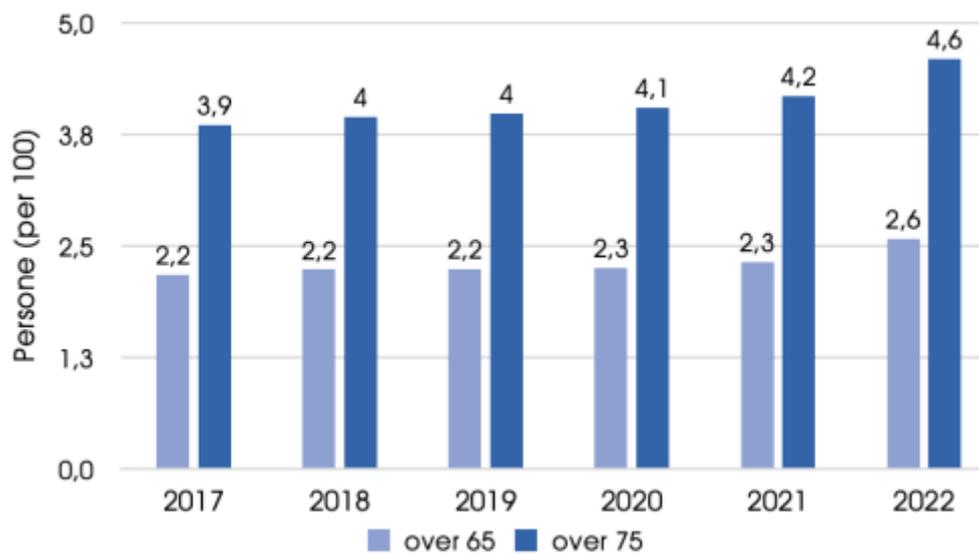


Figura 2.1 Percentuale di anziani residenti in RSA in Italia durante gli anni 2017-2022
Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva

Questa ricollocazione richiede un notevole sforzo, sia dal punto di vista cognitivo che psicologico per la persona anziana. Inserirsi nel nuovo ambiente, infatti, comporta: orientarsi e crearsi nuovi punti di riferimento, adattarsi a nuovi ritmi di vita, elaborare la rottura del legame di attaccamento al luogo di

vita e la perdita delle figure di riferimento che vi ruotavano intorno; ricordiamo che, ancor più nell'invecchiamento patologico, la dipendenza dall'ambiente è massima (De Beni & Borella, 2015).

Troppo spesso per comprendere la qualità della vita all'interno delle RSA le persone tendono a riferirsi a luoghi comuni e pregiudizi (aumentati anche a seguito dell'attenzione mediatica concentrata durante la Pandemia), o alle opinioni dei familiari e conoscenti, senza tenere in considerazione il vissuto esperito dai residenti.

Diversi studi hanno mostrato come spesso al trasferimento si associno disturbi fisici e psichici, anche gravi, e cercato di comprendere quali caratteristiche dell'ambiente siano in grado di soddisfare i bisogni fondamentali per la qualità di vita nell'invecchiamento, citati nel capitolo precedente: sicurezza/salute, accessibilità, supporto fisico e cognitivo, orientamento e consapevolezza, privacy e socializzazione, controllo, autodeterminazione, senso di familiarità e personalizzazione; sono state poi create delle linee guida comuni che possono essere tenute in considerazione per soddisfare i bisogni dei residenti e trarre reciproco beneficio (vedi Tabella 2.2).

INTERVENTI AMBIENTALI	BISOGNI	BENEFICI PER I RESIDENTI
<ul style="list-style-type: none"> • Disposizione funzionale delle componenti d'arredo • Presenza di rampe, corrimano, ascensori • Utilizzo di pavimentazione antiscivolo • Buona illuminazione degli ambienti e presenza di superfici non riflettenti • Buona qualità dell'aria e pulizia degli Ambienti 	Sicurezza/supporto fisico	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione del rischio di caduta, generalmente causati da una diminuita percezione di profondità • Diminuzione del ricorso a metodi di contenzione (es. spondine del letto), soprattutto per residenti con malattia degenerativa, per evitare che possano cadere se si muovono da soli nell'ambiente • Diminuzione di allucinazioni e dispercezioni, caratteristiche della malattia degenerativa, generalmente favorite da giochi di luce e ombra • Diminuzione del rischio di infezioni, che possono debilitare i residenti e intensificare il ricorso ai farmaci
<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione di strutture a L o a H, in cui non siano presenti lunghi corridoi su cui si affaccino molte porte • Presenza di segnaletica chiara (per esempio indicazioni con frecce o piantine della struttura), buona illuminazione e accesso visivo nei punti strategici alla navigazione • Accesso diretto agli spazi verdi esterni (per esempio finestre ampie, porte finestre, balconi) • Utilizzo di arredi, materiali, colori che permettano di differenziare gli elementi dell'ambiente • Utilizzo di arredi e suppellettili familiari («umanizzazione» dell'ambiente) e funzionali alle attività di vita quotidiana • Possibilità di arredare la propria stanza con oggetti personali 	Supporto cognitivo/orientamento	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilità di muoversi in modo autonomo e sicuro nell'ambiente, soprattutto per i residenti con demenza che generalmente si muovono continuamente senza meta nel nucleo (vagabondaggio) • Miglior orientamento spazio-temporale grazie al contatto con l'ambiente esterno • Possibilità di usufruire di spazi verdi per compiere passeggiate o svolgere attività di giardinaggio • Possibilità di utilizzare in modo autonomo gli spazi (per esempio cucina, bagno) e avere quindi un maggior senso di controllo sull'ambiente e autodeterminazione nelle attività quotidiane • Percepire comfort e piacevolezza grazie alla presenza di arredi e oggetti familiari e personali
	Accessibilità/fruibilità	
	Autodeterminazione/personalizzazione	
<ul style="list-style-type: none"> • Creare connessione con la comunità esterna, sia attraverso la predisposizione di mezzi di trasporto idonei e funzionali, sia attraverso la promozione di attività e servizi che favoriscano la comunicazione tra comunità e residenza (per esempio volontariato, attività per i famigliari, attività scolastiche) • Separare gli spazi comuni (per esempio ingresso, sala da pranzo, stanze per attività) da quelli privati (camere da letto, bagni) • Utilizzare per attività che coinvolgono più residenti stanze facilmente raggiungibili • Allestire piccole stanze in cui i residenti possono ricevere famigliari e amici, disponendo i complementi d'arredo così da favorire la conversazione (per esempio tavoli e sedie in cerchio) 	Privacy/socializzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilità di mantenere vivi rapporti personali e affettivi con la famiglia e gli amici • Possibilità di sentirsi parte della comunità, di essere risorsa per le nuove generazioni • Possibilità di partecipare alle attività proposte, e allo stesso tempo di avere uno spazio tranquillo per rimanere soli

Tabella 2.2 Interventi ambientali, bisogni e benefici ottenuti dai residenti, tratta e adattata da (De Beni & Borella, 2015)

In tal senso, è necessario occuparsi della qualità di vita anche di questi anziani.

