

La valutazione della qualità di vita degli anziani in RSA

L'esperienza della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus e lo strumento Quality_VIA

ALESSANDRA CANTARELLA

Coordinatrice Residenze per anziani
Psicologa Psicoterapeuta e Dottore di ricerca

ALESSANDRO COPES

Psicologo Psicoterapeuta e Coordinatore
degli psicologi Fondazione OIC

GIOVANNI BONIOLO

Direttore Scientifico
Civitas Vitae Research Centre

CIVITAS VITAE RESEARCH CENTRE

FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE ONLUS - PADOVA

Introduzione

Il miglioramento della *Qualità di Vita* (QoL) dovrebbe rappresentare lo scopo principale delle istituzioni che si occupano di anziani e il principale risultato degli interventi psico-sociali lì attuati. Alti punteggi di QoL e Benessere, nella terza età, sono infatti associati a una riduzione di dolore cronico⁽¹⁾ del rischio di sviluppare patologie neurodegenerative⁽²⁾ e, in generale, della mortalità⁽³⁾.

Nonostante l'importanza rivestita da tale costrutto, ad oggi poco si parla di qualità nelle residenze per anziani se non come adempimento burocratico legato per lo più alle certificazioni dei sistemi di gestione o alle procedure di accreditamento degli Enti. In particolare, in Italia le varie normative regionali impongono alle RSA la valutazione del grado di soddisfazione degli utilizzatori⁽⁴⁾, richiesta che viene espletata attraverso indagini che spesso sovrappongono il concetto di "qualità di vita" a quello di "customer satisfaction", ovvero di ciò che si

dovrebbe rendere con un aziendalistico "soddisfazione del cliente". In tali indagini si tende, infatti, a spostare il focus da "come la persona vive all'interno dell'RSA"⁽⁵⁾ a "quanto buoni sono i servizi offerti dall'RSA", non considerando quindi l'interazione tra i servizi offerti e l'individuo che ne usufruisce. Mentre nelle istituzioni si dibatte a lungo su come favorire un approccio di cura centrato sulla Persona, garantendo via via piani assistenziali sempre più tagliati sul singolo individuo, la valutazione della QoL raramente parte dai *bisogni* della Persona⁽⁶⁾. Ancora, nella quasi totalità dei casi, le valutazioni tengono conto del punto di vista dei familiari piuttosto che degli anziani che vivono nelle residenze, in quanto essi sono spesso affetti da grave deterioramento cognitivo o da altre patologie che rendono difficile esprimere con chiarezza e con continuità un proprio sentimento e una propria valutazione rispetto al contesto ospitante. La letteratura scientifica mostra chiaramente, tuttavia, i limiti del-

le rilevazioni effettuate attraverso *proxy report*, ossia attraverso i giudizi espressi da individui "prossimi" all'anziano (coniugi, figli, caregiver formali) e non attraverso interviste dirette: tali report sono per lo più basati sulle aspettative e sui bisogni dei familiari piuttosto che degli anziani⁽⁷⁾ e possono risentire di diversi aspetti tra cui: I) tipo di relazione tra rispondente-anziano (i coniugi tendono a valutare la QoL come più elevata rispetto a figli e altri familiari; ancora caregiver formali tendono a valutare la QoL come migliore rispetto ai familiari); II) presenza di deterioramento cognitivo (generalmente i proxy tendono ad attribuire una più bassa qualità di vita quando l'anziano è affetto da patologie neurodegenerative e quando è meno autosufficiente); III) quantità di tempo speso con l'anziano⁽⁸⁾ (punteggi più bassi attribuiti da coloro che spendono meno tempo con l'anziano).

