

Fondazione Serpero da più di sessant'anni opera a sostegno di iniziative nell'ambito della farmacologia, della prevenzione e della cura delle malattie attraverso la partecipazione a progetti di ricerca innovativa.

Le patologie che colpiscono l'anziano rivestono grande importanza sociale e in questi anni l'impegno di Fondazione Serpero in tale ambito si è concretizzato attraverso il sostegno di tre progetti di ricerca promossi insieme a Fondazione Golgi Cenci, che riguardano la validazione delle valutazioni neuropsicologiche online per grandi anziani, l'analisi dei determinanti della resilienza allo stress in un gruppo numeroso di ultraottantenni e lo studio delle aree cerebrali maggiormente interessate dalla malattia di Alzheimer.

In questo quadro si colloca la volontà di Fondazione Serpero di sostenere questo volume dedicato alle RSA, considerato l'alto numero di residenti con deterioramento cognitivo ospitati in queste strutture. Infatti le RSA rappresentano nella cura degli anziani un soggetto importante, di cui la pandemia ha messo in evidenza limiti e fragilità, e dove quindi è necessario vengano studiati e praticati nuovi modelli di cura.

Attraverso questo volume dell'AIP dedicato alle RSA, Fondazione Serpero intende quindi affiancare all'attività di ricerca biologica e neuropsicologica tesa a creare nuove future possibilità di cura per i malati di Alzheimer e di altre demenze, il sostegno a una iniziativa tesa a migliorare la qualità della vita e della cura di chi già oggi è nella condizione di malattia.

Antonio Guaita e Mauro Colombo

**LE RSA
LUOGHI DELLA CURA
PSICOGERIATRICA**

Le proposte di AIP


**MAGGIOLI
EDITORE**

**© Copyright 2023 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema di gestione qualità certificato ISO 9001:2015**

*47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggiolieditore.it
e-mail: clienti.editore@maggioli.it*

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegati.

Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.
L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di aprile 2023
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)

Indice

<i>Presentazione e premessa</i> di Marco Trabucchi	Pag.	7
1. In Italia il numero di posti di RSA per anziani è fra i più bassi d'Europa	»	9
2. Caratteristiche dei residenti	»	11
2.1. Intensità sanitaria, comorbidità, instabilità clinica	»	11
2.2. Sindromi geriatriche in RSA: malnutrizione, incontinenza, cadute	»	13
2.2.1. La malnutrizione	»	13
2.2.2. L'incontinenza urinaria	»	14
2.2.3. Le cadute	»	16
2.3. L'invecchiamento dei residenti	»	20
3. Due sindromi psicogeriatriche sempre più prevalenti in RSA: demenza e depressione	»	23
3.1. Persone con demenza	»	23
3.1.1. La prevalenza delle persone con demenza fra i residenti	»	23
3.1.2. I nuovi bisogni portati dalla presenza di persone con demenza in RSA	»	23
3.2. Persone con depressione	»	24
3.2.1. La prevalenza della depressione	»	24
3.2.2. La depressione è un fattore di rischio per il trasferimento in RSA?	»	26
3.2.3. La permanenza in RSA è causa di depressione?	»	27
3.2.4. Il trattamento della depressione in RSA è appropriato?	»	28
4. Il trasferimento in RSA: motivazioni	»	31
4.1. Fattore 1: condizioni psicofisiche delle persone	»	31

4.2. Fattore 2: capacità di risposta del contesto sociale ai bisogni degli anziani non autosufficienti	Pag.	33
4.2.1. Caregiving	»	33
4.2.2. Ospedale	»	34
4.2.3. Servizi domiciliari	»	35
4.2.4. Ricoveri temporanei	»	36
4.2.5. Supporto socio-emotivo	»	37
5. Di fronte alla prevalenza della demenza e della depressione quali cambiamenti nella definizione di RSA?	»	39
5.1. Assicurare la Residenza	»	39
5.1.1. Lo spazio privato	»	40
5.1.2. Sicurezza	»	41
5.1.3. Soluzioni tecnologiche	»	41
5.1.4. Comfort e chiarezza del messaggio ambientale	»	43
5.1.5. Spazi dedicati alla relazione con l'esterno	»	44
5.1.6. Spazi esterni, giardini	»	45
5.2. Assicurare la cura Sanitaria	»	47
5.2.1. La risposta ai bisogni sanitari	»	47
5.2.2. Telemedicina	»	50
5.3. Assicurare la cura Assistenziale	»	55
5.3.1. Quantità di assistenza formale nelle RSA in Italia	»	55
5.3.2. Gli aspetti quantitativi dell'assistenza dalla letteratura internazionale	»	56
5.3.3. Familiari e volontari	»	58
6. Considerazioni finali	»	61
<i>Bibliografia</i>	»	63

Presentazione e premessa

Questo volume è stato scritto in un momento in cui le RSA vivono una fase difficilissima. Da sempre viste come elemento marginale, quando non segregante, delle nostre società, con la pandemia sono state al centro di infondate analisi colpevolizzanti e considerate obsolete, un retaggio del passato da superare. Questo facile attacco ai deboli ha però risvegliato anche l'orgoglio di chi opera bene e sente la necessità di difendere la propria esperienza. Molte RSA hanno cercato di utilizzare la pandemia come uno "stress test" per mettere in luce, oltre all'encomiabile abnegazione di tanto personale, anche elementi di indubbia debolezza che preesistevano alla pandemia. Questa realtà deve, a nostro parere, aiutare tutti a non pensare che difendere le RSA voglia dire difendere lo status quo; anzi, al contrario, pensiamo che la difesa migliore la stiano facendo quelle strutture che si stanno trasformando e cercando di migliorare i propri standard.

L'Associazione Italiana di Psicogeriatricia, avendo individuato nelle RSA uno dei punti chiave dell'assistenza e cura agli anziani con problemi come demenza e depressione, con questo primo contributo offre un supporto a chi vuol mettersi sulla strada del rinnovamento; AIP è al loro fianco.

Lungi da questo lavoro l'idea di dover scrivere in modo enciclopedico un po' di tutto sulle RSA; infatti, si vuole restare fedeli all'obiettivo di fornire informazioni utili a chi sente la necessità di una base tecnico-scientifica per meglio operare. In questa prospettiva si è cercato di analizzare gli aspetti prevalentemente strutturali e quantitativi delle RSA.

Il testo ha quindi alcuni limiti ma, proprio per la sua stretta aderenza all'obiettivo, è di dimensioni contenute e può essere agilmente utilizzato da chi vuole oggi condurre con noi una azione nella società e nel-

le istituzioni per migliorare la vita dei residenti in RSA, di chi li cura e di chi è responsabile della loro gestione.

Tutto è estremamente difficile nel nostro paese per chi vuole studiare la situazione delle RSA, conoscerne i punti critici e i punti forti e proporre soluzioni di problemi e possibili miglioramenti. Eppure, è necessario! Quindi, avere dati sulla situazione, conoscere il contesto in cui ci si trova è indispensabile per tracciare l'effettiva realtà delle residenze, per fornire strumenti di riflessione utili a chi vi opera e a chi deve affrontare le problematiche legate al governo di queste strutture complesse. Non mancano, però, le difficoltà, a cominciare dal nome, scelta necessaria per definire di che cosa ci si vuole occupare. È questo un problema presente anche a livello internazionale, dove la varietà dell'offerta residenziale per gli anziani è molto ampia, ma meno di quanto lo siano i nomi che la definiscono (Sanford et al., 2015). In più in Italia ogni regione sembra aver voluto esercitare una propria scelta nominalistico-semantica di definizioni, rendendo arduo il compito di avere dati affidabili e di fare confronti fra uguali. Il termine che usa l'ISTAT, almeno ultimamente, è: "servizi residenziali socio assistenziali e sanitari", come "ombrello" che comprende tutte le residenze cioè: "struttura di ricovero pubblica o privata che accoglie anziani non autosufficienti in forma definitiva o temporanea, 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana di solito con partecipazione alla spesa". Noi useremo l'acronimo RSA, "residenza sanitaria assistenziale" per tutte le tipologie di servizi residenziali rivolti alle donne e agli uomini di età avanzata non più autosufficienti.

Questo volume non avrebbe potuto essere pubblicato senza il generoso e intelligente contributo della Fondazione Serpero. A nome di AIP desidero ringraziarla per aver accettato di percorrere un pezzo di strada assieme a noi, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza offerta agli anziani fragili.

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

1. In Italia il numero di posti di RSA per anziani è fra i più bassi d'Europa

Secondo i dati ISTAT nel 2017 in Italia c'erano circa 192.000 posti letto ospedalieri, pari a 31,8 ogni 10.000 abitanti, mentre nei presidi residenziali di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario sono 412.518, in media 68,2 posti ogni 10.000 abitanti (<https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2020/goal3.pdf>).

Al confronto con altre situazioni europee, il numero dei posti nelle residenze per anziani ogni 100 ultra65enni in Italia è nettamente più basso (Tabella 1).

Tabella 1 - Posti letto in strutture residenziali ogni 100 persone 65+ (2018)

PAESE	%
Germania	5,4
Francia	5,0
Austria	4,6
Spagna	4,4
Regno Unito	4,4
Italia	1,9

Fonte: Oecd Health Statistics (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT).

Nel periodo seguente al 2012, tale rapporto è andato crescendo nei Paesi indicati in tabella, mentre è diminuito in pochi altri, quali la Finlandia e la Danimarca [medesima fonte].

La maggior parte dell'offerta residenziale è di tipo socio-sanitario (il 74,6% dei posti letto complessivi, a seguire l'11,2% so-

no per l'accoglienza abitativa). La distribuzione dei posti di accoglienza residenziale ha una disomogenea distribuzione regionale.

“(...) A livello territoriale, l'offerta di posti letto nei presidi residenziali presenta una significativa differenza fra Nord e Mezzogiorno (...), con valori decisamente più elevati per le regioni settentrionali. Superano i 100 posti letto ogni 10.000 abitanti la provincia di Trento (140,1) la provincia di Bolzano (130,3), il Piemonte (115,5), il Friuli-Venezia Giulia e la Valle d'Aosta (114,7), la Liguria (114,3), mentre hanno una disponibilità inferiore ai 50 posti Abruzzo (48,4), Lazio (42,7), Calabria (36,6), Puglia (36,5) e Campania (18,2)” (<https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2020/goal3.pdf>).

2. Caratteristiche dei residenti

Una delle conseguenze della scarsa offerta residenziale italiana è la tendenza all'aumento delle situazioni gravi fra i residenti. Questo è messo bene in evidenza da studi condotti in diversi Paesi europei. Ad esempio, lo studio SHELTER (Onder *et al.*, 2012) mostra come la quota di residenti con dipendenza totale in Italia sia del 42%, mentre, ad esempio, in Germania tale quota è del 25%. Allo stesso modo la demenza grave riguarda in Italia il 35%, mentre in Germania il 28%. Questi dati sono simili a quelli del più recente studio PACE (Honinx *et al.*, 2019), che mostra come la demenza moderata e grave sia presente in RSA in Italia nel 73% dei residenti in strutture residenziali contro, ad esempio, il 48% nel Regno Unito (Tabella 2).

Tabella 2 - Percentuali di residenti con dipendenza totale o demenza in Italia a confronto con altro Paese europeo dagli studi indicati

Studio SHELTER*	Italia	Germania
Dipendenza totale	42%	25%
Demenza grave	35%	28%
Studio PACE**	Italia	Regno Unito
Demenza moderata e grave	73%	48%

* (Onder *et al.*, 2012) ** (Honinx *et al.*, 2019)

2.1. Intensità sanitaria, comorbidità, instabilità clinica

In questo scenario è importante definire la comorbidità che accompagna la demenza degli anziani ospitati in strutture, allo

scopo di precisarne i bisogni sanitari e migliorarne la prognosi e la qualità di vita. In 2.563 italiani residenti con demenza, analizzati con lo strumento internazionalmente validato “interRAI Long-Term Care Facility (LTCF)”, una ricerca recentissima ha individuato – mediante analisi della componente principale – 3 profili di comorbidità: cardiopatia/malattie cardiocircolatorie e respiratorie/malattie psichiatriche. Il profilo con cardiopatia è associato a maggiore instabilità clinica e più frequenti ricoveri ospedalieri; i primi due profili sono a carico di residenti più vecchi; il profilo psichiatrico è caratterizzato da depressione e delirium (Zazzara, Vetrano, Carfi, Liperoti, Damiano, Onder, 2022).

Ulteriore conferma del quadro di gravità complessiva viene dai dati ISTAT, che registrano un aumento della percentuale di alta intensità sanitaria in RSA: dal 21,7 al 30,8, fra il 2009 e il 2016 (Tabella 3). Negli stessi anni diminuivano i medici: il numero di residenti per medico passa da 32,8 a 43,8 (<http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=22756>).

Tabella 3 - Distribuzione dei livelli di intensità sanitaria negli anni 2009-2016 nelle RSA italiane

Livello di Intensità sanitaria	2009 (%)	2016 (%)
Assente	10,19	4,66
Basso	17,17	19,72
Medio	50,92	44,82
Alto	21,72	30,80

Fonte: ISTAT <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=21803>

La non autosufficienza si accompagna ad un aumento della comorbidità e della instabilità clinica (Guaita, 2002). Infatti, la presenza della polipatologia, problema già di per sé complesso, si è accompagnata con l’aumento della instabilità clinica che alcuni

importanti settori delle RSA hanno affrontato. In uno studio del 2008 su RSA lombarde, su 450 nuovi ammessi in RSA, applicando un indice ospedaliero di instabilità clinica [criteri di Halm; (Halm *et al.*, 2002)], si ottenevano dati molto chiari: più di un terzo aveva un quadro di instabilità clinica all'ingresso e quasi la metà dopo tre mesi. Ma se consideriamo gli episodi intercorrenti su tutto il periodo gli instabili diventano il 52% (Lopez, Sibilano, Castelli, Colombo, Anselmi, 2008).

Tabella 4 - Percentuali di anziani con instabilità clinica all'ingresso e a tre mesi nelle residenze di un'area dell'Ovest Milano

	INGRESSO (%)	RIVALUTAZIONE A TRE MESI (%)
Stabili	63,3	55,3
Instabili	36,7	44,7
Totale	100	100

Fonte: elaborazione da Lopez, Sibilano, Castelli, Colombo, Anselmi, 2008.

Vista l'alta percentuale dei residenti con demenza, che abbiamo visto essere il 73% (Honinx *et al.*, 2019), è importante definire la comorbidità che accompagna la demenza degli anziani ospitati in strutture, allo scopo di precisarne i bisogni sanitari e migliorarne la prognosi e la qualità di vita (Tabella 4).