2.2. Qualità di vita e modelli teorici

Il primo modello teorico di concezione della Qualità della Vita (QoL) è stato formulato da Lawton nel 1983. In questo modello tetra-fattoriale, Lawton identifica quattro fattori chiave su cui dovrebbe

concentrarsi la valutazione della QoL: competenze comportamentali, soddisfazione di vita percepita soggettivamente, benessere psicologico e aspetti ambientali (Cantarella, Borella, & De Beni, 2019). A tale modello, ampiamente criticato, ne sono seguiti molti altri; il più recente, rivolto in maniera specifica ai soggetti istituzionalizzati, è stato sviluppato da Kane (2000; 2003) ed individua undici componenti della QoL:

1. senso di sicurezza: rappresenta la fiducia delle persone nella struttura e nel personale, creando un ambiente accogliente e sicuro;
2. benessere fisico: riguarda la libertà da dolore fisico e disagio;
3. divertimento: riconosce l'importanza del divertimento nell'ambito della QoL degli anziani in struttura;
4. svolgimento di attività significative: implica che il tempo dei residenti sia impiegato in attività rilevanti e gratificanti, adattate al loro stato fisico e cognitivo, per soddisfare bisogni di realizzazione personale e di appartenenza;
5. relazioni: comprende sia i legami affettivi e di amicizia, che le connessioni con altri familiari, co-residenti o professionisti;
6. competenze funzionali: si riferisce alla capacità dell'individuo di svolgere autonomamente le attività quotidiane, come la deambulazione, i trasferimenti e il nutrirsi;
7. dignità: riflette il grado di rispetto della dignità personale da parte di altri residenti e del personale;
8. privacy: non solo riguarda la disponibilità di spazi personali, ma anche la possibilità di essere da soli quando si desidera, di condividere momenti in luoghi privati, e di controllare le informazioni personali;
9. individualità: sottolinea il riconoscimento dell'anziano come individuo con obiettivi, desideri e la possibilità di continuare la propria esistenza in coerenza con il proprio passato;
10. autonomia nelle scelte: si concentra sulla percezione della libertà di prendere decisioni personali, che può influenzare positivamente la salute fisica e il benessere generale;

11. benessere spirituale: rappresenta un aspetto separato dal benessere sociale e psicologico, e viene definito da Peterson e Seligman (2004) come apprezzamento della bellezza, gratitudine verso gli altri e la propria vita, speranza verso il futuro e orientamento verso i propri progetti, capacità/necessità di interrogarsi sullo scopo della propria esistenza e cercare di darvi significato (De Beni & Borella, 2015).

Il contesto abitativo è pertanto un fattore determinante per la qualità di vita e, in caso di problematiche di salute, per il buon esito della terapia farmacologica. Si è potuto infatti constatare, in particolare per i soggetti istituzionalizzati, quanto il ruolo della struttura in cui l'anziano risiede sia elemento fondamentale nel suo percorso di cura e per evitare, o quantomeno, posticipare il suo deterioramento cognitivo.

2.3. La qualità di vita in RSA e metodi di rilevazione

Le ricerche tendono a rilevare una ridotta qualità di vita e benessere psicologico tra gli anziani che risiedono in istituti, in confronto ai loro coetanei che vivono nelle proprie abitazioni. Gli istituti per anziani possono essere considerati come "comunità accidentali" (Kane, 1990) poiché costituiti da individui con vari interessi, background socio-culturali, livelli di istruzione e tipi di disabilità. Vari studi si sono quindi occupati di capire quali sono i principali bisogni degli anziani residenti in struttura e che possono influire sulla loro qualità di vita.

I principali bisogni, che risultano poi predire la qualità di vita, individuati dall'analisi della letteratura e che dovrebbero essere considerati nelle politiche e nelle pratiche di assistenza agli anziani in istituti, sono i seguenti.

- Autodeterminazione e Autonomia: la possibilità di esprimere e vedere riconosciuti questi bisogni nel proprio ambiente di vita può aumentare la motivazione dell'anziano, influenzando positivamente la sua salute fisica e il coinvolgimento in attività stimolanti dal punto di vista mentale e fisico. Al contrario, gli ambienti considerati controllanti, con regole restrittive o che limitano l'espressione individuale, possono portare a una minore soddisfazione, con possibili effetti negativi sulla salute e

una maggiore mortalità. Coloro che scelgono autonomamente di vivere in una struttura per anziani, inoltre, percepiscono una migliore qualità di vita rispetto a coloro con problemi di salute o che sono costretti dai familiari. Diversi studiosi hanno evidenziato come l'autodeterminazione sia spesso limitata negli istituti: gli anziani non hanno la possibilità di prendere decisioni su questioni come gli orari di svegliarsi e andare a letto, cosa mangiare, cosa indossare, con chi condividere gli spazi e quali attività svolgere.

- **Qualità delle Cure:** la qualità delle cure fornite ha un impatto significativo sull'esperienza degli anziani, che hanno necessità di sentire i loro bisogni riconosciuti e soddisfatti dagli operatori, in maniera non frettolosa. La relazione con il personale, in particolare la sensazione di essere rispettati e assistiti, è considerata il principale predittore della qualità di vita per gli anziani con deterioramento cognitivo.

- **Spiritualità e Religiosità:** l'adesione a pratiche religiose e spirituali può influenzare positivamente il benessere fisico e psicologico degli anziani. La religiosità riguarda comportamenti legati alla pratica religiosa pubblica e formale (ad esempio, frequentare luoghi di culto), mentre la spiritualità riguarda l'esperienza personale di connessione con "qualcosa di più grande". La religiosità è stata associata a una riduzione dell'ansia e della depressione negli anziani, mentre la spiritualità può contribuire a una visione più positiva della vita.