Sovente, quando sono i proxy a valutare la QoL percepita dall'anziano, si riscontra una sottostima del livello percepito di qualità di vita. È possibile, infatti, che nel rispondere i proxy non valutino accuratamente la situazione attuale ma tendano a comparare la situazione presente con il passato⁽⁹⁾ o, ancora, non tengano conto del fenomeno noto come "paradosso della disabilità" e del "paradosso del benessere nell'invecchiamento"⁽¹⁰⁾: in altre parole non considerano che la percezione di QoL subisce degli "aggiustamenti" al variare del contesto di vita⁽¹¹⁾ e che i livelli possono essere elevati pur in condizioni di non autosufficienza. Non tengono conto, inoltre, del fatto che la QoL e il benessere psicologico sembrano aumentare nell'invecchiamento piuttosto che diminuire⁽¹²⁾. L'esistenza di questi due paradossi, oltre a gettare ombre sull'efficacia delle rilevazioni effettuate attraverso i familiari, ben testimonia come *la QoL sia ancorata più a come la persona "percepisce" un ambiente/situazione piuttosto che ai servizi erogati*. Ricordiamo infatti che la QoL come definita dall'OMS è: "la percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserito e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard ed interessi"⁽¹³⁾.

La sfida è dunque quella di adottare strumenti e metodi di rilevazione della QoL che tengano conto della multidimensionalità di questo costrutto e che permettano di dare direttamente voce all'anziano. Pur riconoscendo l'importanza del coinvolgimento dei familiari e dei riscontri che da loro possono provenire (si veda a tal riguardo, ad esempio, l'esperienza del

gruppo SENIORnet⁽¹⁴⁾) per garantire QoL è necessario prendere in considerazione – il più possibile – il punto di vista diretto dell'individuo che vive all'interno dell'RSA.

Lo strumento Quality_Via

Come già detto, le diverse normative regionali in materia di organizzazione di servizi sociosanitari prevedono l'obbligo di procedere alla rilevazione della soddisfazione per quanto erogato dall'istituzione. Solitamente ogni centro RSA formula ad hoc il questionario che somministra ai familiari con cadenza annuale. Questo tipo di strumenti home-made ha tuttavia diversi limiti: 1) permette di analizzare solo il soddisfacimento per i servizi erogati, dunque non prendono in considerazione tutti gli aspetti della qualità di vita; 2) sono rivolti generalmente ai familiari; 3) non possono essere somministrati ad anziani affetti da deterioramento cognitivo ai quali viene dunque preclusa possibilità di esprimere un feedback; 4) sono costruiti ad hoc per una determinata istituzione e, dunque, i dati ottenuti non permettono di effettuare confronti con quanto erogato in altri servizi simili; 5) i dati che se ne possono ricavare non sono standardizzati, dunque non è possibile comparare i punteggi ottenuti da un certo individuo con quelli di altri individui (di pari età, pari condizioni psico-fisiche, ecc.) che risiedono in altre istituzioni. Gli usuali strumenti home-made, dunque, permettono di rispondere alle normative e al più di raccogliere utili suggerimenti da parte dei familiari: non permettono, però, di orientare efficacemente i professionisti e i gestori nell'individuazione di obiettivi per garantire maggiore qualità di vita. In altre parole non permettono di valutare "quanto è buono", rispetto a dei parametri di riferimento, un certo risultato positivo raggiunto all'interno di un Ente.

Metaforicamente possiamo immaginarci nella situazione di dover valutare l'efficacia di due diversi antipiretici senza possedere alcun strumento di comparazione. Come fare a determinare quale dei due farmaci è maggiormente efficace? Quale la temperatura iniziale e quale finale? La temperatura attuale è diversa dalla temperatura media di riferimento, ossia è "nella norma" o l'organismo ha febbre?