2.2. Sindromi geriatriche in RSA: malnutrizione, incontinenza, cadute

2.2.1. La malnutrizione

La malnutrizione costituisce un fattore di rischio per mortalità, tra gli anziani istituzionalizzati, abbassandone la qualità di vita. Ciononostante, gli studi epidemiologici ad essa collega-

ti, presso le strutture italiane, sono poco numerosi, e per la maggior parte risalgono a circa 10 anni fa. Una indagine recentissima ha fatto riferimento a 29 strutture situate nel milanese e nel bresciano, studiando 1.975 persone mediamente 85enni, per $\frac{3}{4}$ donne, prevalentemente molto compromesse sul piano clinico, funzionale e cognitivo. Sono state classificate come malnutrite, 15,4% o 18,1% a seconda dei criteri adottati. I residenti malnutriti assumevano meno cibo e liquidi, specialmente a cena, rispetto ai normo-nutriti. Alla analisi multi-variabile, i fattori associati alla malnutrizione sono risultati: età [avanzata], condizioni psichiatriche [inclusa la demenza], dipendenza [nei gesti quotidiani in generale e specificatamente nella alimentazione], difficoltà a masticare e deglutire, riduzione negli apporti di liquidi. Il legame tra assistenza e malnutrizione era testimoniato dal riscontro di una quota più elevata di residenti malnutriti tra coloro che richiedevano maggiore assistenza alla alimentazione durante la cena – orario tipicamente meno fornito di risorse in personale (Castaldo, Zanetti, Nobili, 2022).

2.2.2. *L'incontinenza urinaria*

Nelle residenze per anziani la incontinenza urinaria (IU) rappresenta una sindrome diffusa e un problema assistenziale di primaria importanza. La prevalenza della IU nelle residenze è riportata da diversi studi sopra il 50%. Una revisione sistematica del 2009 riporta una prevalenza dal 43 al 77%, attorno ad una mediana del 58% (Offermans *et al.*, 2009). Dallo studio multicentrico europeo SHELTER la prevalenza di incontinenza nelle residenze risulta in Italia del 76,7%, rispetto ad una media europea del 73,5% (Onder *et al.*, 2012). Più recentemente uno studio spagnolo riporta una prevalenza di IU del 66.1% (CI: 95%, 53.6-77.2)

(Farrés-Godayol *et al.*, 2022). Invece, in un altro studio condotto in Austria, Olanda, Turchia e Regno Unito pubblicato nel 2022, la prevalenza risulterebbe più bassa, fra il 13,8% della Turchia e il 35,1% dell'Austria, ma dallo studio erano stati esclusi i residenti con doppia incontinenza (Hoedl, Bauer, Egelseer, Everink, Gordon, Lohrmann, Saka, Schols, 2022).

La doppia incontinenza, fecale e urinaria, è presente nel 47% delle anziane e degli anziani ricoverati nelle istituzioni di cura a lungo termine (Musa *et al.*, 2019).

D'altra parte questa alta prevalenza è sostenuta non solo dalla diffusione del problema fra gli anziani al domicilio (Batmani *et al.*, 2021), ma dall'essere la incontinenza un importante fattore di rischio per il trasferimento in residenza (Gaugler *et al.*, 2009) maggiore per i maschi, dove più facilmente è associata ad altre condizioni mediche, mentre nelle donne è spesso sintomo isolato (Luppa *et al.*, 2009).

L'incontinenza condiziona altri esiti negativi, come maggior mortalità, HR:1.20 (IC 95%: 1.12-1.28) (Huang *et al.*, 2021), maggior comorbilità e disabilità (Farrés-Godayol *et al.*, 2022), più bassa qualità della vita (Xu e Kane, 2013) e anche maggiori costi di assistenza (+8% se dobbiamo basarci sul vecchio ma fondamentale articolo di Ouslander e Kane (Ouslander e Kane, 1984)).

L'associazione con la demenza è presente in tutti gli studi dove è stata considerata, e si calcola che il 53% delle persone con demenza abbia una incontinenza (Payne, 2020), mentre fra i residenti con demenza la IU raggiunge il 90% (Kohler *et al.*, 2018). La IU in particolare fa parte dei sintomi precoci della demenza vascolare (Cummings, 1994).

Vi è una associazione fra disturbi neuropsichiatrici e incontinenza. Al primo posto fra questi la demenza, seguita dalla schizofrenia e dalla depressione, mentre non sembra associarsi con il disturbo bipolare (Walid, 2009).

La presenza di depressione si associa ad IU con un OR di 1.22 (95% CI 1.10-1.36) (Cohn *et al.*, 2018).

2.2.3. *Le cadute*

Già nel 1965, agli albori della geriatria, Bernard Isaacs – uno dei suoi “padri fondatori” – incluse la “instabilità” [locomotoria-posturale] tra i primi 4 “giganti geriatrici”, insieme alla immobilità, la incontinenza sfinterica ed il deterioramento cognitivo (Flatharta and Mulkerrin, 2020). Mezzo secolo dopo, John E. Morley aggiunse la fragilità e la sarcopenia (Morley, 2016). Per ultimi – subito prima che la situazione venisse peggiorata dalla pandemia – sono stati inseriti l’isolamento sociale e la solitudine (Freedman e Nicolle, 2020). Tutti questi giganti – vecchi e nuovi – sono pervasivi nelle RSA, dove uno dei principali problemi di qualità e sicurezza è che almeno il 50% dei residenti andrà incontro a (nuove) cadute. In particolare, il 5-10% di tali cadute sono sufficientemente gravi da richiedere cure al Pronto Soccorso o il ricovero in ospedale. Questi rischi sono ancora più elevati nei residenti con una storia di cadute nell’anno precedente, tanto che la American Geriatrics Society ha incluso la positività anamnestica tra i criteri di Beers per la interazione tra farmaci e malattie o condizioni disfunzionali (Hanlon *et al.*, 2017).

In un articolo seminale pubblicato sul “New England Journal of Medicine” (Desforges, Libow and Starer, 1989), ricordando che lo 1-2% delle cadute in RSA esitano in una frattura di femore, e che anche in assenza di danno fisico può subentrare quella insidiosa titubanza definita “sindrome post-caduta” (Murphy e Isaacs, 1982), gli autori proponevano già alla fine degli anni ‘80 una “squadra di consulenza” sulle cadute.

In una grande struttura di ricovero accademica statunitense – i cui 703 residenti avevano una età media di 88,5 anni, 3/4 erano femmine, con una durata media della permanenza di 4,3 anni – dei 3.890 eventi avversi inattesi che si sono verificati in 1 anno, 2.032 erano cadute, con una incidenza annuale di 289 cadute ogni 100 posti letto. Il 47% di tali incidenti era a carico di persone deambulanti e parzialmente autonome, occorrendo per la maggior parte in circostanze diverse quali cadute dal letto, dalla carrozzina o da “comoda”/wc (Gurwitz *et al.*, 1994).

La epidemiologia delle cadute in RSA è paradigmatica per la non-linearità nel rapporto tra stato funzionale e conseguenze avverse: richiamando la “instabilità” inquadrata da Isaacs, una indagine su un migliaio di 85enni [con età compresa tra 65 e 103 anni] accolti in strutture a Sidney ha confermato che l’occorrenza delle cadute era maggiore tra coloro che avevano un equilibrio precario, intermedia per i soggetti più saldi, e minore per i meno capaci. In particolare, il tasso di cadute era massimo (81%) per i residenti capaci di alzarsi da soli da una sedia, ma incapaci di mantenere la stazione eretta senza aiuto, e viceversa minimo (48%) per chi non era in grado di eseguire nessuna delle due azioni. I fattori di rischio comuni per chi era capace o no di stare in piedi autonomamente erano la assunzione di psicofarmaci ed una storia di cadute precedenti; il rallentamento motorio disegnava traiettorie opposte: agiva come fattore predisponente alle cadute nella categoria dei residenti capaci di stazione eretta autonoma, e come fattore “protettivo” verso chi non ne era in grado (Lord *et al.*, 2003). Su una linea simile si pongono i risultati di un ampio studio condotto su 689 residenti rappresentativi di quelli accolti in strutture madrilene. Al termine di 2.408 anni-persona (mediana 4,5 anni) di osservazione, 372 partecipanti erano morti. Il rapporto di rischio per cadute gravi era più elevato nei residenti di sesso maschile, con minore comorbidità e farmacoterapia, e migliori capacità funzionali. Non venne riscontrata nessuna asso-

ciazione tra cadute occorse nel mese precedente all'avvio della rilevazione e sopravvivenza a lungo termine, neppure tenendo in conto la gravità della caduta (Padrón-Monedero *et al.*, 2020).

Se, "per definizione" [letteralmente], gli anziani residenti in struttura sono classificati ad alto rischio di caduta a motivo della loro frequente fragilità e/o difficoltà cognitiva, lo sforzo per individuare strumenti che segnalino i soggetti che più si gioverebbero di interventi clinico-assistenziali ed ambientali preventivi ha prodotto sinora scarsi risultati. Molti strumenti non sono stati validati nelle RSA, non sono dotati di proprietà psicometriche adeguate, o sono troppo complessi e dispendiosi in termini di tempo per venire adoperati nello screening. Anche 2 strumenti ideati appositamente per le strutture di ricovero [il "Care Home Falls Screen" (CaHFRiS) ed il "Fall Risk Classification Algorithm" (FRiCA)] hanno prodotto risultati poco soddisfacenti, al confronto diretto, abbinato alla comparazione col giudizio clinico e la anamnesi di caduta. Uno studio prospettico multicentrico ha riguardato 420 anziani [3/4 donne, ultra80enni, con MMSE medio 18,6/30], residenti presso 15 strutture situate in Olanda e Belgio fiammingo. La capacità di deambulare autonomamente – con o senza ausilio – costituiva requisito di inclusione, mentre allettamento, stazionamento obbligatorio in carrozzina e terminalità costituivano criteri di esclusione. A distanza di 6 mesi, erano successe 658 cadute, con metà dei residenti caduti almeno 1 volta, e 3 su 10 più di 1 volta, portando ad un tasso di caduta per residente di 1,57. L'accuratezza di tutte le 4 misure prognostiche nel loro complesso è risultata moderata, compresa tra il 54,8% (FRiCA a un mese) ed il 66,5% (giudizio clinico dei fisioterapisti a tre mesi). Le curve ROC evidenziano in modo graficamente lampante i limiti in sensibilità e specificità delle misure; con l'avanzare della osservazione da 1 a 6 mesi, il loro valore predittivo negativo calava, mentre quello positivo cresceva. La conclusione dell'artico-

lo invitava a procedere nella ricerca, visto che i risultati non depongono chiaramente per la scelta di uno strumento da adottare (Vlaeyen *et al.*, 2021).

Un fattore di rischio di particolare importanza è rappresentato dal deterioramento cognitivo, che, in generale, rispetto ai coetanei cognitivamente integri, raddoppia il rischio di caduta, triplica l'esito in frattura di femore ed in mortalità che ne consegue, quintuplica la istituzionalizzazione post-caduta. In una rilevazione prospettiva condotta nei Paesi Bassi, viene riportata una incidenza di cadute dello 85% nel volgere di 1 anno per gli anziani con demenza residenti in struttura (Shaw, 2002).

Una considerazione conclusiva rispetto alla possibilità di prevenire le cadute in RSA, che è documentata anche in caso di deterioramento cognitivo. Per esempio, uno studio randomizzato controllato ha interessato 6 strutture in Germania, coinvolgendo, senza particolari criteri di inclusione/esclusione, 981 anziani di età media 85 anni, 4/5 donne, con equilibrio in ampia maggioranza instabile, per oltre metà incontinenti, per metà con deterioramento cognitivo, anamnesi di caduta nei 6 mesi precedenti positiva in circa 1 caso su 3. Un intervento comprensivo di educazione rivolta a personale e residenti, suggerimenti per l'adattamento ambientale, esercizi per migliorare forza ed equilibrio, e dotazione di protettori per le anche, ha comportato, nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo, un quasi dimezzamento nella occorrenza di cadute (da 2.558 a 1.399 persone/anno) e di residenti recidivanti (oltre 2 cadute all'anno: da 24,4% a 13%), e la riduzione di 1/4 nella % dei soggetti che cadevano (da 52,3% a 36,9%); lo studio non era dotato di potenza statistica sufficiente per cogliere risultati sulle fratture di femore (Becker *et al.*, 2003). Infine, una analisi di dati secondari su 220 strutture tedesche ha colto, tra i 8.633 residenti con deterioramento cognitivo, una riduzione nei danni da caduta del 45,6% nelle strutture meglio dotate

in infermieri e del 16,7% in quelle che mantenevano un assetto simile a quello di una casa (Zimmermann *et al.*, 2019).

2.3. L'invecchiamento dei residenti

A questo si associa il costante aumento di età, per cui la classe degli ultra-85enni aumenta dal 48,2% del 2009 al 54,05% del 2017 (Tabella 5).

Tabella 5 - Anziani ospiti nei Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre, per classe d'età. Anni 2009-2014 (valori percentuali)

Classi di età	2009	2010	2011	2014	2016	2017
65-74 anni	13,5	13,3	12,9	12,3	11,5	11,5
75-79 anni	14,5	14,1	13,5	13,5	13,2	12,8
80-84 anni	23,8	22,9	22,5	22,0	21,7	21,6
85 anni e più	48,2	49,8	51,0	52,2	53,6	54,0
Totale (65 anni e più)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati ISTAT: ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Ospiti dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PRESIDI1#) accesso eseguito a marzo 2021.

Dovremmo parlare al femminile nel descrivere la popolazione residente nelle RSA, perché le donne sono la larga maggioranza e rappresentano i due terzi, per la precisione il 76%, dei residenti (*Fonte:* ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Ospiti dei presidi socio-sanitari e socio-assistenziali).

Una indagine multidimensionale diacronica effettuata presso 3 grandi strutture della area milanese ha confermato anche in tale contesto la tendenza generale secondo cui la popolazione che oggi accede ai servizi socio-sanitari è costituita sostanzialmente

da persone sempre più anziane, di genere femminile, gravemente disabili, con necessità di interventi sanitari intensivi, con problemi cognitivi. Il 12% delle persone ammesse è deceduto in struttura entro 30 giorni, in particolare quelle con i peggiori profili clinici, psichici e funzionali, secondo le “classi S.O.S.I.A.” [Scheda di Osservazione Intermedia dell’Assistenza] (Colombo, Fattore, Lombardi, Vitali, Frigerio, 2019).

3. Due sindromi psicogeriatriche sempre più prevalenti in RSA: demenza e depressione

3.1. Persone con demenza

3.1.1. *La prevalenza delle persone con demenza fra i residenti*

I dati dello studio U.L.I.S.S.E. e dell'“Umbria Region survey” riportano una prevalenza di demenza di 50,7% fra i residenti, cui va aggiunto un 14% circa di residenti con deterioramento cognitivo severo, non diagnosticati (Cherubini *et al.*, 2012). Ma, laddove è stato misurato, è stato registrato un forte incremento nel tempo della prevalenza della sindrome: in UK, ad esempio, si è passati dal 56% del 2002 al 70% del 2013 (Matthews *et al.*, 2013). In altri Paesi europei si sono registrate prevalenze sempre sopra il 50% e fino all'85%, ad esempio in Austria (Auer *et al.*, 2018) o 67% in Svezia (Björk *et al.*, 2016). In Italia si registra la maggior gravità clinica delle persone con demenza a confronto con altri Paesi europei, secondo i dati del già citato studio PACE (Honinix *et al.*, 2019). La presenza di demenza, anche rispetto ad altre sindromi geriatriche, rappresenta la più importante causa di trasferimento in RSA (Wang *et al.*, 2013).