- **Ambiente e le Caratteristiche della Struttura:** un ambiente che permette agli anziani di personalizzare le loro camere (ad esempio, portare con sé oggetti della precedente abitazione e creare un ambiente "casalingo" anziché "ospedaliero"), può aiutare a preservare il senso di identità e di appartenenza, favorire il senso di autonomia e l'adattamento al contesto istituzionale.

- **Coesione Sociale e Supporto Sociale:** il senso di comunità e la coesione sociale sono aspetti cruciali, in quanto gli anziani che vivono in istituti tendono a sperimentare livelli più alti di solitudine rispetto a quelli che vivono al di fuori. La partecipazione sociale è stata associata a una minore depressione, a una migliore funzione cognitiva e a una maggiore soddisfazione nella vita degli anziani.

- Partecipazione ad Attività Stimolanti: gli anziani desiderano essere coinvolti in attività che stimolino la loro mente e che favoriscano le relazioni sociali. La possibilità di scegliere liberamente le attività, o di avere attività rispettose dei loro interessi personali, è importante per promuoverne il coinvolgimento ed il benessere, e può avere effetti positivi sulla funzione cognitiva e emotiva (Cantarella, Borella, & De Beni, 2019).

2.3.1. *Valutare la Qualità di Vita*

Per valutare la QoL esistono strumenti "generici", che cercano di comprendere il vissuto globale del soggetto nel contesto, e strumenti "patologia-specifici" che misurano l'impatto di una specifica malattia; questi possono essere diretti, coinvolgendo direttamente l'individuo, o indiretti, basandosi su resoconti di familiari o *caregiver*. Le modalità di somministrazione più utilizzate sono: questionari con opzioni di risposta predefinite (somministrati o autosomministrati) ed interviste semi-strutturate, le quali offrono maggiore flessibilità nell'ordine delle domande e sono particolarmente utili con le persone anziane per raccogliere opinioni e aspettative.

Da un'analisi della letteratura, è possibile individuare oltre 50 strumenti per valutare la qualità di vita degli anziani (sia cognitivamente integri che non), di cui almeno 20 sono specificamente progettati per individui con deterioramento cognitivo. Mentre la letteratura internazionale ne offre una vasta gamma, in Italia si trovano pochi strumenti adeguati. Per raccogliere informazioni su queste persone, vengono spesso utilizzate scale sviluppate su misura dai clinici delle strutture; in alcuni casi, adattati strumenti anglosassoni poco adeguati alla realtà italiana, o contenenti elementi che differiscono significativamente dall'esperienza degli anziani nel nostro contesto e che richiedono una preparazione approfondita da parte del personale clinico e tempi di osservazione prolungati. A livello internazionale, lo strumento più ampiamente utilizzato per le indagini sull'invecchiamento patologico è il "Quality of Life in Alzheimer's Disease" (Longson et al., 1998), un questionario breve composto da 13 domande che esplorano vari aspetti della qualità della vita, considerando le esperienze delle ultime due settimane prima dell'intervista. Per gli anziani cognitivamente integri, tra gli strumenti più utilizzati citiamo il WHOQoL-OLD (Power, Quinn, Schmidt, 2005) disponibile sia in una versione

estesa (100 item) che in versione ridotta (26 item), e il “36-item Short Form Survey” (Brazier et al., 1992), il più utilizzato per la misura della “*Health-Related Quality of Life*” (qualità della vita legata alla salute) (Cantarella, Borella, & De Beni, 2019).

2.3.2. L'intervista Quality_VIA: un nuovo strumento validato in Italia

L'intervista strutturata "Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani" (Quality_VIA), descritta nel prossimo capitolo del seguente elaborato, è stata sviluppata da ricercatori dell'Università di Padova in risposta a questa necessità, con l'obiettivo di considerare il punto di vista dell'anziano su come vive l'ambiente in relazione ai suoi bisogni e alle sue potenzialità, anche quando si verificano difficoltà cognitive. Attualmente rappresenta il primo e unico strumento validato in Italia ed è in grado di esaminare la qualità della vita sia negli anziani con un invecchiamento cognitivo normale, che in quelli affetti da demenza anche di grado moderato ($MMSE \geq 13$). È stato standardizzato su un campione di circa 300 soggetti, di età compresa tra i 65 e i 105 anni, residenti in centri e strutture sia pubbliche che private.

La costruzione dell'intervista ha seguito le seguenti fasi: i) è stata condotta una revisione sistematica della letteratura internazionale, per identificare le dimensioni chiave per valutare la QoL nell'invecchiamento; ii) una volta identificate queste dimensioni, sono state esaminate le scale esistenti e selezionati gli elementi più rappresentativi e chiari; iii) è stato condotto un focus group con esperti in psicologia dell'invecchiamento e professionisti delle istituzioni, atto ad individuare le possibili domande e la formulazione più idonea; iv) è stato effettuato un test della prima versione dell'intervista, con uno studio pilota su 100 anziani istituzionalizzati; v) sono state eseguite analisi psicometriche - con studi fattoriali, di consistenza interna e validità convergente - per selezionare gli item più appropriati e valutare la validità dello strumento.

L'intervista finale, composta da 34 item organizzati in 7 dimensioni di QoL, si dimostra uno strumento di alta qualità scientifica e di facile utilizzo, sia per quanto concerne le modalità e i tempi di somministrazione (mediamente circa 25 minuti) che per il calcolo del punteggio; le domande sono

formulate in modo semplice ed alcune sono parafrasate per agevolare la comprensione (Cantarella, Borella, & De Beni, 2019).

Tale strumento ha mostrato relazioni con aspetti psicologici

2.4. Solitudine e qualità di vita

Tra i fattori che influenzano la qualità di vita e il benessere psicologico dell'anziano, vi è la solitudine, ossia quel sentimento soggettivo e negativo di mancanza, o perdita, di connessioni sociali desiderate, spesso derivante da una discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive.

Le ricerche indicano una correlazione tra la solitudine, qualità della vita (QoL), salute fisica e psicologica, mortalità prematura, deterioramento cognitivo e rischio di sviluppare demenza.