A tali bisogni di standardizzazione hanno cercato di rispondere ricercatori e clinici afferenti al gruppo di psicologia dell'invecchiamento dell'Università di Padova proponendo un modello di intervista che è stato validato, ossia l'intervista *Quality_Via* (Canta-

rella, Borella & De Beni, 2019). Tale strumento è nato dalla collaborazione tra ricercatori dell'Università di Padova, la Fondazione Opera Immacolata Concezione (OIC) che ha finanziato il progetto, e diverse istituzioni per anziani, pubbliche e private, presenti nel territorio veneto, che hanno dato disponibilità alla conduzione di interviste all'interno delle residenze. Il progetto, nato nel 2016, ha permesso di arrivare alla pubblicazione, nel 2019, di uno strumento di valutazione della Qualità di Vita standardizzato, specifico per gli anziani residenti nelle RSA e somministrabile

anche ad anziani con declino cognitivo. L'intervista è stata vagliata su un campione di 300 anziani dai 65 ai 105 anni reclutati attraverso il coinvolgimento di 10 centri servizi afferenti a diversi enti. Essa permette di valutare, attraverso 34 quesiti, aspetti oggettivi e soggettivi del vivere bene all'interno delle istituzioni, andando a considerare 7 dimensioni (**Tabella 1**).

Investigare le suddette dimensioni significa andare a comprendere come vengono soddisfatti i bisogni fondamentali dell'individuo, organizzati gerarchicamente come nella piramide dei bisogni di Maslow (1963):

TABELLA 1: Dimensioni rilevate dall'Intervista strutturata Quality_VIA

4 item	Soddisfazione delle cure/ soddisfazione dei bisogni fisiologici: <ul style="list-style-type: none"> • riposo, • assistenza sanitaria fornita, • qualità del cibo, • dolore
5 item	Soddisfazione ambientale: <ul style="list-style-type: none"> • ordine e pulizia degli ambienti, • comfort, • estetico degli ambienti, • possibilità di godere di spazi verdi
4 item	Relazioni con il personale: <ul style="list-style-type: none"> • sensazione di sentirsi rispettati, • sollecitudine nelle cure fornite, • disponibilità del personale
4 item	Attività erogate: <ul style="list-style-type: none"> • coinvolgimento nelle attività della residenza, • interesse per le attività proposte, • possibilità di continuare a coltivare le proprie passioni, • attività all'aperto.
7 item	Privacy e autodeterminazione: <ul style="list-style-type: none"> • possibilità di scegliere in piccole attività di vita quotidiana (es. orario messa a letto), • rispetto per il proprio spazio e per le proprie cose, • possibilità di spazi di privacy, • consenso informato e grado di coinvolgimento in decisioni sanitarie, • possibilità di arredare il proprio spazio, orari visita
6 item	Coesione sociale: <ul style="list-style-type: none"> • sensazione di appartenenza alla comunità, • sensazione di sentirsi a casa, • sensazione di sentirsi al sicuro, • sostegno ricevuto dagli altri, • rapporti con gli altri residenti, • senso di vicinanza agli altri residenti.
4 item	Autorealizzazione e spiritualità: <ul style="list-style-type: none"> • senso di utilità e agentività, • serenità percepita, • possibilità di partecipare a riti religiosi, • sensazione di pienezza e significatività della propria vita

da quelli di base (cibo, sonno) a quelli più elevati (sino all'autorealizzazione e alla spiritualità). Riprendere la piramide dei bisogni di Maslow in uno strumento di valutazione della QoL implica l'aver individuato – con un certo grado di sicurezza – tutte le sfaccettature del costruito di QoL, rappresentandone la multidimensionalità⁽¹⁵⁾.

L'intervista, dunque, sposta il focus da *“quanto l'individuo è soddisfatto dei servizi forniti”*, a *“come percepisce la propria esistenza in relazione ai servizi”*, quindi quanto essi sono capaci di rispondere efficacemente ai bisogni della Persona nella sua globalità. L'intervista è somministrabile ad anziani con un punteggio di MMSE ≥ 13 permettendo, quindi, la rilevazione della qualità di vita anche di anziani con livello moderato di decadimento cognitivo. Prevede risposte su scala Likert da 1 a 4 punti dove 1= per niente; 2= poco; 3= abbastanza; 4= molto.