3.1.2. *I nuovi bisogni portati dalla presenza di persone con demenza in RSA*

- 1) Presenza dei disturbi del comportamento: una quota rilevante di questi residenti presenta disturbi del comportamento. In una revisione sistematica la presenza di almeno un disturbo comportamentale fra i residenti di RSA risulta dell'82%,

in prevalenza agitazione e apatia (Selbæk, Engedal e Bergh, 2013).

- 2) Non autosufficienza senza riduzione delle capacità motorie se non nelle fasi gravi e terminali della malattia. A 4 anni dalla diagnosi 2/3 erano indipendenti nel cammino, mentre il MMSE era inferiore a 15 (Rolland *et al.*, 2013).
- 3) Le persone con demenza sono state colpite dalla pandemia da Covid-19⁽¹⁾ più del resto dei coetanei (Matias-Guiu, Pytel and Matias-Guiu, 2020); in Inghilterra e Galles il 49.5% di tutte le morti Covid ha riguardato i residenti con demenza [Fonte: Deaths involving Covid-19 in the care sector, England and Wales: deaths occurring up to 12 June 2020 and registered up to 20 June 2020 (provisional)].

Questa diversa non autosufficienza pone problemi inusitati di rapporto fra libertà e sicurezza che impone un ripensamento di tutti gli aspetti sia strutturali che di processo delle RSA, costituendo la base per la revisione semantico-contenutistica dei termini che la definiscono, come verrà trattato in seguito.

3.2. Persone con depressione

3.2.1. La prevalenza della depressione

La depressione è stata considerata uno dei (due) maggiori problemi da gestire per migliorare la salute mentale dei resi-

⁽¹⁾ AIP ha dedicato agli effetti della pandemia da Covid-19 sugli anziani – con particolare, sia pure non esclusivo, riferimento alla demenza ed alla RSA – due supplementi di “Psicogeriatrics” del 2021: il supplemento 2 [“La demenza e il Covid-19. I difficili percorsi delle cure”], ed il 3 [“La qualità del fine vita nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA): l’insegnamento della pandemia da Covid-19”]. Il supplemento 1 del 2020 [“Covid-19 e gli anziani. Un’esperienza per il futuro”] vede dedicata alle RSA la sezione 2 “Le case di riposo: esperienze”.

denti in RSA dal “Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia” della American Geriatrics Society e dalla American Association for Geriatric Psychiatry (Ickowicz, 2003). In una meta-analisi recente, che ha analizzato 32 studi osservazionali condotti nelle RSA per complessivi 13.394 residenti, la prevalenza della depressione risultava del 18.9% (95% CI 14.8-23.8) con una alta eterogeneità degli studi (Fornaro *et al.*, 2020).

D'altra parte è noto che la presenza della depressione è stata spesso sottovalutata sia dagli anziani stessi che dai caregivers e dalle équipes delle residenze (Magai, Cohen e Gomberg, 2002). Questo non sorprende visto che vi è una difficoltà specifica nella applicazione agli anziani in RSA dei criteri del DSM IV (Andreoli, Cassano, Rossi, 2007):

- richiede di escludere che il sintomo sia dovuto a una condizione medica o a sostanza chimica;
- difficoltà specifica per i sintomi “fisici”: sonno, appetito, energia;
- la presenza di “disturbo dell'umore da causa medica” richiede la dimostrazione della causalità diretta.

Inoltre alcune scale geriatriche di misura dei sintomi depressivi andrebbero adattati alla condizione di residente in RSA. Ad esempio utilizzando una “Geriatric Depression Scale” a 12 anziché 15 items omettendo questi tre quesiti: Preferisce stare in casa piuttosto che uscire? Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte della gente? Pensa che la maggior parte delle persone stia meglio di lei? (Sutcliffe *et al.*, 2000).

Vi sono anche difficoltà specifiche per il riconoscimento della depressione nei residenti (Davison *et al.*, 2007):

- sintomi riportati più spesso come somatici, pochi parlano di “depressione”;

- deterioramento cognitivo largamente presente;
- non si aspettano cure per i disturbi dell'umore;
- ne parlano più agli infermieri e agli OSS che al medico;
- confusione con l'invecchiamento;
- il medico fa poche domande non "fisiche", dedica poco tempo agli aspetti soggettivi.

A fronte di queste difficoltà è stato dimostrato che gli infermieri possono dare un supporto prezioso al riconoscimento della depressione. In una meta-analisi del 2010 risultò che gli infermieri riconoscevano correttamente il 45,8% dei depressi in RSA, mentre in ospedale veniva correttamente riconosciuto il 43,1% e al domicilio il 26,3 (Mitchell e Kakkadasam, 2011).

3.2.2. *La depressione è un fattore di rischio per il trasferimento in RSA?*

La depressione è senza dubbio una causa di trasferimento in RSA sia da casa che dall'ospedale, anche considerando una ampia gamma di fattori fisici e sociali concomitanti. In uno studio su 137.000 ultra-65enni al domicilio, si erano registrati 11.220 ricoverati in 2,5 anni. Fra costoro l'essere stati depressi per la maggior parte del tempo nel corso dell'anno ha comportato un rischio di ricovero più di due volte maggiore rispetto ai non depressi (RR: 2.436; CI 95%: 2.365-2.507). In più, come variabile indipendente la depressione vale più del numero di limitazioni nelle ADL (RR 1.381; CI 95% 1.308-1.454 verso RR: 1.273; CI 95% 1.264-1.282) (Harris, 2007). Per gli anziani dimessi dall'ospedale, la depressione si associa ad un 50% di aumento del rischio (RR: 1.60; 95% CI: 1.35-1.68) (Ahmed *et al.*, 2006). Dai dati del MEDICARE, dal 1990 al 2005 vi è stato un costante incremento della presenza della depressione fra i nuovi ammes-

si, fino al 54,4% del 2005 (Hoover *et al.*, 2010). In uno studio sul territorio europeo sono stati studiati 2718 soggetti, in 11 Paesi europei (MDS Depression Rating Scale). Il rischio aggiustato di trasferimento in RSA era più alto per i depressi (RR = 1.43; 95% CI = 1.02 a 2.02), con incremento lineare al punteggio della depressione (Onder *et al.*, 2007). Da un studio su più di un milione di nuovi ammessi alle Nursing Homes del Medicare americano, il 26% risultava depresso e di questi il 47% aveva associato deterioramento cognitivo (Ulbricht *et al.*, 2017).

3.2.3. La permanenza in RSA è causa di depressione?

Alla domanda se il ricovero stesso è causa di depressione non è facile rispondere per la quasi assenza di studi in merito. I dati disponibili non sembrano infatti corroborare questa ipotesi, anzi mostrano il contrario. È stato condotto uno studio su 350 ricoverati di 14 RSA olandesi rilevando la presenza di sintomi depressivi (GDS>10) e le correlazioni significative all'inizio del ricovero e a 6 mesi. La prevalenza dei sintomi depressivi diminuiva da 41.3% a 28.9% durante i sei mesi di follow-up. L'insorgenza di sintomi depressivi in coloro che non li presentavano all'inizio è stata del 4.7% (Smalbrugge *et al.*, 2006). In una analisi più ampia e più recente i risultati non sono diversi. La maggior parte dei residenti rimaneva nella stessa condizione sintomatologica dopo 90 giorni dall'ammissione, mentre una parte mostrava una riduzione della gravità e della prevalenza dei sintomi depressivi. Si riportano in Tabella 6 alcuni risultati su 88.532 residenti (Yuan *et al.*, 2021):

Tabella 6 - Presenza di sintomatologia depressiva all'ingresso in RSA e dopo 90 giorni

Sintomi depressivi	% all'ammissione	% a 90 gg
Anedonia	14,4	13,1
Umore depresso	39,1	35
Insonnia/ipersonnia	25,2	21,5
Stanchezza	43,8	39
Diminuzione/aumento dell'appetito	18,1	15,1
Senso di inutilità	13	10,9
Concentrazione ridotta	18,6	16,5
Ritardo/agitazione psicomotoria	11,1	8,8
Ideazione suicidaria	2,8	1,9
Severità dei sintomi depressivi (PHQ-9 score)	% all'ammissione	% a 90 gg
Minima	74,2	78,1
Leggera	17,9	15,5
Moderata	5,7	4,9
Moderatamente severa/severa	2,2	1,5

Si può concludere che la permanenza in RSA non è causa di depressione, mentre i dati osservazionali depongono al contrario per una riduzione.

3.2.4. Il trattamento della depressione in RSA è appropriato?

I dati depongono per evidenti carenze legate al trattamento non appropriato della depressione in RSA. Fra i nuovi ammessi con depressione nelle Nursing Homes americane, il 48% non riceveva alcun trattamento (Ulbricht *et al.*, 2017). In uno studio precedente, in 921 Nursing Homes la prevalenza di depressione era risultata del 48%, i non trattati erano il 23%. I "non trattati" erano preferibilmente: ultra-85enni, afroamericani, con deterioramento

cognitivo severo, con altre malattie mentali, con dipendenza severa nelle ADL, residenti da 4 o più anni (Levin *et al.*, 2007).

In una revisione sistematica che ha preso in considerazione studi randomizzati controllati su ogni tipo di trattamento della depressione in RSA, sia farmacologico che non, pubblicati fra 1991 e il 2016, sono stati selezionati 32 studi. Ne è emersa una dimostrazione di efficacia per 7 su 13 studi di intervento psicoterapico, 6 su 9 di interventi psicosociali e ricreativi e 4 su 10 di intervento farmacologico (Simning e Simons, 2017).

Come esempio paradigmatico di semplici interventi assistenziali efficaci per ridurre la depressione nelle RSA, il dare occhiali appropriati riduce la GDS media da 4,6 a 3,6 ($p= 0.003$) (Owsley *et al.*, 2007).

4. Il trasferimento in RSA: motivazioni

4.1. Fattore 1: condizioni psicofisiche delle persone

Essere di genere femminile comporta un consistente aumento del rischio di trasferimento in RSA, da 40 a 60% in più rispetto ai maschi (Luppa *et al.*, 2009). Questo delinea un ruolo importante per gli aspetti socio-antropologici legati al genere che andrebbero meglio esplorati.

La sola dipendenza funzionale non è una motivazione sufficiente per spiegare il ricovero in RSA (Bilotta, Nicolini e Vergani, 2009). Se si associa la “fragilità”, il rischio di trasferimento dal domicilio in RSA è 5 volte più alto per gli anziani fragili rispetto ai non fragili (Kojima, 2018).

Una analisi esplorativa condotta su un campione rappresentativo della popolazione anziana laziale conferma lo sbilanciamento fra la compromissione funzionale nei gesti della vita quotidiana e la capacità di supporto familiare anche sostenuto da servizi socio-sanitari domiciliari, quale ragione principale della istituzionalizzazione dei soggetti fragili e pre-fragili. I ricercatori hanno anche rilevato come la ricerca di un qualche precario equilibrio fra fabbisogni e risorse porti anziani molto fragili e sguarniti di supporti sociali a rimanere al domicilio, a prezzo di una scadente qualità di vita. Ancora, viene segnalato come una situazione di sbilanciamento tra offerta e domanda possa portare al ricovero anche di anziani robusti e dotati di supporto sociale soddisfacente (Gentili *et al.*, 2022).

Una ampia indagine condotta in Ontario [Canada] ha coinvolto oltre 64.000 anziani, appena ammessi in 640 strutture, valutati mediante lo strumento “RAI-Minimum Data Set” – validato a livello internazionale. 2/3 dei neo-residenti presentavano severe difficoltà nei gesti quotidiani, ed altrettanti presentavano un deterioramento cognitivo da moderato a severo; quasi la metà entrambe tali caratteristiche negative contemporaneamente, comportando un livello elevato di bisogno assistenziale. All’interno di tale ultimo gruppo, 7 neo-ammessi su 10 entravano con diagnosi di demenza, e 1/5 con diagnosi di esiti di ictus. Le persone appartenenti a questo gruppo ad elevato fabbisogno andavano incontro a mortalità più frequente, costi più elevati e minori probabilità di rientro al domicilio. Bilanciando le necessità assistenziali e sanitarie con la sostenibilità economica, solo 5,4% dei nuovi residenti avrebbero potuto venire adeguatamente assistiti altrove, mentre per oltre 2 su 5 la istituzionalizzazione appariva l’unica soluzione realisticamente applicabile (Tanuseputro *et al.*, 2017).

La demenza aumenta da tre a cinque volte la probabilità di essere istituzionalizzati, rimanendo l’indicatore indipendente più forte comparato con altri come la difficoltà nelle attività quotidiane o lo stress del caregiver (Miller e Weissert, 2000). La causa principale del ricovero delle persone con demenza è per la maggioranza degli studi la presenza di disturbi del comportamento (De Vugt *et al.*, 2005) (Toot *et al.*, 2017), anche se la questione è stata messa in discussione da uno studio del 2003 della John Hopkins University⁽¹⁾ (Chan *et al.*, 2003). Le persone con demenza trasfe-

⁽¹⁾ L’articolo di Chan *et al.* cita altri studi degli anni ‘90 che non hanno trovato questa associazione. L’analisi dettagliata di questi esula dal presente documento, tuttavia va considerato che alcune di queste ricerche hanno dei limiti di generalizzabilità. Ad esempio, in questo studio citato, la maggioranza era

rite in RSA, inoltre, presentano un più alto numero di patologie associate (Doraiswamy *et al.*, 2002). La “percezione della solitudine” è un fattore di rischio per il ricovero più importante del vivere solo (Hanratty *et al.*, 2018).

La depressione è un altro importante fattore che favorisce il ricovero istituzionale, come riportato nel paragrafo precedente dedicato al tema, con un rischio fino a due volte maggiore rispetto ai non depressi (Harris, 2007).

4.2. Fattore 2: capacità di risposta del contesto sociale ai bisogni degli anziani non autosufficienti

4.2.1. Caregiving

La lunghezza del caregiving per le persone con demenza ha un peso importante sia a breve che a lungo termine nel determinare il trasferimento in RSA, ancor più se con disturbi del comportamento, con salute precaria e dipendenza nelle attività quotidiane (Cohen-Mansfield e Wirtz, 2011). Mentre l’età dell’assistito non conta, e risultati conflittuali riguardano la depressione e l’uso dei servizi (Conn e Thorpe, 2007). In un’altra interessante ricerca Cohen-Mansfield ha confrontato i motivi per il ricovero riportati dai caregivers con i fattori che venivano isolati come correlati con il ricovero dai dati statistici. I caregivers tendevano ad identificare fattori fisici o problemi psichici di tipo cognitivo e soprattutto comportamentale, mentre la depressione era statisticamente

di non bianchi, la quota di coloro che vivevano sotto la soglia di povertà alta, inoltre l’outcome non era il trasferimento in Nursing Homes, ma il tempo in cui questo avveniva. Infine il numero di soggetti ricoverati era basso (40 soggetti). Di questi, 20 avevano la data di trasferimento parzialmente o totalmente stimata, e non rilevata.

uno dei più forti predittori statistici di ricovero, ma veniva riportato raramente (Cohen-Mansfield e Wirtz, 2009). Utilizzando i dati del “National Health and Aging Trends Study” (NHATS), rappresentativi degli ultra65enni statunitensi, una ricerca ha voluto esplorare il ruolo del supporto socio-emotivo nei confronti della istituzionalizzazione. Dopo aggiustamenti statistici per predittori di natura medica, funzionale, cognitiva, sociale ed economica, la mancanza completa di una rete sociale e vivere da solo aumentavano la probabilità di ammissione in struttura rispettivamente dell’80 e 90% (Oh *et al.*, 2019).