Nell'invecchiamento tipico, la solitudine può spesso comportare una diminuzione dell'attività fisica, della stimolazione cognitiva e della motivazione a mantenere una buona salute, oltre a problemi di salute mentale come la depressione e l'ansia, e un peggioramento della qualità del sonno negli anziani.

La “Systematic Review & Meta-analysis”, condotta da Sella e collaboratori (2021), mostra che una buona qualità del sonno è associata a una migliore qualità di vita nell'invecchiamento normale (Sella & Borella, 2023).

In presenza di malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer o il morbo di Parkinson, la relazione tra solitudine e qualità di vita diventa ancora più complessa. Alcune ricerche indicano che la solitudine sociale tende ad aumentare, mentre quella emotiva tende a diminuire con il peggioramento del funzionamento cognitivo. Questo può essere spiegato dal fatto che, i soggetti con funzioni cognitive meno compromesse, possono percepire più chiaramente la perdita del supporto sociale. Inoltre, il pregiudizio, la paura, la mancanza di informazioni e le crescenti difficoltà associate ai sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici legati alla demenza, contribuiscono alla diminuzione delle relazioni sociali osservata.

In questo contesto, la solitudine può essere aggravata da fattori come la dipendenza da *caregiver* e la perdita progressiva delle capacità cognitive e fisiche. Il senso di solitudine può essere esperito sia

dagli anziani, che possono sentirsi isolati a causa della necessità di assistenza costante, che dai loro caregiver a causa delle sfide emotive ed economiche associate alla cura.

Un ambiente con scarsi contatti sociali e limitate opportunità di stimolazione sociale potrebbe aggravare ulteriormente i sintomi cognitivi e comportamentali delle persone con demenza e aumentare i livelli di solitudine emotiva e di esclusione sociale (Carbone, Piras, Ferrari Pellegrini, Caffarra, & Borella, 2022).

Si è ritenuto pertanto utile includere anche la percezione di solitudine in questo studio sulla QoL nelle residenze per anziani.

3. LA RICERCA

3.1. Obiettivi

Obiettivo della ricerca è stato quello di esaminare la relazione tra qualità di vita esperita da persone anziane residenti in CRA, il funzionamento cognitivo, la qualità dell'assistenza ricevuta, aspetti psicologici - la solitudine sociale ed emotiva il tono dell'umore - e l'autonomia funzionale.

Si è ipotizzato che a minor salute fisica e psicologica, corrisponda una minore qualità di vita percepita per i residenti in CRA (o più in generale in RSA). Studi precedenti hanno, infatti, evidenziato come la percezione di qualità di vita sia un costrutto multidimensionale espresso dall'interazione tra salute fisica e psicologico-emotiva, livello di indipendenza, relazioni sociali e interazione con il contesto ambientale specifico.

3.2. Metodo

3.2.1. Campione

Sono state coinvolte circa 40 persone anziane (di età compresa fra i 65 e i 105 anni), residenti presso la C.R.A. "San Domenico" di Budrio (BO). Una volta individuati i partecipanti eleggibili, sulla base dei criteri di inclusione qui sotto elencati, sono state fornite loro le informazioni relative al progetto e le istruzioni necessarie alla partecipazione.

A coloro che hanno espresso interesse a prendere parte alla ricerca è stato dato il consenso informato e spiegati gli obiettivi dello studio. La partecipazione alla ricerca è stata a carattere volontario.

I criteri di inclusione sono stati:

- età superiore ai 65 anni, con almeno 1 mese di permanenza nella residenza;
- punteggio al *Mini Mental State Examination* - MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) uguale o superiore a 13/30;
- assenza di deficit sensoriali e percettivi severi (in particolare anziani con grave ipoacusia, non adeguatamente corretta da protesi);

- assenza di sintomi psichiatrici e disturbi comportamentali gravi che possano inficiare la somministrazione degli strumenti, indagati tramite il *Neuropsychiatric Inventory* (Cummings, et al., 1994).

Per i questionari indirizzati al *caregiver* formale è stato poi identificato un addetto formale di riferimento, sulla base del ruolo ricoperto e della conoscenza dettagliata dei residenti.

Nella Tabella 3.1 sono presentate le statistiche descrittive del campione.

3.2.2. *Materiali*¹

Prove somministrate ai residenti:

- Valutazione della qualità di vita nelle Istituzioni per Anziani

- **Quality-Via* (Cantarella, Borella, & De Beni, 2019)

Tale intervista è composta da 34 domande che esplorano 7 dimensioni della qualità di vita:

- soddisfazione cure e bisogni primari: 4 item relativi al dormire tranquillamente, qualità del cibo, assenza di dolore);
- soddisfazione ambientale: 5 item riferiti al bisogno di sicurezza, al confort e alla pulizia, all'estetica dell'ambiente e alla possibilità di accesso a spazi verdi;
- rapporto con il personale: 4 item per indagare il rapporto instaurato con il personale di cura, relativi a senso di protezione, dignità e rispetto, prontezza nel rispondere ai bisogni;
- attività: 4 item sul grado di stimolazione e partecipazione alle attività proposte e alla possibilità di mantenere vivi i propri interessi;
- privacy e autodeterminazione: 7 item sul rispetto della persona e dei suoi spazi, del margine di scelta sugli aspetti della routine giornaliera e in merito all'informazione sulle cure ricevute;
- coesione sociale: 6 item per comprendere il senso di appartenenza, il grado di coesione, solidarietà e vicinanza percepiti dai residenti;
- autorealizzazione e spiritualità: 4 item sulla percezione di avere uno scopo di vita e la possibilità di esprimere la propria religiosità.

L'intervistatore chiede di rispondere ad ogni item secondo il grado di accordo secondo una Likert a 4 punti (nella quale 1 = "per niente", 2 = "poco", 3 = "abbastanza", 4 = "molto"); a supporto del partecipante viene lasciato sul tavolo un cartoncino colorato in formato A4 riportante la scala, colorato in modo brillante e con caratteri in grassetto.

¹ I materiali presi in considerazione nel presente elaborato sono segnalati da un asterisco.

Le variabili considerate sono la somma totale e i punteggi totali delle diverse sottoscale.

- Percezione della qualità dell'assistenza

- **PDQ Residente – Person Direct Care Development of Client-Centred Care Questionnaire* (Witte, Schoot, & Proot, 2006), adattato da Borella (2010).