Come ben si intuisce, avere uno strumento standardizzato (e validato) permette di 1) comprendere il livello di qualità di vita esperito dall'anziano in un'ottica clinica; 2) valutare l'efficacia di interventi psicosociali promossi all'interno degli enti; 3) avere un riscontro sulla qualità dei servizi in un'ottica di accrescimento e sviluppo continui. Rispetto al primo punto, la somministrazione dell'intervista permette di monitorare nel tempo il grado di adattamento dell'anziano alla vita in residenza (ad esempio, il livello di sicurezza e appartenenza che l'anziano percepisce di avere, aumenta nel tempo o rimane uguale a quanto percepito all'ingresso?) o, se usata in combinazione ad altri strumenti di valutazione del benessere psicologico, permette di meglio interpretare eventuali cambiamenti nello stato emotivo dell'anziano, offrendo al clinico spunti di intervento. Rispetto al secondo punto, lo strumento si configura come una misura di esito per valutare l'efficacia degli interventi psicosociali proposti all'interno delle residenze. Ad esempio, dopo un intervento di gruppo, è possibile notare dei cambiamenti nel modo in cui la persona percepisce l'ambiente in cui vive? Si sente maggiormente in relazione con gli altri che vivono in RSA? Infine, i dati dell'intervista possono orientare gli Enti nella comprensione di quali obiettivi/interventi stabilire come prioritari per garantire benessere e qualità di vita. Ad esempio, se la percezione di qualità ambientale o il soddisfacimento dei bisogni di base è elevata, è possibile scegliere di destinare maggiori sforzi alle attività educative/riabilitative piuttosto che incentivare la formazione del personale

qualora la dimensione “relazioni con il personale” restituisca bassi punteggi. Ancora, i dati del questionario, permettono di comprendere quanto buoni siano i risultati ottenuti da un Ente rispetto alla media di altri Enti presenti nello stesso territorio, incentivando una cultura della qualità. È possibile, infatti, confrontare i dati ottenuti – per ogni dimensione – con punteggi “cut-off” al di sotto dei quali i valori sono da ritenersi poveri e da migliorare.

L'esperienza della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus: un'applicazione di Quality_VIA

La Fondazione OIC ha deciso – dal 2019 – di utilizzare lo strumento Quality_VIA come misura della Qualità, adottando lo strumento all'interno delle diverse residenze afferenti al Gruppo OIC dislocate in Veneto. Gli scopi con i quali la Fondazione si è accinta all'uso del Quality_VIA sono molteplici, andando dalla necessità di comprendere la bontà del modello organizzativo presente all'interno di una residenza (prima sperimentazione del 2018-2019), alla possibilità di utilizzare i risultati dello strumento come terreno di dialogo efficace con i familiari (survey del 2019), fino alla comparazione di più modelli organizzativi pre – e post – Covid (survey del 2020). Qui di seguito saranno presentati brevemente i risultati delle varie indagini effettuate.

Prima indagine

In una prima sperimentazione, effettuata nel 2019, è stata condotta una rilevazione della Qualità di Vita tra gli anziani ospiti della Residenza Santa Chiara (Padova). Questa è una delle residenze della Fondazione OIC e una delle più grandi (se non la maggiore) del Nord-Italia, avendo 480 posti letto e con unità di offerta di I e II livello assistenziale. La struttura è configurata come una “residenza a porte aperte” dove non esistono orari di visita e i familiari partecipano attivamente, insieme a numerose associazioni di volontariato, alle attività proposte agli anziani. Non esistono barriere fisiche quali cancelli, porte allarmate o altri elementi che possano precludere lo spostamento dell'anziano e dei familiari all'interno della residenza, né recinzioni del parco attiguo. Il complesso è situato nel cuore di un quartiere dove vi sono anche numerosi esercizi commerciali ai quali i residenti e i familiari possono facilmente accedere. Se, da una parte, questo tipo di organizzazione permette maggiore libertà all'individuo, dall'altra, rischia di far percepire minore

sicurezza. Ancora, il trovarsi all'interno di una comunità molto ampia (in confronto a residenze di dimensioni più contenute), dove si avvicinano 480 anziani e più di 300 dipendenti può minare il senso di coesione e di appartenenza sociale, destando la sensazione di non sentirsi mai a casa, inseriti in un contesto disgregante.