4.2.2. Ospedale

Dopo un ricovero ospedaliero, gli anziani che vanno in residenza, confrontati con quelli che vanno a casa, mostrano i fattori già noti: minor supporto assistenziale, avere avuto numerosi ricoveri precedenti, patologie più gravi, non essere in grado di riconoscere la propria patologia, essere di sesso femminile (Smith e Stevens, 2009). Lo stesso avviene dopo un ricovero in riabilitazione: coloro che andavano in Nursing Home avevano più problemi psichici e comportamentali, ma anche più incontinenza e rischio di cadere (Aditya *et al.*, 2003). Il dato è stato confermato anche nella realtà italiana (Colombo, Carella, Cottino, Previderè, Gandolfi, Ferrari, 2005).

Sono stati in passato studiati i fattori che provocavano il ricovero in RSA di persone che già erano in situazioni abitative protette, tipo housing sociale, seguiti per 28 mesi: i fattori risultavano gli stessi, al primo posto lo stato psichico e la demenza e al secondo il livello di dipendenza (Black, Rabins e German, 1999).

4.2.3. Servizi domiciliari

Le persone seguite dai servizi domiciliari per quale motivo vengono ricoverate in RSA? In uno studio del 2014 basato sul "Connecticut Home Care Program for Elders", sono state seguite più di 10.000 persone assistite a casa fra il 2005 ed il 2010, evidenziando un rischio (Odd Ratio) di ricovero più basso del 46% per chi era seguito con servizi di "personal care". I fattori di rischio per l'11% che fu ricoverato evidenziavano anche qui la demenza, la solitudine, la dipendenza, oltre a precedenti ricoveri temporanei in Nursing Home (Greiner *et al.*, 2014). Un tentativo di avere basi solide per rispondere alla domanda se i servizi di comunità e domiciliari riducono effettivamente il ricovero a lungo termine nelle residenze per anziani è stato condotto in una ampia "umbrella review", analisi di meta-analisi, degli studi che hanno studiato l'efficacia dei servizi domiciliari e di comunità per ridurre i ricoveri in RSA. Lo studio, condotto con grande rigore metodologico, ha esaminato studi pubblicati fino al 2018. Delle 47 revisioni idonee, la maggior parte si è concentrata sul supporto del caregiver (n = 10), assistenza sostitutiva e programmi giornalieri per adulti (n = 9), gestione dei casi (n = 8) e visite domiciliari preventive (n = 6). Tra le 20 revisioni prioritarie, 12 includevano esclusivamente studi randomizzati controllati, mentre il resto includeva anche studi osservazionali. Le revisioni prioritarie non hanno riscontrato alcun beneficio complessivo o effetti incoerenti per: il supporto del caregiver (n = 2), l'assistenza di sollievo e i programmi giornalieri per adulti (n = 3), la gestione dei casi (n = 4) e le visite domiciliari preventive (n = 2). Per il supporto del caregiver, la gestione dei casi e le visite domiciliari preventive, alcune revisioni avevano evidenziato che gli studi su modelli ad alta intensità hanno invece ridotto la istituzionalizzazione. Le revisioni su altri interventi (n = 9) hanno generalmente riscontrato una

mancanza di influenza sul ricovero in Nursing Home (Duan-Porter *et al.*, 2020). Ne risulta un quadro di generale incertezza e di scarsa efficacia dell'assistenza domiciliare standard nel prevenire i trasferimenti in RSA. Mentre vi sono dati positivi, anche se pochi, per una assistenza domiciliare particolarmente "intensiva".

4.2.4. *Ricoveri temporanei*⁽²⁾

Le motivazioni del passaggio da ricoveri temporanei a quelli di lunga durata sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli già ricordati. Giova però riportare le conclusioni di una ricerca retrospettiva piuttosto ampia e ben condotta, da cui risulta che coloro che avevano usufruito di ricoveri temporanei erano rimasti al domicilio più a lungo degli altri di pari condizioni. I dati mostrano che il 40.7% di coloro che hanno usufruito del ricovero temporaneo non accede poi al ricovero a lungo termine, con un rapporto del tasso di incidenza di 0,68 rispetto a coloro che non ne hanno usufruito. L'autore conclude: "(...) I risultati suggeriscono che l'uso della 'tregua residenziale' (...) raggiunge l'obiettivo di aiutare le persone a rimanere a casa più a lungo (...)" (Harrison *et al.*, 2020). Questa ricerca, come altre su questo tipo di servizio, indicano abbastanza chiaramente la sua utilità. Una rassegna della letteratura pubblicata nel 2016, che ha esaminato 19 studi, ha

⁽²⁾ Spesso etichettati come "ricoveri di sollievo", con ciò commettendo due errori: identificare la cura solo come "burden", come peso negativo, mentre sappiamo che i vissuti sono assai più complessi, come in tutte le relazioni affettive; dall'altra non fornendo obiettivi di qualità al ricovero temporaneo se non quello di "tenere lì" la persona. Indubbiamente il ricovero temporaneo rappresenta ANCHE un sollievo per il caregiver, ma deve essere riqualificato, per lo staff della struttura, come momento di rivalutazione e rilancio degli approcci assistenziali, delle capacità dei familiari di confrontarsi con i bisogni dell'assistito, della attivazione di possibili altri servizi al domicilio.

confermato il ruolo protettivo dei servizi intermedi – quali i centri diurni – e dei ricoveri temporanei (Tretteteig, Vatne e Rokstad, 2016).

4.2.5. *Supporto socio-emotivo*

Una indagine ha preso in considerazione un fattore prima trascurato: il supporto socio-emotivo, al netto dei predittori sopra indicati. La ricerca ha utilizzato i dati del “National Health and Aging Trends Study” (NHATS), rappresentativi degli ultra65enni statunitensi, per esplorare le transizioni dal domicilio eventualmente occorse tra il 2011 ed il 2017 a 4.712 persone, adottando una statistica che teneva in conto la possibile “competizione” tra esiti. All’inizio, il campione era composto per il 57% da donne ed aveva una età media di 78 (\pm 8) anni; per il 10% era presente una probabile demenza; 7% era dipendente per 3 o più gesti della vita quotidiana. Alla fine il 58% delle persone era rimasto al proprio domicilio, il 25% era deceduto al di fuori di strutture di ricovero, il 3% era istituzionalizzato e vivo, mentre il 14% era deceduto da istituzionalizzato. Dopo gli aggiustamenti statistici, i fattori socio-emotivi che predicavano la istituzionalizzazione sono risultati [subhazard ratio (sHR) con intervalli di confidenza al 95% (95% CI)]: mancanza completa di una rete sociale [sHR = 1,8 (95% CI = 1.2-2.5), $p=0.003$]; vivere da solo [sHR = 1.9 (95% CI 1.6-2.2), $p<0.0001$]; fattori protettivi rispetto alla istituzionalizzazione sono stati: aver avuto occasioni ricreative (cinema, ristoranti, scommesse, ecc.) e di visitare familiari ed amici [sHR = 0,7 (95% CI = 0,6-0,9) per entrambe ($p = 0,001 / 0,006$ rispettivamente)]. Altri fattori a rischio per la istituzionalizzazione sono stati, al di là della etnia ispanica o nera, o degli aspetti assicurativi sanitari: età superiore agli 80 anni [sHR = 3,2 (95% CI = 2,7-3,9), $p < 0,0001$]; de-

menza probabile [sHR = 2,8 (95% CI = 2,2-3,7)] o possibile [sHR = 1,8 (95% CI = 1,5-2,4)] ($p < 0,0001$ per entrambe); disabilità funzionale lieve (perdita di 1 o 2 attività quotidiane) [sHR = 1,4 (95% CI = 1,2-1,8), $p = 0,002$]; 2 o più patologie coesistenti [sHR = 1,3 (95% CI = 1-1,6), $p = 0,01$]. Non sono risultati statisticamente significativi fattori quali il sesso, la mancanza del coniuge [per decesso o per istituzionalizzazione], la dipendenza grave, le attività sociali organizzate [appartenenza a club, per esempio]. L'articolo conclude che, se da un lato è ben comprensibile il desiderio delle persone anziane di rimanere al proprio domicilio, l'istituzionalizzazione è appropriata quando il bisogno di cure diventa soverchiante: anzi, potrebbe diventare fonte di nuove relazioni sociali (Oh *et al.*, 2019).

5. Di fronte alla prevalenza della demenza e della depressione quali cambiamenti nella definizione di RSA?

Per ridisegnare le RSA, alla luce delle nuove necessità emerse e delle esperienze maturate, sono necessari almeno due requisiti: possedere una visione di insieme che leghi i 3 assi identificati dalla sigla RSA (“residenza” “sanitaria” “assistenziale”), ed agire con trasparenza. Vanno prevenuti miglioramenti solo “di facciata”, come capitato per alcune circostanze negli USA. L’introduzione del sistema “COMPARE” era stata concepita per stimolare una competizione al miglioramento tra le case di cura, rendendone pubblica la graduatoria secondo qualità. Ma non sempre l’attribuzione del massimo di stelletto si è tradotta in effettivi guadagni per i residenti. Il raggiungimento della migliore qualificazione non si è tradotto per esempio in un calo delle ospedalizzazioni – almeno per i ricoveri in struttura di pazienti post-acuti. Si è inoltre assistito ad un cambio di tipologie di psicofarmaci – dagli antipsicotici verso stabilizzatori dell’umore e benzodiazepine od altri sedativi – la cui validità – specialmente nei confronti delle persone con demenza – è stata messa in discussione (Ryskina, Konetzka e Werner, 2018; Maust *et al.*, 2018).

5.1. Assicurare la Residenza

Questo paragrafo riguarda gli aspetti architettonico-strutturali che vanno ripensati e ridefiniti, fra i quali si evidenziano punti ineludibili che vanno assicurati ai residenti. Ci si riferisce alla necessità di spazi privati (stanze singole, ecc.), ma anche sicuri (il

tema sicurezza è fondamentale per assicurare un sostegno non contenitivo alle persone con demenza); senza trascurare naturalmente il comfort, la chiarezza del messaggio, l'adattabilità delle soluzioni ambientali, nonché gli spazi pensati per favorire i rapporti con i familiari, ma anche con la comunità.

5.1.1. *Lo spazio privato*

“(...) Un aspetto centrale del movimento per il cambiamento è una maggiore enfasi sull'autonomia, la dignità e la privacy. Il valore delle camere private rispetto alle camere condivise è centrale in questo dibattito, con alcuni ricercatori e fornitori che sostengono che i vantaggi delle stanze private sono evidenti o ben supportati dalla letteratura, e altri suggeriscono che le stanze private sono troppo costose da costruire e gestire (...)” (Calkins e Cassella, 2007).

Ci si chiede se una stanza singola o condivisa con altri ha un impatto critico sul “sentirsi a casa” in una RSA. In uno studio del 2013 il termine “casa” era associato con l'aver una stanza singola nella RSA, mentre una stanza condivisa era “inaccettabile” per la maggior parte dei residenti (Nakrem *et al.*, 2013). Il desiderio di una stanza privata viene motivato come: avere opportunità di stare da soli, desiderare la privacy e avere oggetti personali intorno a se stessi (Cooney, 2012). In una revisione dei fattori che i residenti indicano come importanti per “sentirsi a casa” in una RSA, la disponibilità degli spazi privati e semi-privati sono indicati come cruciali (Rijnaard *et al.*, 2016). Sul tema dello spazio nelle RSA anche uno studio qualitativo con i residenti ha confermato, e rafforzato, l'importanza di assicurare spazi privati (Nygaard *et al.*, 2020).

A questi dati generali occorre aggiungere i dati ricavati dall'esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 nelle residenze. L'indi-

ce di affollamento (numero di residenti/numero di stanze) è risultato fortemente correlato con morbilità e mortalità da infezione da Covid-19. Il numero dei contagiati (Rischio Relativo) è stato 2,08 volte maggiore, e il numero dei deceduti 2,01 volte, nel confronto fra strutture con indice 3 verso 1,5 (RR) (Brown *et al.*, 2021).

5.1.2. Sicurezza

Negli studi pubblicati è più spesso considerato come un elemento di cultura assistenziale dello staff, specie in alcuni Paesi come la Norvegia, dove, intervistando 463 operatori di RSA, i fattori principali per la sicurezza dei residenti sono stati indicati come il clima di lavoro di gruppo e il clima di sicurezza (Bondevik *et al.*, 2017).

In un successivo studio dello stesso gruppo fra gli elementi fondamentali per la sicurezza dei residenti veniva indicato il numero degli operatori (Ree e Wiig, 2019). Anche gli indicatori del sistema COMPARE del MEDICARE non sembrano potersi correlare sufficientemente con la sicurezza e gli eventi avversi dei residenti (Brauner *et al.*, 2018). La parte strutturale è stata quindi poco studiata e in generale sottovalutata.

Per le persone con demenza costruire uno spazio sicuro significa costruire uno spazio di libertà. È perciò cruciale per evitare le contenzioni e poter dare una miglior qualità di vita ai residenti specie se con demenza. È un campo privilegiato anche per le soluzioni tecnologiche.

5.1.3. Soluzioni tecnologiche

Una voce critica ha sollevato questioni di eticità – causa non provata efficacia – dei sistemi di allarme che segnalano posizio-

ne e movimenti dei residenti in struttura, al punto che la amministrazione dei veterani statunitensi ha ri-classificato tali sistemi come contenzioni, promuovendone la rimozione dalle strutture da essa amministrare (Hartmann *et al.*, 2021).

In termini generali, a prescindere da età e caratteristiche degli assistiti, e dal contesto di cura, la portata delle soluzioni tecnologiche per la assistenza richiede ancora ulteriori studi di alta qualità, in particolare nella assistenza informale ed extra-istituzionale (Huter *et al.*, 2020).

Ma riguardo al sostegno delle persone con Alzheimer, pur senza riferimento esplicito alle strutture di ricovero, una recentissima rassegna afferma – traducendo liberamente – che “[nonostante] i limiti metodologici – dovuti principalmente alla scarsità di trials clinici randomizzati controllati e di valutazioni accurate (...) – i progressi tecnologici in atto possiedono il potenziale per sviluppare soluzioni in grado di rilevare, misurare e tenere sotto controllo i sintomi collegati alla malattia” (Cammisuli, Cipriani e Castelnuovo, 2022).