Lo strumento nella sua forma originale “*Client-Centred Care Questionnaire (CCCQ)*” ha lo scopo di valutare la centralità del cliente nell'assistenza infermieristica, dal punto di vista del paziente.

Comprende 15 affermazioni che il partecipante deve giudicare selezionando il grado di accordo che maggiormente si avvicina alla sua esperienza su una scala Likert a 5 punti, da "totalmente in disaccordo" (1) a "totalmente d'accordo" (5). Un cartoncino con impresse le opzioni di risposta della Likert chiaramente leggibili è stato proposto per facilitare la risposta.

La variabile dipendente è data dalla somma degli item.

- Solitudine

- **Questionario sulla solitudine sociale ed emotiva* (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006).

Il questionario è composto da sei item per valutare la solitudine sociale (“quanto percepisco di non avere relazioni”) ed emotiva (“quanto penso di non aver nessuna persona su cui posso contare in caso di bisogno”) di una persona. Al partecipante viene richiesto di indicare il proprio grado di accordo con ogni affermazione, su una scala Likert da 1 “assolutamente vero” a 5 “assolutamente falso”. Le variabili dipendenti sono costituite dalla somma dei punteggi dei tre item per la solitudine emotiva e dei tre item per la solitudine sociale; a punteggi più bassi corrispondono livelli più alti di solitudine sociale ed emotiva.

- Fattori psicologici

- **GSD - Geriatric Depression Scale (Yesavage, et al., 1982)*

Si tratta di un breve questionario che indaga la presenza di sintomatologia depressiva, composto da 15 domande a cui si richiede di rispondere “Sì” o “No” in base ai propri vissuti della settimana passata; anche questo strumento può essere autosomministrato, o somministrato da parte di un professionista.

Il punteggio finale (variabile dipendente) è dato dalla somma dei punteggi dati a ciascun item. Ad un maggior punteggio ottenuto, corrisponde una maggior presenza di sintomatologia depressiva

Prove somministrate al *caregiver* formale:

- 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*). Si compone di 10 item che valutano le seguenti attività:

- 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 - BI- 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 questionario viene compilato dal *caregiver* formale, che deve indicare il livello di autonomia del paziente in ciascuna delle attività elencate selezionando le opzioni: "A" se il soggetto è dipendente, "B" se necessita di aiuto, "C" se indipendente.

Il punteggio previsto per questi item va da un minimo di 0 ad un massimo di 40. È stato poi calcolato il "Barthel Index" totale dato dalla somma dei due parametri precedenti (BI funzionalità + BI mobilità) e considerato per le analisi.

- *ADL - *Activities of daily living* o *BADL Basic Activities of daily living* (Katz, 1983)

La scala ADL è uno strumento utilizzato in campo medico e nella valutazione geriatrica per misurare la capacità di una persona di svolgere le attività quotidiane, necessarie al mantenimento dell'autonomia e al benessere personale; valuta la capacità di una persona di eseguire una serie di attività quotidiane di base ed utilizzata per valutare il grado di dipendenza o l'indipendenza funzionale di un individuo, in particolare tra gli anziani e coloro con limitazioni fisiche o cognitive.

La scala è composta da un totale di sei item e misura la variabile della "funzionalità", o della "capacità di eseguire le attività quotidiane di base", corrispondenti a:

1. Igiene personale: capacità di eseguire la cura personale, come il lavaggio del viso, delle mani e del corpo, la cura dei denti, la pettinatura e la vestizione;
2. Alimentazione: capacità di nutrirsi in modo autonomo, inclusi l'abilità di tagliare il cibo, usare utensili e bere senza assistenza;

3. Utilizzo del bagno: capacità di utilizzare il bagno in modo indipendente, compreso il controllo delle funzioni urinarie e intestinali;
4. Trasferimenti: la capacità di spostarsi da una posizione all'altra, come dal letto alla sedia, dalla sedia alla toilette, ecc.;
5. Movimentazione: capacità di muoversi in modo indipendente, sia deambulando che utilizzando una sedia a rotelle, se necessario;
6. Controllo degli sfinteri: questo item include il controllo della minzione e della defecazione, valutando la necessità di pannolini o assistenza.

Per la compilazione, i professionisti effettuano un'osservazione diretta, o intervistano la persona oggetto della valutazione, o i caregiver; ogni item viene calcolato utilizzando un punteggio che da 0 a 6 e la loro somma determina il livello complessivo di indipendenza, o di necessità di assistenza, della persona: 0 = completa dipendenza, la persona non può svolgere l'attività da sola; 6 = completa indipendenza, la persona può svolgere l'attività senza assistenza. La variabile dipendente è il punteggio totale.

- **IADL - Instrumental activities of daily living* (Lawton & Brody, 1969)

La scala IADL misura la capacità e l'indipendenza di una persona nello svolgere attività strumentali di vita quotidiana, considerate più complesse rispetto alle attività di base (ADL).

La valutazione da parte dell'operatore (infermiere, OSS) avviene sulla base di informazioni fornite dal soggetto stesso, se cognitivamente capace, oppure dal *caregiver*.

Lo strumento è costituito da otto item, corrispondenti a funzioni complesse che richiedono competenza nell'uso di strumenti: uso del telefono, fare acquisti, preparazione dei pasti, faccende domestiche, lavare la biancheria, uso di mezzi di trasporto, gestione dei farmaci e del denaro.

La scala è utilizzata nella forma dicotomica originale, che assegna due punteggi ad ogni funzione: 0 per indicare dipendenza e 1 per indicare indipendenza; la somma varia quindi da 0 a 8.

La variabile dipendente è il punteggio totale.

- Livello psicologico-comportamentale

- *CSD - Cornell Scale for Depression in Dementia* (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988)

La *Cornell Scale for Depression in Dementia* valuta segni e sintomi depressivi in persone con demenza somministrata al caregiver principale.

La scala si compone di 19 item, suddivisi in 5 sottoscale, con risposte che hanno un punteggio da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo).

Le sottoscale sono: i) Alterazione del tono dell'umore; ii) Disturbi comportamentali; iii) Segni fisici; iv) Funzioni cicliche; v) Disturbi ideativi.

La presenza/assenza del sintomo e quindi la gravità dello stesso sono valutate su una scala Likert a 4 punti: NA (non applicabile), 0 (assente), 1 (presente con una gravità di grado lieve/moderato), 2 (presente con una gravità di grado grave).