Con la rilevazione del 2019 si intendeva comprendere come il modello organizzativo sopra descritto si traducesse in punteggi più o meno elevati di QoL. A tale survey hanno partecipato 80 anziani (66 F; 14 M) con età compresa dai 56 ai 97 anni. I dati ricavati dall'intervista *Quality_VIA* sono stati analizzati scomponendo il campione in fasce di età (<65 anni; età tra i 65 e gli 85 anni e età >85 anni), abilità cognitive ($MMSE \geq 24$; $17 \leq MMSE < 23$; $13 \leq MMSE < 16$), tempo di permanenza in residenza (meno di un anno; tra un anno e tre anni; più di tre anni) con l'idea di investigare, inoltre, se a diversi profili cognitivi e a diversi tempi di residenza corrispondessero punteggi

differenti di qualità di vita.

I risultati delle interviste – la cui conduzione è stata affidata a personale esterno alla Fondazione per evitare bias legati a desiderabilità sociale nei rispondenti – hanno mostrato punteggi adeguati a tutte le dimensioni di QoL esaminate e un punteggio globale in linea con i punteggi medi di standardizzazione dell'Intervista *Quality_VIA* (si veda **Figura 1**). Dall'analisi delle singole dimensioni è possibile notare come alcuni aspetti rappresentino i punti di forza della struttura: osservando il range di risposte fornite ad esempio alle dimensioni "coesione sociale", "autorealizzazione e spiritualità", "soddisfazione ambientale" e "attività" è possibile notare come le risposte di alcuni intervistati siano al di sotto del cut-off per la data dimensione. Invece, per le dimensioni "rapporto con il personale" e "privacy e autodeterminazione" sebbene in valori medi ottenuti siano in linea con quelli medi di standardizzazione, si registrano alcuni elementi al di sotto del cut-off (**Tabella 2**).

Figura 1: Confronto tra punteggi ottenuti dagli intervistati e punteggi di standardizzazione dello strumento Quality_VIA