Vi sono comunque le premesse per risultati favorevoli anche ricorrendo alle soluzioni di basso profilo tecnologico quali lo “internet delle cose”, che – in ambito ospedaliero – ha abbattuto dello 88% il rischio di caduta, mediante sensori applicati al materasso che segnalano movimenti dei pazienti al personale (Bai e Hsu, 2020).

Un'altra esperienza di “bassa tecnologia” dimostratasi utile è quella delle “finte porte”: decalcomanie a grandezza naturale che riproducono la “vera” porta di casa, che – in Olanda e Belgio, dove sono state impiegate estensivamente – hanno restituito a residenti con demenza e disturbi comportamentali la impressione di trovarsi a casa propria, con vantaggio. Questo semplice stragemma ha facilitato anche il ricorso al racconto di storie biografiche da parte di personale e familiari (Voorhaar, 2016).

Un altro elemento “tecnologico” dell’ambiente è costituito da giardini appositamente predisposti per le persone con demenza e tendenza al vagabondaggio, nei cui confronti sono in grado di ridurre l’assunzione di psicofarmaci e le cadute con relative conseguenze avverse (Detweiler *et al.*, 2009).

5.1.4. *Comfort e chiarezza del messaggio ambientale*

Per ripensare questi elementi per le persone con demenza (Guaita e Jones, 2011) occorre tenere conto delle modificazioni sensoriali che accompagnano la sindrome, specie quelle legate alla vista e alla malattia di Alzheimer:

- Nella malattia di Alzheimer il disturbo visuospatiale è, contrariamente a quanto si era ritenuto, precoce, e interessa il 60% dei malati; inoltre può essere presente nell’MCI. I tratti caratteristici di questo disturbo sono: ridotta sensibilità ai contrasti, ridotta percezione del movimento, diminuita capacità di visione delle distanze, ridotta discriminazione dei colori. La “contrast sensitivity” appare al centro del danno funzionale, con conseguenze dirette sia su altri aspetti della visione (i colori ad esempio, o l’illuminazione), sia sulla capacità delle persone di eseguire le attività quotidiane, che quindi possono suggerire molti interventi per migliorare la vita dei malati di Alzheimer. La “contrast sensitivity” viene definita come la minima intensità necessaria perché un oggetto sia distinto da ciò che lo circonda. Un disturbo di questa funzione visiva è presente nel 20-32% dei malati di AD e in meno dell’1% dei controlli, soprattutto riferita alle basse frequenze spaziali (Neargarder *et al.*, 2003). Aumentando le dimensioni delle figure e il contrasto aumenta la performance, ad esempio nel migliorare l’alimentazione (Dunne *et al.*, 2004) nel riconoscimento dei volti, ma anche nelle ADL

(Cronin-Golomb *et al.*, 2000). Questo deficit visivo interferisce con molte attività quotidiane (ADL), incluso vestirsi, fare il bagno e mangiare. Non può essere modificato dagli occhiali ma può beneficiare dei cambiamenti ambientali. È stata dimostrata, negli anziani normali, l'importanza di questa funzione, tanto che fino al 57% della varianza nella dipendenza nelle ADL è attribuibile ai problemi di acuità e sensibilità ai contrasti, mentre una riduzione di 2 volte della sensibilità ai contrasti comporta una difficoltà da 3 a 5 volte maggiore nelle ADL (West *et al.*, 2002).

- La autonomia e la sicurezza delle persone con demenza dipendono quindi anche dalla comprensione del deficit visivo e dalla capacità di porvi rimedio con un atteggiamento “protesico” che sia attento all'ambiente, alle persone e alle attività.

5.1.5. Spazi dedicati alla relazione con l'esterno

L'importanza degli spazi per la relazione con i familiari e gli amici si è accresciuta con la pandemia e con le difficoltà di relazione fra interno ed esterno della struttura. Tuttavia mancano dati e studi al riguardo, a riprova della sottovalutazione di questa componente strutturale nella progettazione, costruzione e gestione delle residenze. Al contrario, si era nel tempo registrata una crescente presenza dei familiari e in generale dei contatti sociali che anche dopo il ricovero continuavano a fornire supporto emotivo e personale (Gaugler, 2005). Nella pandemia questo è stato uno degli aspetti più critici e fonte di conflitti, con aumento di stress e disagio sia per i familiari che per gli operatori delle RSA. Lo dimostra una indagine su 15.477 strutture statunitensi, che ha confrontato la situazione nel biennio 2018-2019 con quella del 2020, totalizzando una osservazione di 2.985.864 residen-

ti-anno. Paragonando le strutture colpite dal Covid con quelle che ne erano rimaste immuni, si è rilevato un aumento della mortalità e del declino funzionale rispetto al periodo pre-pandemico, durante la fase pre-vaccinale della pandemia, nelle residenze con Covid attivo, a fronte di un lieve calo contemporaneo in mortalità nelle strutture dove la virosi non ha colpito. Ma durante la fase pandemica pre-vaccinale si era manifestato un calo ponderale ed un aumento dei sintomi depressivi in tutte le strutture, a prescindere dalla presenza o meno del Covid, verosimilmente a motivo delle restrizioni in contatti esterni ed in attività interne dovute alle norme sanitarie emesse durante la pandemia (Barnett, Waken, Zheng, Orav, Epstein, Grabowski e Joynt Maddox, 2022).

A maggior ragione è un aspetto su cui occorre reinvestire e reinventare modalità e intensità dei rapporti per favorire la partecipazione dei familiari alla vita della residenze (Gaugler e Mitchell, 2022).

5.1.6. *Spazi esterni, giardini*

Quando progettano una casa di cura, architetti e progettisti devono individuare i modi per fornire a pazienti e operatori sanitari la sensazione di trovarsi in un ambiente naturale e di essere parte del mondo esterno, contribuendo al benessere dei residenti [e parallelamente all'umore ed ai livelli di stress di chi li assiste].

La maggior parte delle ricerche sugli effetti dell'uso degli spazi esterni e dei giardini nelle strutture di ricovero ha riguardato i residenti con demenza. Vi è una serie storica di tali studi raccolti in una meta-analisi del 2014 (Whear *et al.*, 2014). La ricerca indica che l'accesso a giardini appositamente progettati può avere un'influenza positiva generale sul comportamento del pazien-

te, ridurre potenzialmente il numero di cadute e influenzare positivamente i membri del personale e le persone con demenza di cui si prendono cura, ma non mancano dati anche sulle possibili barriere all'uso dei giardini. Di questo si occupa un'altra revisione di studi quantitativi e qualitativi sui fattori che favoriscono o impediscono un uso vantaggioso degli spazi esterni come i giardini (Newton *et al.*, 2021). Un'altra ricerca condotta ad Abbiategrosso ha studiato gli effetti sul comportamento spontaneo di persone con demenza in nucleo Alzheimer dotato di due diversi spazi giardino: uno progettato per il riposo e il relax e l'altro per l'attività. I risultati hanno messo in luce l'importanza della presenza umana nel contesto del giardino come stimolo al suo uso (Guaita *et al.*, 2014).

Un aspetto che merita particolare attenzione consiste nel rendere i giardini accessibili in maniera indipendente da parte delle persone con demenza, cercando di motivarli a permanervi, dato che spesso tendono a rientrare in residenza (Zwerts-Verhelst, Van Hoof e Wouters, 2014).

Le potenzialità dei giardini per i pazienti con vagabondaggio meritano una menzione speciale: abbattendo l'eccesso di stimolazione che il rumore e l'affollamento possono produrre all'interno dei locali, sono in grado di ridurre la agitazione ed il ricorso ai farmaci "al bisogno". In una osservazione durata 1 anno, i residenti con demenza "forti utilizzatori" dei giardini sono andati incontro ad un calo del 30% di cadute, e di cadute gravi, rispetto agli "scarsi utilizzatori". Inoltre, hanno visto ridursi le dosi di antipsicotici programmati nel regime terapeutico [ma non di antidepressivi, ansiolitici ed ipnotici], mentre invece è cresciuta, tra di loro, la quota di soggetti cui non venivano prescritti antipsicotici (Detweiler *et al.*, 2009).

Il dato sulle cadute acquista particolare rilievo se consideriamo che:

- le cadute ed i danni che ne conseguono sono 3 volte più frequenti negli anziani istituzionalizzati rispetto a quelli viventi al domicilio;
- la demenza costituisce un fattore di rischio per le cadute: tanto più influente, quanto più la malattia progredisce: la occorrenza annuale di cadute passa dal 30% delle fasi iniziali al 75% nei residenti con demenza.

Per i residenti in generale, una ricerca qualitativa ha messo in luce come il giardino abbia avuto effetti positivi sulla qualità della vita dei residenti, in particolare in termini di attività quotidiane significative, piacere nella vita quotidiana, relazioni con i residenti e competenza funzionale (Raske, 2010). Alcune caratteristiche che hanno effetti positivi sono descritte in una serie di interviste con residenti e loro parenti (Bengtsson e Carlsson, 2013). A questi studi citati se ne aggiungono altri di revisione più o meno sistematica che utilizzano il termine “therapeutic gardens”, che convalidano con qualche evidenza l’utilità per le RSA di investire in modo appropriato sugli spazi esterni (Uwajeh, Iyendo e Polay, 2019; Murrioni *et al.*, 2021; Krasilnikova, Zhuravleva e Zaika, 2021; Thaneshwari *et al.*, 2018). Al di là dell’indubbio interesse e qualità di questi articoli, rimane la nostra contrarietà ad utilizzare il termine “terapeutico” per tutte le normali attività della vita, comprese quelle piacevoli e ludiche come frequentare un giardino.

5.2. Assicurare la cura Sanitaria

5.2.1. La risposta ai bisogni sanitari

I bisogni sanitari dei residenti sono evoluti per quantità e qualità in questi anni, come è stato analizzato nel capitolo 1.1. In sintesi “storica” i bisogni sanitari specifici hanno subito una accelerazione negli anni ’80, poi, dopo gli anni ’90 si è assistito al pre-

valere dei problemi psichici, sia come problema principale di non autosufficienza, sia come patologia associata (Guaita, 2021). I dati ISTAT sull'aumento del 29% della quota di ricoverati ad alta intensità sanitaria sono stati accompagnati negli stessi anni da una diminuzione del 25% del numero dei medici mediamente presenti nelle strutture (Tabella 7).

Tabella 7 - Aumento della quota di residenti ad alta intensità sanitaria e presenza media dei medici negli anni 2009-2016 nelle RSA italiane

Alto Livello di Intensità sanitaria	2009 (%)	2016 (%)
	21,72	30,80
Numero di residenti per medico	n	n
	33	44

Fonte: ISTAT <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=21803>

Riguardo all'attività sanitaria degli infermieri, i dati disponibili provengono quasi solo dagli USA e sono molto variabili. Questa è stata anche la considerazione finale di una revisione sistematica sul tema di qualche anno fa che dava risultati non definitivi ma indicativi sulla relazione fra livelli di staff e qualità della cura (Spilsbury *et al.*, 2011). Da una meta-analisi più recente (Clemens *et al.*, 2021) risulta confermato che fra i fattori che influenzano la qualità della cura il numero dei componenti dello staff infermieristico predomina e altri aspetti qualitativi sono in ombra. Inoltre la relazione fra presenza infermieristica e qualità della cura in Nursing Homes è più evidente per certe categorie più qualificate come la categoria "registered nurses". La ricerca europea o italiana nel frattempo non ha prodotto altro. Occorre anzi rifarsi ad un articolo del 2008 (Gobbi, Castaldo, Giudici, Mantovani, 2008) per avere qualche dato. Gli autori hanno condotto una ricerca qualitativa tramite focus group che ha coinvolto quarantadue infermieri provenienti da 14 RSA. Oltre a numerosi altri aspetti sono

stati messi in evidenza anche alcuni aspetti quantitativi, ad esempio che in media vi era un infermiere ogni 13,6 posti letto (range: 3,2-17,2) che possiamo equiparare a circa 35 minuti per residente.

Le “raccomandazioni” della legge federale del 1987 del Medicare Usa sulle Nursing Homes, per lo staff infermieristico sono generiche (<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1396r>; <https://medicareadvocacy.org/nursing-home-staffing-levels/>). In un articolo di Harrington e collaboratori del 2020 (Harrington *et al.*, 2020) viene scritto: “A CMS study in 2001 established the importance of having a minimum of 0.75 RN hours per resident day (hprd), 0.55 licensed nurse (LVN/LPN) hprd, and 2.8 (to 3.0) CNA hprd, for a total of 4.1 nursing hprd to prevent harm or jeopardy to residents”. Questo è stato poi rapportato alla classificazione RUG, riportata nella Tabella 3 dello stesso articolo dove vi è un range (escludendo i ricoveri riabilitativi) fra 4.10 e 5.79 ore/die per residente di cui Registered Nurses da 0.75 (45 minuti) a 1.20 (72 minuti) ore/die residente, cioè lontanissimi da quanto si può desumere dai (pochi) dati italiani ⁽¹⁾, che concluderebbero per 29 minuti/die di infermiere per residente. Dal prezioso lavoro di Laura Pelliccia su “I Luoghi della cura” del 2019, gli infermieri risultano in media in Italia il 16,5% del personale in RSA (i medici l’1,5%) (Pelliccia, 2019).

Al personale delle RSA è anche dedicato un articolo di G.B. Guerrini su “I Luoghi della cura - online” del 2018, che riassume gli articoli pubblicati dedicati al personale delle RSA, ma più sul

⁽¹⁾ Se riferito ai 412.000 posti di RSA del 2017 (ISTAT) <https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2020/goal3.pdf>, ci sarebbero circa 40.000 infermieri che lavorano nelle RSA; (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PRESIDI1) 1 ogni 10 residenti. Quindi se ogni infermiere lavora al suo massimo, 1760 ore anno = $(1760/365) = 4,8$ ore die = 288 minuti die.

versante di formazione e professionalità che su quello quantitativo (Guerrini, 2018).

È largamente diffusa l'opinione che la pandemia abbia ulteriormente aggravato la carenza di figure sanitarie in RSA. Al momento non vi sono dati italiani al riguardo. Dati aneddotici e non verificabili parlano di 9900 infermieri che hanno lasciato le RSA (dato al gennaio 2021; fonte: <https://www.agi.it/cronaca/news/2021-01-11/covid-infermieri-lasciano-rsa-10984128/>). La situazione in altri Paesi è variegata e non univoca. Negli USA viene riportata diminuzione di figure infermieristiche del 18,4% dalle oltre 11.000 Nursing Homes del Medicare (Xu, Intrator and Bowblis, 2020). Ma se riferito al 2020, almeno una settimana di grave carenza di personale è stata sperimentata dal 30% delle Nursing Homes, mentre il 46% ha sperimentato carenza di personale e di dispositivi di protezione individuale (Gibson e Greene, 2020).