Il *caregiver* formale compila gli item di ciascuna sottoscala, selezionando il punteggio in base alle condizioni psicofisiche del paziente. Il punteggio totale è dato dalla somma del punteggio fornito ad ogni singolo item, considerato come variabile dipendente.

Un punteggio totale inferiore a 6 indica l'assenza di sintomatologia depressiva mentre un punteggio totale superiore a 10 indica una probabile depressione maggiore. Un punteggio superiore a 18 indica presenza di depressione maggiore.

- *NNPI - Neuropsychiatric Inventory* (Cummings, et al., 1994).

È un questionario che permette di raccogliere informazioni in merito alla presenza (si / no), frequenza (scala Likert da 1="raramente" a 4="molto frequentemente") e gravità (scala Likert da 0="lieve" a 3="marcata") circa le alterazioni psicologico-comportamentali della persona con demenza, dalla persona che vive vicino alla stessa. Le domande richiedono di riferirsi, in particolare, alla situazione nelle 6 settimane precedenti al questionario e, vanno ad indagare, nel dettaglio le seguenti alterazioni

psicologico-comportamentali: 1) deliri, 2) allucinazioni, 3) agitazione o aggressività, 4) depressione o disforia, 5) ansia, 6) euforia o esaltazione, 7) apatia o indifferenza, 8) disinibizione, 9) irritabilità o labilità, 10) comportamento motorio aberrante, 11) disturbi del sonno, 12) disturbi dell'appetito e dell'alimentazione. Per ciascun sintomo indagato, inoltre, viene richiesto al *caregiver* di riportare il suo stress emotivo e psicologico su una scala Likert da 0 (= "nessuno") a 5 (= "grave"). Le variabili dipendenti considerate sono: i) la somma del punteggio di frequenza per la gravità ad ogni sintomo (sottoscala "sintomi"); ii) la somma dei punteggi di *distress* dati dal *caregiver* ad ogni sintomo (sottoscala "*distress*"). Punteggi più alti corrispondono a disturbi psicologico-comportamentali più frequenti e gravi ed a un maggior *distress* vissuto dal *caregiver*.

3.2.3. Procedura

Tutti i residenti anziani risultati idonei alla ricerca secondo i criteri di inclusione elencati nel paragrafo 3.2.1, hanno preso parte a 2 incontri individuali nell'arco di due/tre settimane, durante i quali sono stati somministrati gli strumenti nel seguente ordine:

- nel primo incontro: intervista strutturata "Quality-Via";
- nel secondo incontro, i restanti questionari nell'ordine: i) *Person-directed care*; ii) Scala di Solitudine Sociale ed Emotiva; (iii) *Geriatric Depression Scale*.

Gli incontri si sono svolti all'interno della C.R.A. "San Domenico", in spazi idonei messi a disposizione dalla struttura.

Rispettando la stessa periodicità sono stati somministrati al *caregiver* formale - la Responsabile dell'Assistenza Sanitaria (RAS) - in modalità autocompilazione, i seguenti questionari nel seguente ordine: i) ADL - Activities of daily living o BADL Basic Activities of daily living; ii) IADL - Instrumental activities of daily living; iii) BI - The Barthel Index; iv) CSD - Cornell Scale for Depression in Dementia; v) NPI - Neuropsychiatric Inventory.

Tabella 3.1 Statistiche descrittive delle caratteristiche socio-demografiche e degli strumenti utilizzati.

	M	DS
<i>Caratteristiche socio-demografiche:</i>		
Età (anni)*	84.15	7.13
Scolarità (anni)	7.05	3.15
<i>*range età: 68 – 104 anni; range scolarità: 2 – 15 anni</i>		
<i>Funzionamento cognitivo:</i>		
Mini Mental State Examination – (MMSE corretto)*	22.24	4.98
<i>*range MMSE: 13.2 – 29.8</i>		
<i>Livello di mobilità-funzionalità:</i>		
Barthel Index (BI)	38.59	28.89
Activities of daily living (ADL)	1.9	1.76
Instrumental activities of daily living (IADL)	1.21	1.01
<i>Tono dell'umore:</i>		
Geriatric Depression Scale (GDS)	5.38	2.94
<i>Qualità assistenziale percepita:</i>		
Person Direct Care (PDQ Residente)	44.41	8.13
<i>Solitudine percepita:</i>		
Solitudine Emotiva	9.38	2.74
Solitudine Sociale	9.28	3.15
Solitudine totale	18.67	4.97
<i>Qualità della vita:</i>		
Quality_VIA totale	2.76	0.45

3.3. Risultati

In tabella 3.1 sono presentate le statistiche descrittive del campione e delle misure di interesse.

3.3.1. Affidabilità

Al fine di misurare il grado di affidabilità degli strumenti è stato calcolato l'Alfa di Cronbach (si veda Tabella 3.2).

Tabella 3.2 Valori di affidabilità degli strumenti

	QVIA totale	QVIA _SC	QVIA_ AMB	QVIA_ PERS	QVIA_ ATT	QVIA_ PRIVACY	QVIA_ SOC	QVIA _SPIR	Solitudine (DeJong)	PDQ
<i>Alpha di Cronbach</i>	.90	.69	.70	.65	.78	.69	.78	.62	.76	.69

Nota. QoL: QVIA_totale = qualità della vita globalmente percepita; QVIA_SC = soddisfazione cure e bisogni primari; QVIA_AMB = soddisfazione ambientale; QVIA_PERS = rapporto con il personale; QVIA_ATT = attività; QVIA_PRIVACY = privacy e autoderminazione; QVIA_SOC = coesione sociale; QVIA_SPIR = autorealizzazione e spiritualità; PDQ= qualità assistenziale percepita

Tutti gli strumenti utilizzati hanno mostrato una buona affidabilità interna (si veda Tabella 3.2): il questionario Quality-Via, analizzato nell'intero con le rispettive sottoscale, ed il Questionario sulla solitudine sociale ed emotiva hanno dimostrato una maggiore affidabilità interna; mentre il PDQ, un'affidabilità leggermente inferiore.