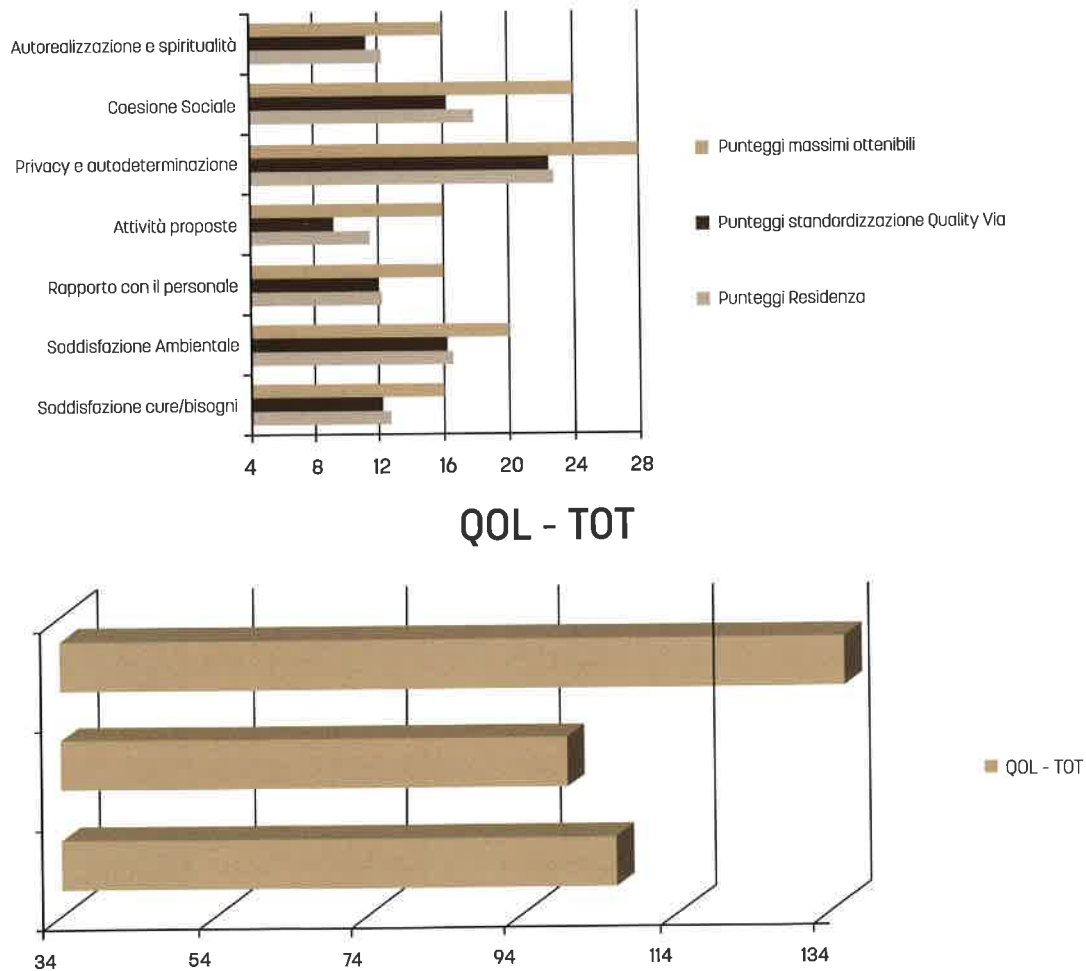


TABELLA 2: Confronto tra punteggi normativi e punteggi ottenuti dai partecipanti all'indagine in Residenza Santa Chiara - Fondazione OIC

	Punteggi di standardizzazione Quality_VIA			Punteggi ottenuti nella residenza oggetto di indagine		
	M	DS	Cut-off	M	DS	Range risposte
Soddisfazione cure/bisogni fisiologici	12.24	2.16	9	12.75	1.88	Min 8; Max 16
Soddisfazione Ambientale	16.21	2.38	13	16.6	1.58	Min 13; Max 19
Rapporto con il personale	11.97	2.21	9	12.21	1.88	Min 5; Max 15
Attività proposte	9.19	2.84	5	11.48	1.89	Min 7; Max 16
Privacy e autodeterminazione	22.52	3.2	18	22.84	2.24	Min 14; Max 26
Coesione Sociale	16.29	3.7	11	17.98	2.56	Min 11; Max 23
Autorealizzazione e spiritualità	11.33	2.42	8	12.3	1.57	Min 8; Max 15
QOL- TOT	99.75	13.83	77.81	106.08	8.87	Min 77; Max 123

Note: M= media; DS= Deviazione standard (indice di variabilità dei dati in un campione); Cut-off= valore al di sotto del quale il punteggio deve ritenersi "al di sotto della norma", "scarso".

Rispetto alle premesse iniziali possiamo concludere che il contesto organizzativo della Residenza Santa Chiara permette di rispondere efficacemente ai bisogni dell'anziano che può godere di qualità ambientale ma anche di attività che possano favorire la coesione sociale e il benessere personale. Vi sono spazi di miglioramento, invece, per quanto riguarda la formazione del personale. Inoltre, benché inseriti all'interno di una struttura "a porte aperte" alcuni anziani percepiscono poca privacy e poca possibilità di scegliere in autonomia rispetto ad alcune routine quotidiane: scomponendo i risultati in base a fascia di età, tempo di permanenza in residenza e livello cognitivo è possibile tuttavia notare che tale percezione caratterizza soprattutto coloro che risiedono in struttura da meno tempo (meno di un anno) e che quindi esprimono la fatica di adattarsi a un contesto comunitario. Gli esiti delle interviste hanno permesso dunque di validare la bontà del modello organizzativo proposto dalla Residenza Santa Chiara offrendo al contempo spunti di riflessione rispetto alla tipologia di formazione da offrire al personale, più in linea con i bisogni specifici di ciascun utente. La conduzione dell'intervista potrà essere utile, in futuro, per comparare i livelli di QoL esperiti dai residenti in nuclei tipici con nuclei specialistici in cui il personale è mag-

giormente preparato ad affrontare bisogni e problematiche della Persona con demenza.