5.2.2. *Telemedicina*

La pandemia e il suo impatto nelle RSA hanno comportato riflessioni importanti sulla necessità della cura medico-infermieristica, anche specialistica, nelle residenze e come questa non sia delegabile alle strutture esterne del Servizio Sanitario Nazionale, che hanno spesso lasciato sole le residenze per anziani. Oltre a far emergere la necessità di una maggior presenza medica nelle strutture, questo ha creato un rinnovato interesse per l'impiego della telemedicina per la cura dei residenti in RSA, come già avvenuto in altri tempi e luoghi in relazione alle epidemie (Ohanessian, 2015) e come auspicato per la popolazione generale (Holander e Carr, 2020).

Da notare però che già nel 2013 era stata pubblicata una meta-analisi di 22 articoli sul tema telemedicina e RSA, anche se fra essi vi era un solo studio randomizzato e controllato, e in generale molta eterogeneità e bassa qualità delle ricerche. Le esperienze riportate riguardavano: professioni sanitarie (5), dermatologia (3), medicina generale (4), neurologia (2), geriatria (1), psichiatria (4) e specialità multiple (3). Di questi, 17 avevano usato come strumento la videoconferenza (Edirippulige *et al.*, 2013).

Una interessante esperienza francese è riportata in un articolo del 2020 (Cormi *et al.*, 2020). Nella città di Troyes, e dintorni, durante la pandemia l'ospedale ha funzionato come "HuB" connesso a 36 strutture di ricovero per anziani non autosufficienti. Gli specialisti coinvolti sono stati endocrinologi, geriatri, chirurghi, cardiologi, neurologi e geronto-psichiatri. L'intervento in remoto aveva riguardato sia lo screening che il monitoraggio, anche giornaliero, dei residenti.

In relazione alla pandemia, ma solo come acceleratore e rivelatore della carenza di medici da impiegare nelle residenze, vi è una analisi fatta in Germania in una RSA con 99 residenti e 52 appartamenti protetti, visitati da più medici di medicina generale, e ben equipaggiata con hardware sia video che audio e con possibile trasmissione di ECG, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca e respiratoria (Ohligs *et al.*, 2020). La durata media dei teleconsulti medici con infermieri è stata di 5-6 minuti, che diventavano 15' in caso di registrazione di segni vitali. L'interazione era possibile anche con il paziente (soprattutto per la raccolta dell'anamnesi). Ogni aspetto dell'utilizzo, sia per efficienza che per efficacia, veniva giudicato positivo dai medici con percentuali oltre il 95%. Nella Tabella 8 uno schema dei vantaggi evidenziati da questa ricerca.

Tabella 8 - Benefici dalla Telemedicina in RSA per residenti e staff infermieristico e medico e per la gestione

Ruolo	Beneficio
Residente/paziente	Accesso al medico veloce e semplice
	Meno ospedalizzazioni
	Minori problemi per le visite specialistiche e gli esami diagnostici alle persone con demenza
	Miglioramento della qualità di cura
Infermiere	Ampliamento delle capacità mediche
	Possibilità di consultare il medico immediatamente, specie di notte in situazione di emergenza
	Facilitati nelle situazioni non chiare
	Non necessario il trasporto
Gestione assistenziale	Miglior qualità della cura medica
	Certezza legale per lo staff
	Caratteristica che aumenta la competitività della RSA
	Meno ospedalizzazioni = minori costi e minor perdita di entrate per l'assenza del residente
Medico	Consultazioni più frequenti
	Risparmio di tempo
	Risparmio di tempo e spese di viaggio

Fonte: modificato da Ohlrigs *et al.*, 2020.

Pubblicato nel 2020 ma riferito agli anni precedenti, un articolo sul giornale americano dei direttori medici riporta l'esperienza di telemedicina a Singapore tra un reparto di medicina geriatrica acuta e 8 residenze per anziani per un periodo di 6,5 anni, dal dicembre 2010 al maggio 2017. Nel periodo sono stati effettuati 673 teleconsulti condotti su 850 pazienti. Il novantacinque per cento delle consultazioni era programmato. I motivi principali per il rinvio al teleconsulto erano la revisione dei farmaci (47,6%) e i problemi comportamentali (22,1%). Le quattro comorbidità più comuni erano ipertensione (57,0%), demenza (40,0%),

diabete (39,0%) e iperlipidemia (38%). La diagnosi primaria più comune è stata la demenza (21,6%), di cui 62,8% con sintomi comportamentali (Low *et al.*, 2020).

Ancora in Francia, uno studio ha riportato dati qualitativi sulla accettabilità della telemedicina in RSA. Lo studio si riferisce alla revisione dei farmaci prescritti, visto il problema di poli-farmacoterapia presente nelle strutture di ricovero. I risultati dell'analisi sono sostanzialmente positivi (Costa *et al.*, 2021).

L'accettabilità delle consulenze specialistiche da parte di medici delle residenze era stata valutata nel 2018 (Driessen *et al.*, 2018). La quasi totalità degli intervistati concordava soprattutto sul fatto che la telemedicina poteva colmare le lacune rispetto ai servizi, e poteva migliorare la tempestività delle risposte di cura. Da notare che la telemedicina era presente solo nel 13% dei casi, mettendo in luce su questo un divario fra necessità e realizzazioni.

L'utilizzo della telemedicina trova oggi gran parte delle RSA impreparate sul piano della dotazione tecnologica, cui si aggiungono le difficoltà legate alla condizione dei residenti, caratterizzati da gravità clinica e alta quota di deterioramento cognitivo.

L'ambiente collettivo delle residenze per anziani non è di per sé predisposto né favorevole all'uso, pur utile e forse domani necessario, della telemedicina. Gli studi che hanno rilevato la situazione della Information Communication Technology (ICT) nelle RSA mostrano che il divario digitale non riguarda solo gli anziani ma anche le strutture di ricovero (Powell *et al.*, 2019). In una survey telefonica su 41 strutture degli USA, solo in 6 casi erano disponibili computer o tablet messi a disposizione dalla struttura (Moyle *et al.*, 2018).

Così fra il personale di cura solo il 53% considerava necessario utilizzare ICT per la comunicazione, ad esempio con i medici o i familiari, per le persone con demenza (O'Sullivan *et al.*, 2018).

In Europa, autori svizzeri hanno rilevato la situazione di oltre 940 residenti ultraottantenni in 20 strutture (Schlomann *et al.*, 2020). Risultò che il 21% di essi usava internet, tutti su propri strumenti, smartphone in maggioranza o tablet. Pur trattandosi di soggetti relativamente più giovani e in miglior salute, specie cognitiva, il 50% dichiarava di avere difficoltà nell'uso dello strumento digitale. Inoltre, benché l'86% delle strutture usasse internet per comunicare, solo il 3,9% aveva sperimentato una qualche forma di telemedicina.

Un punto importante dell'uso degli strumenti di comunicazione è quello del coinvolgimento della famiglia nella cura dei familiari residenti in RSA. Non vi sono dati sugli aspetti oggettivi e soggettivi che riguardino l'utilizzo di telemedicina e la sua accettabilità da parte dei familiari, cosa particolarmente importante per le persone con demenza. Ricerche precedenti sull'uso programmato del telefono per i familiari hanno comunque dato risultati molto positivi (Davis *et al.*, 2011), e sono in corso studi ben definiti che riguardano gli effetti dei nuovi strumenti di comunicazione (Gaugler *et al.*, 2020).

Vale la pena riportare le conclusioni di un articolo che tratta fatti e opinioni sul tema della telemedicina nelle RSA, dello stesso gruppo zurighese: "(...) L'attuale pandemia evidenzia le sfide di fornire ai residenti delle RSA un trattamento medico tempestivo durante il distanziamento fisico e il potenziale derivante dall'uso di routine della telemedicina nelle cure cliniche. Sebbene i benefici della telemedicina siano stati ampiamente riportati, il suo uso di routine e la sua valutazione sistematica per i residenti nelle RSA sono stati relativamente limitati. L'integrazione della telemedicina dipende da molti fattori complessi e correlati che devono essere affrontati per un'adozione di successo. A parte i requisiti tecnici, è altrettanto importante garantire che sia presente un'infrastruttura di supporto per sostenere i servizi di teleme-

dicina, che i sistemi siano interoperabili tra i fornitori di servizi, che i destinatari delle cure e il personale sia addestrato al suo utilizzo. Inoltre, che siano messe in atto procedure per garantire la fornitura sicura ed efficace delle cure, le responsabilità per la cura della telemedicina siano chiaramente articolate e siano disponibili finanziamenti per sostenere lo sforzo. L'attuale pandemia ci ha ricordato che i modelli di cura innovativi che includono la telemedicina possono essere utili, ma è urgente dedicare attenzione verso la predisposizione organizzativa ad adottare la telemedicina (...)" (Seifert, Batsis e Smith, 2020).

5.3. Assicurare la cura Assistenziale

5.3.1. Quantità di assistenza formale nelle RSA in Italia

Uno degli aspetti più importanti e più critici della complessiva efficacia della RSA è la presenza quantitativa e qualitativa del personale di cura e di sostegno alla vita quotidiana. Una residenza non può definirsi "assistenziale" se non garantisce la qualità di questo tipo di assistenza. I dati disponibili sulla situazione attuale del personale assistenziale, come per altri aspetti delle residenze, sono frammentari e non facili da reperire. Dal già citato lavoro su "I Luoghi della cura" del 2019 viene rilevato che, a fronte di un valore nazionale di 0,51 addetti per posto, la maggior parte delle regioni si colloca nella fascia tra 0,45 e 0,55. I dati sono riferiti al 2015 (Pelliccia, 2019). Aggiornati al 2018 vi sono 420.000 posti letto con 199.000 addetti all'assistenza (infermieri + ASA e OSS), con un rapporto di 0,47 addetto per posto letto. *Fonte:* (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PRESIDI1).

5.3.2. *Gli aspetti quantitativi dell'assistenza dalla letteratura internazionale*

Dai dati di confronto fra settori profit, no profit e pubblico in Europa, pubblicati in “Eurofound (2017), *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*, Publications Office of the European Union, Luxembourg”, si ricavano termini di comparazione interessanti (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/care-homes-for-older-europeans-public-for-profit-and-non-profit-providers>).

In Germania, nel 2013 il rapporto tra personale (equivalenti a tempo pieno) e utenti del servizio era molto simile in tutti e tre i tipi di fornitori: 0,57 “profit”, 0,58 “no profit” e 0,61 “public”. In Svezia il numero di dipendenti per residente, comunque fra i più alti in Europa, è significativamente più basso nel settore privato (0,80) rispetto alle case di cura pubbliche (0,90). In Francia il rapporto più alto è nelle case di cura pubbliche (0,66), seguite da case di cura private no profit (0,56) e profit (0,53). In Finlandia le medie del personale per residente sono molto simili in tutti i tipi di case di cura (poco sopra lo 0,6 nel 2014).

Dai dati USA, riportati nel già citato articolo di Harrington ((Harrington *et al.*, 2020), le ore di Nurse-Aid vanno da 2,80 a 3,60 die per residente. Per confrontare questi dati con quelli italiani riportati prima, considerando 40 ore settimanali di lavoro, il rapporto va da 0,49 a 0,63 assistente per residente/die. L'assistenza totale (infermieri + assistenti come OSS), come già riportato, risulta di 4,10-5,79 ore/die per residente, con un rapporto finale da 0,71 a 1,15.

La Commissione Federale USA – Nursing Home Medicare conclude per uno standard auspicabile per una assistenza di qualità accettabile di 1722 minuti/settimana/residente, con rapporto 1:0,82 (“Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios

in Nursing Homes” https://www.justice.gov/sites/default/files/elderjustice/legacy/2015/07/12/Appropriateness_of_Minimum_Nurse_Staffing_Ratios_in_Nursing_Homes.pdf).

Dai dati EU risulta che il personale di assistenza delle RSA sta rapidamente invecchiando: la percentuale degli addetti >50 è passata dal 28% del 2009 al 38% del 2019 (Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>).

All'interno del panorama internazionale delle nazioni sviluppate, l'Italia è il Paese con la più bassa presenza di addetti all'assistenza nelle residenze per anziani, sia complessivamente che relativamente agli infermieri e agli ASA OSS. Per fare un confronto, è un rapporto medio simile e anche inferiore a quello delle carceri italiane: ci sono stati nel 2017 circa 60.000 carcerati con 33.000 agenti di custodia effettivi (rapporto 1: 0,55) (Fonte: “Statistiche carceri e Polizia Penitenziaria online” https://www.penitenziaria.it/statistiche_carcere_polizia_penitenziaria.asp).

Il livello degli addetti all'assistenza non ha mancato di avere effetti anche sulla morbilità e mortalità da Covid-19 nelle residenze. Laddove il rapporto fra numerosità del personale ed effetti della pandemia nella residenza è stato studiato, le conclusioni sono state: “(...) La prevalenza di Covid-19 nel territorio rimane il più forte fattore predittivo per il numero di casi e di morti nelle Nursing Homes, (...) ma un numero più alto di ore di OSS e di infermieri contribuisce a contenere sia il numero di casi che quello dei morti (...)” (Gorges e Konetzka, 2020).

5.3.3. *Familiari e volontari*

L'assistenza informale agli anziani non autosufficienti è stata oggetto di un rapporto molto ampio e documentato pubblicato dall'OCSE nel luglio 2022 (Rocard and Llena-Nozal, 2022). Si tratta di un documento corposo ben commentato in articoli italiani (Menghini, 2022). Nel documento però non ci si occupa dell'assistenza informale per le persone residenti in RSA. L'argomento viene solo sfiorato trattando dei ricoveri temporanei come aiuto per caregivers informali.

Certamente una parte importante dell'attività di volontariato viene svolta all'interno delle residenze, ma non vi sono studi disponibili per valutarne la effettiva consistenza, che dovrebbe essere separata e diversa da quella fornita dai familiari. Infatti abbiamo dalla letteratura internazionale solo dati che riguardano in generale la cura informale. Ad esempio dai dati dell'Heath and Retirement Study (2016) e dal National Health and Aging Trends Study (2015), è stata prodotta una ricerca (Coe and Werner, 2022) che, con numeri consistenti, dimostra che:

- il caregiving informale non si interrompe con il ricovero in residenza;
- la presenza della cura informale nelle Nursing Home è significativa e pari o superiore a quella fornita a domicilio. Ad esempio riceveva aiuto informale per la mobilità il 64% dei non autosufficienti a domicilio e il 71% dei residenti in Nursing Home; per l'aiuto ad alimentarsi l'81% a domicilio e l'86% nelle Nursing Home (la percentuale è riferita solo alla quota di chi aveva bisogno di aiuto, che ad esempio per l'alimentazione era il 3% a casa e il 40% in Nursing Home). Così praticamente per tutte le necessità quotidiane, nelle Nursing Home era più alta la quota di chi aveva bisogno di aiuto, ma anche più alta la quota di intervento informale.