3.3.2. Analisi di correlazione

Sono state poi condotte analisi di correlazione per esaminare le relazione tra le dimensioni del QoL, l'età, il funzionamento cognitivo (MMSE), la percezione di solitudine sociale ed emotiva, il tono dell'umore (GDS), la percezione della qualità dell'assistenza ricevuta dal residente (PDQ) ed il grado di autonomia (Barthel Index, ADL e IADL). Per quest'ultimo, visto la correlazione tra i tre indici ($r > .50$), è stato calcolato un punteggio composito.

Tabella 3.3 Analisi di correlazioni tra *Quality_VIA*, con rispettive sottoscale, e le altre variabili di interesse.

	Età	MMSE corretto	Solitudine totale	GSD	PDQ totale	Autonomia Funzionale
<i>QVIA_totale</i>	.19	-.39*	.59**	-.70**	.43**	.05
<i>QVIA_SC</i>	-.08	-.23	.30	-.32*	.41**	-.02
<i>QVIA_AMB</i>	.19	-.28	.54**	-.60**	.31	-.13
<i>QVIA_PERS</i>	-.03	-.13	.50**	-.53**	.59**	.14
<i>QVIA_ATT</i>	-.05	-.42**	.23	-.30	.30	-.01
<i>QVIA_PRIVACY</i>	.27	-.18	.50**	-.72**	.41**	.26
<i>QVIA_SOC</i>	.34*	-.45**	.48**	-.44**	.20	-.08
<i>QVIA_SPIR</i>	.12	-.23	.39*	-.67**	.19	.11

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$. QoL: *QVIA_totale* = qualità della vita globalmente percepita; *QVIA_SC* = soddisfazione cure e bisogni primari; *QVIA_AMB* = soddisfazione ambientale; *QVIA_PERS* = rapporto con il personale; *QVIA_ATT* = attività; *QVIA_PRIVACY* = privacy e autoderminazione; *QVIA_SOC* = coesione sociale; *QVIA_SPIR* = autorealizzazione e spiritualità; MMSE = funzionamento cognitivo; GDS = tono dell'umore; PDQ = qualità assistenziale percepita.

I risultati (si veda Tabella 3.3.) hanno mostrato correlazioni significative tra la qualità di vita, il funzionamento cognitivo, il tono dell'umore e la solitudine.

La QoL globalmente percepita è risultata correlare con il funzionamento cognitivo generale, la solitudine, il tono dell'umore e la qualità dell'assistenza percepita. Quindi, un minor funzionamento cognitivo, un basso tono dell'umore e un maggior senso di solitudine sono associati a una minor QoL. Al contrario le persone che percepiscono un miglior livello di assistenza sono anche quelle che percepiscono una QoL più elevata.

Rispetto alle sottoscale, è emerso come solo alcune di queste correlino con i funzionamento cognitivo generale, in particolare le persone che con un minor funzionamento cognitivo sono anche quelle che riportano una peggiore qualità di vita relativa alle attività e alla coesione sociale.

Sono emerse poi interessanti correlazioni tra le sottoscale del *Quality_VIA*, la solitudine e il tono dell'umore. Tutte le sottoscale, ad eccezione di quelle relative alla soddisfazione delle cure e dei

bisogni primari e delle attività, sono risultate correlare positivamente con la solitudine: le persone che percepiscono una maggiore solitudine sono anche quelle che riportano una minore qualità di vita ambientale, spirituale, relativa al rapporto con il personale, alla coesione sociale e alla privacy.

Le persone con basso tono dell'umore sono anche quelle che percepiscono una bassa qualità di vita in tutte le sottoscale del Quality_VIA tranne che in quella relativa alle attività.

La qualità dell'assistenza percepita è poi risultata correlare positivamente con alcune delle sottoscale: coloro che percepiscono una alta qualità dell'assistenza sono anche quelle persone che hanno una maggiore soddisfazione delle cure e dei bisogni primari, un miglior rapporto con il personale, e percepiscono un maggiore rispetto della privacy.

Infine, l'età è risultata correlare positivamente solo con la coesione sociale, le persone più anziane sono anche e quelle che percepiscono una maggiore qualità di vita legata alla coesione sociale.

Non sono emerse correlazioni significative con l'autonomia funzionale.

3.3.3. Analisi di regressione

In seguito, sono state eseguite analisi di regressione multipla al fine di approfondire la relazione tra la qualità della vita e le altre variabili di interesse; la variabile dipendente è stata la qualità della vita totale, mentre le variabili indipendenti sono state: l'età, il funzionamento cognitivo, il grado di autonomia funzionale, il tono dell'umore, la percezione della qualità dell'assistenza ricevuta e la solitudine sociale ed emotiva.

I risultati (si veda Tabella 3.4) mostrano che il 65% della varianza della qualità di vita viene spiegato dalle variabili di interesse. In particolare, il livello di funzionamento cognitivo ($\beta = -.26$, $p = .04$) ed il tono dell'umore ($\beta = -.46$, $p < .001$) sono risultati predittori significativi della qualità di vita nel campione analizzato: un minor funzionamento cognitivo e un tono dell'umore più basso spiegherebbero, quindi, una bassa qualità di vita totale. La solitudine, pur non essendo risultata significativa, a livello qualitativo sembra contribuire alla qualità di vita percepita dai residenti in CRA.

Tabella 3.4 Modello di regressione multipla della qualità di vita globalmente percepita ($R^2 = .65$)

	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Età	-0.06	-0.55	.59
Funzionamento cognitivo (MMSE corretto)	-0.26	-2.12	.04*
Tono dell'umore (GDS)	-0.46	-3.50	<.001**
Solitudine Sociale ed Emotiva	.24	1.78	.08
Qualità assistenziale percepita (PDQ)	.10	.85	.40
Autonomia Funzionale (Barthel_ADL_IADL)	.04	.29	.77

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

3.4. Discussione e conclusioni

L'aumento dell'aspettativa di vita ed il progressivo invecchiamento della popolazione, rendono necessaria un'analisi approfondita delle caratteristiche e dei bisogni di questa fase dell'arco di vita che, più di altre, è caratterizzata da estrema varietà interindividuale e intraindividuale (De Beni & Borella, 2015) sia dal punto di vista biologico-funzionale, che cognitivo-psicologico.

In un'ottica multidimensionale, la comunità internazionale necessita di nuove politiche in ambito sociale, politico, sanitario, lavorativo e culturale. E' necessario anche un adeguamento dei servizi e delle caratteristiche ambientali dei contesti di vita nei quali le persone anziane sono e saranno inserite.