Seconda indagine

A cavallo tra il 2019 e il 2020 l'indagine sulla Qualità di vita attraverso lo strumento Quality_VIA è stata effettuata all'interno di 6 diverse residenze afferenti alla Fondazione OIC intervistando 305 anziani: l'intento era quello di comprendere i punti di forza e di debolezza delle varie residenze al fine di condividere le buone pratiche e i modelli messi in atto dalle strutture per i quali i risultati fossero stati maggiormente positivi. Anche in questo caso le interviste sono state condotte da personale esterno alla Fondazione, nello specifico dagli psicologi tirocinanti del Master di Psicologia dell'invecchiamento e della Longevità dell'Università di Padova. Tra le varie residenze è stata inclusa nuovamente la Residenza Santa Chiara che aveva partecipato alla prima sperimentazione allo scopo di vedere anche la stabilità-modificabilità dei punteggi ottenuti tra rilevazioni differenti. Tutte le varie residenze hanno ottenuto risultati positivi per le varie dimensioni esaminate, al di sopra dei valori di cut-off. Ancora, per la residenza Santa Chiara a distanza di circa 10 mesi dalla prima sperimentazione era possi-

bile notare una stabilità dei punteggi: anche nella seconda rilevazione rimanevano pressoché presenti gli stessi punti di forza e di debolezza dell'organizzazione. La conduzione dell'intervista nelle varie residenze afferenti alla Fondazione OIC ha dato luogo ad un tavolo di lavoro tra la direzione generale dell'Ente e le direzioni delle diverse sedi al fine di condividere buone prassi e spunti di miglioramento.

Terza indagine

L'intervista *Quality_VIA* è stata nuovamente somministrata tra luglio e settembre 2020 nelle residenze afferenti al gruppo OIC al fine di valutare l'impatto dell'emergenza sanitaria legata al Covid-19 in termini di qualità di vita degli anziani che risiedono nelle istituzioni. In particolar modo si voleva indagare quanto il peso del distacco dai familiari, dell'isolamento dal territorio e della sospensione delle attività educative in termini di QoL. Per questioni organizzative (necessità di sottoporre le interviste attraverso supporti digitali e nel rispetto del distanziamento) sono state raccolte esclusivamente le "voci" di 203 anziani con profilo cognitivo nella norma (MMSE > 24). Dalle analisi - tuttora in corso di elaborazione - emerge un quadro talvolta paradossale, con un mantenimento dei livelli di QoL buoni, nonostante le problematiche legate alla pandemia. È possibile che in un momento di urgenza e di difficoltà la percezione di coesione sociale e di necessità di aiuto reciproco aumenti e che il personale delle residenze abbia operato sopperendo al distacco dai familiari e agendo positivamente nel mitigare gli effetti del covid-19 (nel nostro campione, in effetti, comparando i risultati del 2019 con quelli di luglio 2020, è possibile notare un aumento dei punteggi riferiti alla dimensione di "coesione sociale" per 4 residenze su 6 di quelle partecipanti allo studio così come i punteggi relativi al "rapporto con il personale").