La presenza dei familiari è un elemento fondamentale per la qualità di vita dei residenti. In Italia il 14% della popolazione è impegnato in attività di cura nei confronti di un familiare fragile, in valori assoluti sono oltre 7 milioni gli italiani che prestano attività di cura a lungo termine (Menghini, 2021). Il caregiving dei familiari all'interno delle residenze resta fuori dall'attenzione di chi si occupa del tema, almeno in Italia. D'altra parte la presenza dei familiari in RSA va oltre il caregiving, coinvolgendo aspetti affettivi e di continuità della rete relazionale che è alla base del mantenimento di un progetto di vita anche da residente in struttura di ricovero, come ben ha messo in evidenza, sia pure negativamente, l'impatto del distanziamento durante la fase acuta della pandemia (Avancini, Bertoglio, 2021).

La necessità di rivalutare la presenza dei familiari nelle RSA incontra oggi molti ostacoli, che per il futuro andrebbero rimossi. Primo, nella progettazione strutturale delle residenze la presenza dei familiari non viene mai considerata. Non si crea uno spazio che consenta una reale accoglienza nei loro confronti. Le ricerche hanno costantemente dimostrato che i familiari continuano a fornire supporto emotivo e personale anche dopo che i loro cari si sono trasferiti in una residenza (Gaugler, 2005), contraddicendo l'idea che i parenti abbandonino il loro ruolo di caregiver dopo questo passaggio. Tuttavia, in questi contesti spesso sperimentano situazioni ambivalenti: da una parte adottano ruoli che contribuiscono al benessere fisico e psicosociale dei loro parenti, ma dall'altra sperimentano livelli aumentati di stress. Tali aspetti contraddittori si superano con un'effettiva inclusione del familiare nel progetto di cura e di vita della residenza (Puurveen, Baumbusch e Gandhi, 2018). Nella maggior parte delle strutture, però, non esiste uno spazio predisposto per le relazioni con i familiari, che si sentiranno quindi sempre esclusi ed estranei. Domina la logica del "posto letto", espressione che definisce uno spazio priva-

to pensato per la malattia e che esclude ogni progetto di vita, personale e relazionale.

Secondo, le procedure di ricovero spesso sono troppo semplificate e allineate a un'impostazione di tipo burocratico e anamnestico-clinico che ha finito per contagiare anche molte schede "sociali" di raccolta dati. Quella che viene messa in atto, per l'appunto, è una raccolta dati e non un vero investimento sullo scambio, sul ricevere aiuti e suggerimenti da chi ha già assistito a casa, spesso per un lungo periodo, il nuovo residente. Occorre sapere che certi momenti sono irripetibili, i primi giorni sono il terreno fertile per un imprinting simile a quello dei primi anni di vita. È in questa fase irripetibile che si gioca la capacità di cura e di accoglienza di una struttura di ricovero in tutti i suoi componenti. La valorizzazione della persona e delle sue relazioni significative, allora, è più importante della lista delle malattie e dei farmaci (Vigorelli, Bareggi, Piccaluga, Cocco, De Lorenzi, Martinenghi e Gianelli, 2019).

Molti di questi aspetti sono stati esaminati da Gaugler e Mitchell alla luce delle ricerche pubblicate sul tema del coinvolgimento dei familiari nei servizi di cure a lungo termine e riproposti in un ampio articolo di revisione e sintesi che mette in luce l'importanza della presenza della famiglia per la qualità di vita dei residenti, con miglioramenti misurabili dei parametri funzionali e di benessere. Nelle raccomandazioni gli autori evidenziano l'importanza di coinvolgere i familiari anche nella programmazione e gestione dei servizi di cura (Gaugler e Mitchell, 2022).

6. Considerazioni finali

Le RSA stanno indubbiamente attraversando un periodo di grande difficoltà, che si riflette su più versanti: dai problemi economici alle difficoltà di reperire personale qualificato per l'assistenza, dalla rimotivazione di chi vi opera alla bassa considerazione sociale di queste strutture. Queste indubbe gravi difficoltà a parere nostro non si superano con una logica difensiva che miri a mantenere uno "status quo". Le RSA scontano anche una storia che non è solo luci e successi, ma è anche fatta di ritardi strutturali e di incapacità gestionali che hanno riguardato una loro parte minoritaria ma non irrilevante. Questa crisi quindi può rappresentare anche una opportunità per uscire da questa storia pesante e riportare verso un punto più alto lo status di questi benemeriti luoghi della cura degli anziani. La ricostruzione passa attraverso molti percorsi, nessuno dei quali può essere trascurato. Proprio perché le RSA sono strutture ad alta complessità, dove i residenti convivono con chi vi opera, e loro tutti insieme devono essere aperti alle relazioni parentali e sociali del tessuto socio-relazionale di cui fanno parte, nessun aspetto è irrilevante. Per questo gli aspetti "strutturali" di cui qui ci siamo occupati sono così importanti. Forse nella breve degenza ospedaliera la carenza di spazi privati o la scarsa qualità del cibo possono essere considerati elementi, ancorché negativi, accessori rispetto alla cura, ma non in RSA dove le persone devono poter essere adeguatamente curate senza rinunciare a tutti gli aspetti di qualità del proprio progetto di vita. Per di più, la vita e la cura nelle RSA devono trovare il loro spazio nelle condizioni contestuali e personali più difficili. I

residenti si trovano in una fase critica della loro vita, avendo perso gran parte della propria autonomia fisica e psichica, le residenze vivono un quotidiano caratterizzato da sempre da una ristrettezza di risorse alle volte disperante. Eppure è proprio questa difficoltà che rende senza alternative la ricerca di soluzioni migliori, innovative e capaci di costruire luoghi di cura non solo efficienti e di qualità, ma addirittura attraenti per chi vi risiede, chi vi opera e per la società tutta.

Bibliografia

- AHMED A. *et al.* (2006), "Geriatric heart failure, depression, and nursing home admission: An observational study using propensity score analysis", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10). doi: 10.1097/01.JGP.0000209639.30899.72.
- ANDREOLI V., CASSANO G.B., ROSS R. (2007), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4ª ed., Raffaello Cortina, Milano.
- AUER S.R. *et al.* (2018), "Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: Results from the DEMDATA project", *BMC Geriatrics*, 18(1). doi: 10.1186/s12877-018-0870-8.
- AVANCINI G., BERTOGLIO C., NOTARI G. (2021), "Il rapporto tra gli anziani che vivono in struttura e le loro famiglie: le conseguenze del Covid-19", *I Luoghi della cura*, (4). Available at: <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzial-ita/2021/09/il-rapporto-tra-gli-anziani-che-vivono-in-struttura-e-le-loro-famiglie-le-conseguenze-del-covid-19/>.
- BAI D.L. e HSU Y.L. (2020), "An internet of things patient care system on inpatient fall prevention and the care quality", *Gerontechnology*, 19(s). doi: 10.4017/gt.2020.19.s.80001.
- BARNETT M.L., WAKEN R.J., ZHENG J., ORAV E.J., EPSTEIN AM., GRABOWSKI D.C. e JOYNT MADDOX K.E. (2022), "Changes in Health and Quality of Life in US Skilled Nursing Facilities by Covid-19 Exposure Status in 2020", *JAMA - Journal of the American Medical Association*. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.15071>.
- BATMANI S. *et al.* (2021), "Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies", *BMC Geriatrics*, 21(1). doi: 10.1186/s12877-021-02135-8.

- BECKER C. *et al.* (2003), "Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents", *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3). doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.511103.x.
- BENGTSSON A. e CARLSSON G. (2013), "Outdoor environments at three nursing homes-qualitative interviews with residents and next of kin", *Urban Forestry and Urban Greening*, 12(3). doi: 10.1016/j.ufug.2013.03.008.
- BILOTTA C., NICOLINI P. e VERGANI C. (2009), "Quality of private personal care for elderly people in Italy living at home with disabilities: Risk of nursing home placement at a 1-year follow-up", *Health and Social Care in the Community*. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00853.x.
- BJÖRK S. *et al.* (2016), "Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; A cross-sectional study", *BMC Geriatrics*, 16(1). doi: 10.1186/s12877-016-0328-9.
- BLACK B.S., RABINS P.V. e GERMAN P.S. (1999), "Predictors of nursing home placement among elderly public housing residents", *Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/39.5.559.
- BONDEVIK G.T. *et al.* (2017), "Patient safety culture in Norwegian nursing homes", *BMC Health Services Research*, 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2387-9.
- BRAUNER D. *et al.* (2018), "Aging & Health: Does nursing home compare reflect patient safety in nursing homes?", *Health Affairs*, 37(11). doi: 10.1377/hlthaff.2018.0721.
- BROWN K.A. *et al.* (2021), "Association Between Nursing Home Crowding and Covid-19 Infection and Mortality in Ontario, Canada Supplemental content", *JAMA Intern Med*, 181(2), pp. 229-236. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.6466.
- CALKINS M. e CASSELLA C. (2007), "Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes", *Gerontologist*, 47(2). doi: 10.1093/geront/47.2.169.
- CAMMISULI D.M., CIPRIANI G. e CASTELNUOVO G. (2022), "Technological Solutions for Diagnosis, Management and Treatment of Alzheimer's Disease-Related Symptoms: A Structured Review of the Recent Scientific Literature", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi: 10.3390/ijerph19053122.

- CASTALDO A., ZANETTI E.S., NOBILI A. et al. (2022), "Food intake and prevalence of malnutrition in nursing homes. A multicenter observational study", *Journal of Gerontology and Geriatrics*, online fir. doi: 10.36150/2499-6564-N497.
- CHAN D.C. et al. (2003), "Presence of behavioral and psychological symptoms predicts nursing home placement in community-dwelling elders with cognitive impairment in univariate but not multivariate analysis", *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(6). doi: 10.1093/gerona/58.6.m548.
- CHERUBINI A. et al. (2012), "Underrecognition and Undertreatment of Dementia in Italian Nursing Homes", *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(8), pp. 759.e7-759.e13. Available at: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S1525861012001661>.
- CLEMENS S. et al. (2021), "The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008-2020", *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104036.
- COE N.B. e WERNER R.M. (2022), "Informal Caregivers Provide Considerable Front-Line Support In Residential Care Facilities And Nursing Homes", *Health affairs (Project Hope)*, 41(1). doi: 10.1377/hlthaff.2021.01239.
- COHEN-MANSFIELD J. e WIRTZ P.W. (2009), "The reasons for nursing home entry in an adult day care population: Caregiver reports versus regression results", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. doi: 10.1177/0891988709335799.
- COHEN-MANSFIELD J. e WIRTZ P.W. (2011), "Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter?", *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi: 10.1016/j.archger.2010.12.009.
- COHN J.A. et al. (2018), "Health literacy, cognition, and urinary incontinence among geriatric inpatients discharged to skilled nursing facilities", *Neurourology and Urodynamics*, 37(2). doi: 10.1002/nau.23368.
- COLOMBO M., CARELLA G., COTTINO M., PREVIDERÈ G., GANDOLFI C., FERRARI D., G. A. (2005), "Fattori predittivi della dimissione in RSA dal reparto di riabilitazione geriatrica: studio con analisi discriminante", *G. Gerontol.* 53 (S2), 53(S2), p. A17.
- COLOMBO M., FATTORE G., LOMBARDI F., VITALI S., FRIGERIO S., ANTRONACO G. (2019), "Evoluzione nelle caratteristiche demografiche e clinico-assistenziali degli

- assistiti presso 3 RSA di una Azienda di Servizi alla Persona lombarda”, in *Atti Congressuali 64° Congresso SIGG: Roma*, pp. 198-99.
- CONN D. e THORPE L. (2007), “Assessment of Behavioural and Psychological Symptoms Associated with Dementia”, *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques*. doi: 10.1017/s0317167100005606.
- COONEY A. (2012), “‘Finding home’: A grounded theory on how older people ‘find home’ in Long-term care settings”, *International Journal of Older People Nursing*, 7(3). doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x.
- CORMI C. et al. (2020), “Telemedicine in nursing homes during the Covid-19 outbreak: A star is born (again)”, *Geriatrics and Gerontology International*. doi: 10.1111/ggi.13934.
- COSTA M. et al. (2021), “Acceptability of a novel telemedication review for older adults in nursing homes in France: a qualitative study”, *Clinical Interventions in Aging*, 16. doi: 10.2147/CIA.S283496.
- CRONIN-GOLOMB A. et al. (2000), “Facial frequency manipulation normalizes face discrimination in AD”, *Neurology*. doi: 10.1212/WNL.54.12.2316.
- CUMMINGS J.L. (1994), “Vascular subcortical dementias: Clinical aspects”, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 5(3-4). doi: 10.1159/000106718.
- DAVIS J.D. et al. (2011), “A telephone-delivered psychosocial intervention improves dementia caregiver adjustment following nursing home placement”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4). doi: 10.1002/gps.2537.
- DAVISON T.E. et al. (2007) “The prevalence and recognition of major depression among low-level aged care residents with and without cognitive impairment”, *Aging and Mental Health*, 11(1). doi: 10.1080/13607860600736109.
- DESFORGES J.F., LIBOW L.S. e STARER P. (1989), “Care of the Nursing Home Patient”, *New England Journal of Medicine*, 321(2). doi: 10.1056/nejm198907133210206.
- DETWELER M.B. et al. (2009), “Scheduled medications and falls in dementia patients utilizing a wander garden”, *American Journal of Alzheimer’s Disease and other Dementias*, 24(4). doi: 10.1177/1533317509334036.
- DE VUGT M.E. et al. (2005), “A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia”, *International Psychogeriatrics*. doi: 10.1017/S1041610205002292.

- DORAISWAMY P.M. *et al.* (2002), 'Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease', *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. doi: 10.1093/gerona/57.3.M173.
- DRIESSEN J. *et al.* (2018), "Nursing Home Provider Perceptions of Telemedicine for Providing Specialty Consults", *Telemedicine and e-Health*. doi: 10.1089/tmj.2017.0076.
- DUAN-PORTER W. *et al.* (2020) "Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments - a Systematic Review of Reviews", *Journal of General Internal Medicine*. doi: 10.1007/s11606-019-05568-5.
- DUNNE T.E. *et al.* (2004), "Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease", *Clinical Nutrition*. doi: 10.1016/j.clnu.2003.09.015.
- DIRIPPULIGE S. *et al.* (2013), "A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities", *Journal of Telemedicine and Telecare*. doi: 10.1177/1357633X13483256.
- FARRÉS-GODAYOL P. *et al.* (2022) "Urinary Incontinence and Its Association with Physical and Psycho-Cognitive Factors: A Cross-Sectional Study in Older People Living in Nursing Homes", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). doi: 10.3390/ijerph19031500.
- FLATHARTA T. e MULKERRIN E.C. (2020), "Back to Basics: Giant Challenges to Addressing Isaac's 'Geriatric Giants' Post Covid-19 Crisis", *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(7). doi: 10.1007/s12603-020-1425-1.
- FORNARO M. *et al.* (2020), "Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: Systematic review and meta-analysis", *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.2019.5.
- FREEDMAN A. e NICOLLE J. (2020), "Social isolation and loneliness: The new geriatric giants Approach for primary care", *Canadian Family Physician*.
- GAUGLER J.E. (2005), "Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review", *Aging and Mental Health*, pp. 105-118. doi: 10.1080/13607860412331310245.
- GAUGLER J.E. e MITCHELL L.L. (2022), "Reimagining Family Involvement in Residential Long-Term Care", *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), pp. 235-240. doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.022.