Nel presente studio sono state esaminate le relazioni tra diversi fattori quali la qualità dell'assistenza ricevuta, aspetti psicologici - la solitudine sociale ed emotiva il tono dell'umore - e l'autonomia funzionale, e la QoL, per comprendere come questi influenzano la qualità della vita dei residenti nelle CRA.

I risultati hanno mostrato che i residenti con un funzionamento cognitivo inferiore sono anche coloro che riportano una QoL complessivamente più bassa; questo suggerisce che l'utilizzo di terapie volte

al miglioramento delle capacità cognitive, come quelle non farmacologiche, potrebbe avere un impatto positivo sulla percezione della QoL.

Il tono dell'umore è risultato essere un altro fattore importante per la qualità di vita dei residenti, infatti coloro che avevano un tono dell'umore più basso hanno anche segnalato una QoL meno soddisfacente. Ciò sottolinea l'importanza di fornire supporto psicologico e sociale ai residenti per migliorare il loro benessere percepito.

La solitudine è stata un altro aspetto di rilievo: coloro che hanno segnalato una maggiore solitudine hanno anche riferito una QoL inferiore; questo pone l'accento sull'importanza di promuovere l'interazione sociale e la connessione tra i residenti, per mitigare la solitudine e migliorare la loro QoL.

Inoltre, la percezione della qualità dell'assistenza fornita è risultata correlata positivamente alla QoL; questo suggerisce che un'assistenza di alta qualità non solo è importante per il benessere fisico dei residenti, ma ha anche un impatto positivo sulla loro QoL complessiva. Garantire una formazione adeguata al personale, ed un approccio personalizzato e centrato sulla persona, sembra essere fondamentale per migliorare la QoL dei residenti.

L'età e l'autonomia funzionale sono risultati fattori meno influenti.

Infine, le analisi di regressione hanno confermato tra i predittori chiave della QoL totale: il funzionamento cognitivo e il tono dell'umore.

In conclusione, nonostante i limiti legati ad un campione di dimensione ridotte e residente nella stessa struttura, i risultati forniscono alcune indicazioni per migliorare la QoL dei residenti anziani nelle CRA. Questi risultati sembrano evidenziare la necessità di promuovere e diffondere un approccio di cura integrato, orientato non solo alla salute fisica ma anche alla salute psicologica e cognitiva, promuovendo l'interazione sociale e garantendo un alto livello di assistenza.

L'esperienza condotta in questo contesto di cura mi ha permesso di comprendere quanto sia importante per gli anziani "poter continuare a dare il proprio contributo", sia esso a sostegno della ricerca, che degli altri residenti, che delle attività della struttura.

L'intervista Quality_VIA, con i suoi item inclusivi per le persone con deterioramento cognitivo, ha permesso il coinvolgimento di persone solitamente escluse dalle attività considerate più complesse.

Lo strumento utilizzato, inoltre, ha consentito loro di riflettere sia sul proprio vissuto che sui propri bisogni. Il Quality_VIA rappresenta infine anche un utile strumento, per le strutture in cui viene utilizzato, per promuovere la qualità di vita dei residenti che è tra le *mission* in questo complesso ed eterogeneo mondo di chi si prende cura degli anziani.

Questi anziani, informalmente definiti "ospiti" dagli operatori, hanno accolto con entusiasmo l'invito alla partecipazione alla ricerca, dimostrando quanto la loro esperienza sia un aiuto fondamentale per la promozione della qualità di vita nei contesti istituzionali. Il progetto più ampio, nel quale si colloca il presente studio, ha l'obiettivo di dare voce ad un numero maggiore di anziani distribuiti in diverse realtà e differenti contesti italiani.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA²

- Alexopoulos, G. S., Abrams, P. C., Young, B. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry* 23, 271-284.
- Alzheimer's Disease International. (2023, Settembre). *Alzheimer's Disease International*. Retrieved from <https://www.alzint.org/>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali quinta edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Cantarella, A., Borella, E., & De Beni, R. (2019). *Valutare la qualità della vita nelle residenze per anziani. Guida all'uso dell'intervista standardizzata Quality_VIA*. Franco Angeli Edizioni.
- Carbone, E., Piras, F., Ferrari Pellegrini, F., Caffarra, P., & Borella, E. (2022). Individual differences among older adults with mild and moderate dementia in social and emotional loneliness and their associations with cognitive and psychological functioning. *BMC Geriatr* 22, 859.
- Chenoweth, K. M.-H.-P. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of Person-Centred Care, Dementia-Care Mapping, and Usual Care in Dementia: a Cluster-Randomised Trial. *Lancet Neurology*, 8(4), pp. 317–325. doi:[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44(12), 2308-2314.
- De Bartolo, G. (2019). Il grande balzo in avanti dell'inizio della vecchiaia. *Regional Economy*, vol. 3(Q3).

² I materiali che non sono stati consultati direttamente sono segnalati con un asterisco.

- De Beni, R., & Borella, E. (A cura di). (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (Seconda ed.). Bologna: il Mulino.
- De Jong Gierveld, D., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging* 28(5), 582–598.
- Eurostat. (2023, Febbraio). *eurostat Statistics Explained*. Tratto da https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&action=statexp-seat&lang=it
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12(3), 189-198.
- Istituto Superiore di Sanità. (2023, Settembre 7). *EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica*. Tratto da <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
- Italia Longeva. (2023). *TREND DI FRAGILITA' E LONG-TERM CARE IN ITALIA - INDAGINE 2023*. ROMA (RM).
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721–727.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Instrumental activities of daily living scale. *The gerontologist*.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2020). *PDM-2 Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

- Ministero della Salute Italiano. (2023, Settembre). *Ministero della Salute*. Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (2018, Giugno 20). *NICE 2023*. Tratto da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- Regione Emilia-Romagna. (2023, Luglio 25). *Anziani*. Tratto da "Sociale"- Regione Emilia-Romagna: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/anziani>
- Schoot, T., Proot, I., ter Meulen, R., & de Witte, L. (2005). Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 169–176.
- Sella, E., & Borella, E. (2023). Sonno e qualità di vita nell'invecchiamento. *Slide del Corso di Psicologia dell'Invecchiamento*. Padova.
- Witte, L. d., Schoot, T., & Proot, I. (2006). Development of the Client-Centred Care Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 56(1), 62–68.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 37-49.