Conclusioni

Quelli sopra riportati sono solo alcuni esempi di applicazioni dell'intervista *Quality_VIA* che meriterebbero di essere meglio approfonditi. Tuttavia, in questa sede, lo scopo è quello di offrire spunti di riflessione circa il tema della valutazione della Qualità di Vita all'interno delle residenze per anziani e di sensibilizzare rispetto all'utilizzo di strumenti specifici di valutazione, come l'intervista qui proposta, che permettano di individuare obiettivi di miglioramento monitorabili nel tempo. *Valutare la Qualità di vita in*

modo efficace è il primo passo per poterla effettivamente migliorare⁽¹⁶⁾. Infine, sarebbe auspicabile l'adozione di *piattaforme digitali* attraverso le quali comparare i livelli di QoL esperiti all'interno di una data residenza con quelli degli anziani di altre residenze aderenti alla piattaforma. Inserendo di anno in anno i dati relativi alle interviste sarebbe possibile osservare, nel tempo, l'evoluzione dei servizi presenti in un dato territorio e come essi si evolvono in relazione ai mutamenti dei bisogni dell'utenza.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- ⁽¹⁾ Bravik, H. (2014). Low health related quality of life (QoL) in older adults is associated with chronic pain in women and with disturbed sleep in men. *Scandinavian Journal of Pain* DOI: 10.1016/j.scjps.2014.08.006
- ⁽²⁾ Stroud, M., Hudson, C., & van Reekum, R. (2009). Psychological distress and risk for dementia. *Current psychiatry reports*, 11(1), 41.
- ⁽³⁾ Phye, A.Z.Z., Freak-Poli, R., Craig, H., et al. (2020). Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 20, 1596 DOI: 10.1183/s12889-020-09639-9
- ⁽⁴⁾ Ad esempio in Veneto si faccia riferimento alla L.R. n. 22/2002 e DGR n.54/2007; in Lombardia alla DGR n. 2509 /2014.
- ⁽⁵⁾ In questo contesto il termine Residenza Sanitaria Assistenziale viene usata in luogo di diverse unità di offerta, intendendo centri servizi, case alloggio e altre tipologie di residenze per anziani.
- ⁽⁶⁾ Cantarella, A., Borella, E., De Beni, R. (2019). Valutare la qualità della vita nelle residenze per anziani. Guida all'intervista standardizzata *Quality_Via*. FrancoAngeli Editore.
- ⁽⁷⁾ Griffiths, A.W., Smith, S.J., Martin, A., et al. (2020). Exploring self-report and proxy-report quality-of-life measures for people living with dementia in care homes. *Qual Life Res* 29, 463-472 DOI:10.1007/s11136-019-02333-3.
- ⁽⁸⁾ Griske, J., Fischer, T., Kuhlmei, A., & Wolf-Ostermann, K. (2012). Quality of life in dementia care - differences in quality-of-life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging & Mental Health*, 15, 819-827.
- ⁽⁹⁾ Uerman, A., Lewis, S., Hindliff-Smith, K., Long, A., Housley, G., Jordan, J., et al. (2019). Measuring health-related quality of life of care home residents: Comparison of self-report with staff proxy responses. *Age and Ageing*, 27(1), 7-22.
- ⁽¹⁰⁾ Mantenimento di livelli elevati di benessere o qualità di vita dell'individuo pur in condizioni di avversità o quando presenti diverse limitazioni relative all'età o alla presenza di patologie.
- ⁽¹¹⁾ Albrecht, G. L., & Devleiger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social science & medicine*, 48(8), 977-988.
- ⁽¹²⁾ Muffato, V., Cantarella, A., Borella, E., & De Beni, R. (2015). Benessere nell'arco di vita. *Ricerche di Psicologia*. FrancoAngeli.
- ⁽¹³⁾ The WHOQOL Groups. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1993; 41:403.
- ⁽¹⁴⁾ Il network dei servizi rivolti agli anziani www.seniornet.it
- ⁽¹⁵⁾ Siny, M. J. (1986). A Quality of Life Theory Derived from Maslow's Developmental Perspective: 'Quality's Related to Progressive Satisfaction of a Hierarchy of Needs. Lower, Order and Higher. *American Journal of Economics and Sociology*, 45(3), 329-342.
- ⁽¹⁶⁾ Kane, R. A., Kling, K. C., Bernholsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Deegenholtz, H. B., ... & Cutler, L. J. (2008). Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M240-M248.