- GAUGLER J.E. *et al.* (2020), "The ResidentialCare Transition Module: A single-blinded randomized controlled evaluation of a telehealth support intervention for family caregivers of persons with dementia living in residential long-term care", *BMC Geriatrics*, 20(1). doi: 10.1186/s12877-020-01542-7.
- GENTILI S. *et al.* (2022), "Admission to the Long-Term Care Facilities and Institutionalization Rate in Community-Dwelling Frail Adults: An Observational Longitudinal Cohort Study", *Healthcare (Switzerland)*, 10(2). doi: 10.3390/healthcare10020317.
- GIBSON D.M. e GREENE J. (2020), "State Actions and Shortages of Personal Protective Equipment and Staff in U.S. Nursing Homes", *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12). doi: 10.1111/jgs.16883.
- GOBBI P., CASTALDO A., GIUDICI S., MANTOVANI S., GAZZOLA G. (2008), "Infermieri in RSA: responsabilità e competenze. I risultati dello studio qualitativo condotto dal Collegio IPASVI di Milano - Lodi", *I Luoghi della cura*, VI(2), pp. 27-32.
- GORGES R.J. e KONETZKA R.T. (2020), "Staffing Levels and Covid-19 Cases and Outbreaks in U.S. Nursing Homes", *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11). doi: 10.1111/jgs.16787.
- GREINER M.A. *et al.* (2014), "Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants", *The American journal of managed care*, 20(12).
- GUAITA A. (2002), *La RSA come protesi di sostegno del benessere degli anziani*, in TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, pp. 517-30.
- GUAITA A. (2021), *I servizi residenziali(I). Guardare indietro per andare avanti*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° rapporto 2020/21. Punto di non ritorno*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 53-55.
- GUAITA A. *et al.* (2014), "Exploring the use of two different gardens by residents in a special care unit for people with dementia", in FARINA E. (a cura di), *Non-Pharmacological Therapies in Different Types of Dementia and Mild Cognitive Impairment: A Wide Perspective from Theory to Practice*. Nova Publisher, pp. 15-30.

- GUAITA A. e JONES M. (2011), "A 'prosthetic' approach for individuals with dementia?", *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 305(4). doi: 10.1001/jama.2011.28.
- GUERRINI G.B. (2018), "Le RSA – Prima parte: il personale", *I luoghi della cura*, (1). Available at: <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2018/06/le-rsa-prima-parte-il-personale/?pdf>.
- GURWITZ J.H. et al. (1994), "The Epidemiology of Adverse and Unexpected Events in the Long-Term Care Setting", *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(1). doi: 10.1111/j.1532-5415.1994.tb06070.x.
- HALM E.A. et al. (2002), "Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia", *Archives of Internal Medicine*. doi: 10.1001/archinte.162.11.1278.
- HANLON J.T. et al. (2017), "Central Nervous System Medication Burden and Serious Falls in Older Nursing Home Residents", *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6). doi: 10.1111/jgs.14759.
- HANRATTY B. et al. (2018), "Loneliness as a risk factor for care home admission in the English longitudinal study of ageing", *Age and Ageing*. doi: 10.1093/ageing/afy095.
- HARRINGTON C. et al. (2020), "Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes", *Health Services Insights*, 13. doi: 10.1177/1178632920934785.
- HARRIS Y. (2007), "Depression as a Risk Factor for Nursing Home Admission Among Older Individuals", *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1). doi: 10.1016/j.jamda.2006.06.005.
- HARRISON S.L. et al. (2020), "Residential Respite Care Use Is Associated With Fewer Overall Days in Residential Aged Care", *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., 21(5), pp. 653-659.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2019.08.023.
- HARTMANN C.W. et al. (2021), "De-implementing and sustaining an intervention to eliminate nursing home resident bed and chair alarms: interviews on leadership and staff perspectives", *Implementation Science Communications*, 2(1). doi: 10.1186/s43058-021-00195-w.
- HOEDL M., BAUER S., EGLSEER D., EVERINK I., GORDON A.L., LOHRMANN C., SAKA B., SCHOLS J.M.G.A., SELVEDINA O. (2022), "Urinary incontinence prevalence and management in nursing homes in Austria, the Netherlands, Turkey and

- the United Kingdom: A multi-site, cross-sectional study", *Arch Gerontol Geriatr*. doi: 10.1016/j.archger.2022.104779.
- HOLLANDER J.E. e CARR B.G. (2020), "Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19", *New England Journal of Medicine*, 382(18). doi: 10.1056/nejmp2003539.
- HONINX E. *et al.* (2019), "Dying in long-term care facilities in Europe: The PACE epidemiological study of deceased residents in six countries", *BMC Public Health*, 19(1). doi: 10.1186/s12889-019-7532-4.
- HOOVER D.R. *et al.* (2010), "Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A.", *International Psychogeriatrics*, 22(7). doi: 10.1017/S1041610210000578.
- HUANG P. *et al.* (2021), "Urinary Incontinence Is Associated With Increased All-Cause Mortality in Older Nursing Home Residents: A Meta-Analysis", *Journal of Nursing Scholarship*, 53(5). doi: 10.1111/jnu.12671.
- HUTER K. *et al.* (2020), "Effectiveness of digital technologies to support nursing care: Results of a scoping review", *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. doi: 10.2147/JMDH.S286193.
- ICKOWICZ E. (2003), "Consensus statement on improving the Quality of Mental Health Care in U.S. Nursing Homes: Management of depression and behavioral symptoms associated with dementia", *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51415.x.
- KOHLER M. *et al.* (2018), "Incontinence in nursing home residents with dementia: Influence of an educational program and nursing case conferences", *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 51(1).
- KOJIMA G. (2018), "Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis", *Journal of Geriatric Physical Therapy*. doi: 10.1519/JPT.0000000000000097.
- KRASILNIKOVA E., ZHURAVLEVA I. e ZAIKA I. (2021), "Landscape code for therapeutic gardens and therapeutic landscapes", *Project Baikal*, (70). doi: 10.51461/PROJECTBAIKAL.70.1900.
- LEVIN C.A. *et al.* (2007), "Prevalence and Treatment of Diagnosed Depression among Elderly Nursing Home Residents in Ohio", *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9). doi: 10.1016/j.jamda.2007.07.010.

- LOPEZ S., SIBILANO A., CASTELLI M., COLOMBO R., ANSELMI E., GUAITA A. (2008), "La complessità e l'instabilità clinica in RSA", *G Geront*, 61, pp. 490-91.
- LORD S.R. et al. (2003), "Differing Risk Factors for Falls in Nursing Home and Intermediate-Care Residents Who Can and Cannot Stand Unaided", *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11). doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51518.x.
- LOW J.A. et al. (2020), "The Nuts and Bolts of Utilizing Telemedicine in Nursing Homes – The GeriCare@North Experience", *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(8). doi: 10.1016/j.jamda.2020.04.014.
- LUPPA M. et al. (2009), "Gender differences in predictors of nursing home placement in the elderly: A systematic review", *International Psychogeriatrics*. doi: 10.1017/S1041610209990238.
- MATIAS-GUIU J.A., PYTEL V. e MATIAS-GUIU J. (2020), "Death Rate Due to Covid-19 in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia", *Journal of Alzheimer's Disease*, 78(2). doi: 10.3233/JAD-200940.
- MATTHEWS F.E. et al. (2013), "A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: Results of the cognitive function and ageing study I and II", *The Lancet*, 382(9902). doi: 10.1016/S0140-6736(13)61570-6.
- MAUST D.T. et al. (2018), "Association of the centers for medicare & medicaid services' national partnership to improve dementia care with the use of antipsychotics and other psychotropics in long-term care in the United States from 2009 to 2014", *JAMA Internal Medicine*, 178(5). doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0379.
- MENGHINI V. (2021), "I caregivers familiari in Italia: intervista a Loredana Ligabue", *I Luoghi della cura*, (5). Available at: <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2021/12/i-caregivers-familiari-in-italia-intervista-a-loredana-ligabue/?pdf>.
- MENGHINI V. (2022), "Sostegni concreti ai caregivers informali nei Paesi OECD: le evidenze del Rapporto 'Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind'", *I Luoghi della cura*, (3).
- MILLER E.A. e WEISSERT W.G. (2000), "Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment,

- and mortality: A synthesis", *Medical Care Research and Review*. doi: 10.1177/107755870005700301.
- MITCHELL A.J. e KAKKADASAM V. (2011), "Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes - A meta-analysis of routine clinical accuracy", *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), pp. 359-368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012.
- MORLEY J.E. (2016), "Frailty and sarcopenia: The new geriatric giants", *Revista de Investigacion Clinica*, 68(2).
- MOYLE W. et al. (2018), "'We don't even have Wi-Fi'. descriptive study exploring current use and availability of communication technologies in residential aged care", *Contemporary Nurse*, 54(1). doi: 10.1080/10376178.2017.1411203.
- MURPHY J. e ISAACS B. (1982), "The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients", *Gerontology*, 28(4). doi: 10.1159/000212543.
- MURRONI V. et al. (2021), "Effectiveness of therapeutic gardens for people with dementia: A systematic review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi: 10.3390/ijerph18189595.
- MUSA M.K. et al. (2019), "The Prevalence, Incidence, and Correlates of Fecal Incontinence Among Older People Residing in Care Homes: A Systematic Review", *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: 10.1016/j.jamda.2019.03.033.
- NAKREM S. et al. (2013), "'Ambiguities: Residents' experience of 'nursing home as my home'", *International Journal of Older People Nursing*, 8(3). doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x.
- NEARGARDER S.A. et al. (2003), "The impact of acuity on performance of four clinical measures of contrast sensitivity in Alzheimer's disease", *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. doi: 10.1093/geronb/58.1.P54.
- NEWTON R. et al. (2021), "'My father is a gardener... ': A systematic narrative review on access and use of the garden by people living with dementia", *Health and Place*. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102516.
- NYGAARD A. et al. (2020), "What matters to you when the nursing is your home: A qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes", *BMC Geriatrics*, 20(1). doi: 10.1186/s12877-020-01612-w.

- O'SULLIVAN J.L. *et al.* (2018), "Exploring attitudes of healthcare professionals towards ICT-based interventions for nursing home residents with dementia: A mixed-methods approach", *Contemporary Nurse*, 54(1). doi: 10.1080/10376178.2017.1421087.
- OFFERMANS M.P.W. *et al.* (2009), "Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: A systematic review", *Neurourology and Urodynamics*. doi: 10.1002/nau.20668.
- OH A. *et al.* (2019), "Social Support and Patterns of Institutionalization Among Older Adults: A Longitudinal Study", *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12). doi: 10.1111/jgs.16184.
- OHANNESSIAN R. (2015), "Telemedicine: Potential applications in epidemic situations", *European Research in Telemedicine*, 4(3). doi: 10.1016/j.eur-tel.2015.08.002.
- OHLIGS M. *et al.* (2020), "Employment of telemedicine in nursing homes: Clinical requirement analysis, system development and first test results", *Clinical Interventions in Aging*, 15. doi: 10.2147/CIA.S260098.
- ONDER G. *et al.* (2007), "Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: Results from the Aged in Home Care (AdHOC) study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(9). doi: 10.4088/jcp.v68n0910.
- ONDER G. *et al.* (2012), "Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study", *BMC Health Services Research*, 12(1). doi: 10.1186/1472-6963-12-5.
- OUSLANDER J.G. e KANE R.L. (1984), "The costs of urinary incontinence in nursing homes", *Medical Care*, 22(1). doi: 10.1097/00005650-198401000-00006.
- OWSLEY C. *et al.* (2007), "Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents", *Archives of Ophthalmology*, 125(11). doi: 10.1001/archophth.125.11.1471.
- PADRÓN-MONEDERO A. *et al.* (2020), "Falls and long-term survival among older adults residing in care homes", *PLoS ONE*, 15(5). doi: 10.1371/journal.pone.0231618.
- PAYNE D. (2020), "Managing incontinence in people with dementia", *British Journal of Community Nursing*, 25(9). doi: 10.12968/bjcn.2020.25.9.430.

- PELLICCIA L. (2019), "Presidi residenziali per anziani: quali figure professionali operano nelle varie regioni?", *I Luoghi della cura*, (1). Available at: <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/12/presidi-residenziali-per-anziani-quali-figure-professionali-operano-nelle-varie-regioni/?pdf>.
- POWELL K.R. *et al.* (2019), "A National Assessment of Access to Technology Among Nursing Home Residents: A Secondary Analysis", *JMIR Aging*, 2(1), p. e11449. doi: 10.2196/11449.
- PUURVEEN G., BAUMBUSCH J. e GANDHI P. (2018), "From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: A Critical Interpretive Synthesis", *Journal of Family Nursing*, 24(1). doi: 10.1177/1074840718754314.
- RASKE M. (2010), "Nursing home quality of life: Study of an enabling garden", *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4). doi: 10.1080/01634371003741482.
- REE E. e WIIG S. (2019) "'Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services", *BMC Health Services Research*, 19(1). doi: 10.1186/s12913-019-4456-8.
- RIJNAARD M.D. *et al.* (2016), "The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents", *Journal of Aging Research*. doi: 10.1155/2016/6143645.
- ROCARD E. e LLENA-NOZAL A. (2022), "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind", *OECD Health Working Papers*, (140). Available at: <https://dx.doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.
- ROLLAND Y. *et al.* (2013), "Predictors of decline in walking ability in community-dwelling Alzheimer's disease patients: Results from the 4-years prospective REAL.FR study", *Alzheimer's Research and Therapy*, 5(5). doi: 10.1186/alzrt216.
- RYSKINA K.L., KONETZKA R.T. e WERNER R.M. (2018), "Association between 5-star nursing home report card ratings and potentially preventable hospitalizations", *Inquiry (United States)*, 55. doi: 10.1177/0046958018787323.
- SANFORD A.M. *et al.* (2015), "An International Definition for 'Nursing Home'", *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3). doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.013.
- SCHLOMANN A. *et al.* (2020), "Assistive Technology and Mobile ICT Usage Among Oldest-Old Cohorts: Comparison of the Oldest-Old in Private

- Homes and in Long-Term Care Facilities", *Research on Aging*, 42(5–6). doi: 10.1177/0164027520911286.
- SEIFERT A., BATSIS J.A. e SMITH A.C. (2020), "Telemedicine in Long-Term Care Facilities During and Beyond Covid-19: Challenges Caused by the Digital Divide", *Frontiers in Public Health*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.601595.
- SHAW F.E. (2002), "Falls in cognitive impairment and dementia", *Clinics in Geriatric Medicine*. doi: 10.1016/S0749-0690(02)00003-4.
- SIMNING A. e SIMONS K.V. (2017), "Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: A systematic review", *International Psychogeriatrics*. doi: 10.1017/S1041610216001733.
- SMALBRUGGE M. et al. (2006), "Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12). doi: 10.1097/01.JGP.0000224605.37317.88.
- SMITH E.R. e STEVENS A.B. (2009), "Predictors of Discharges to a Nursing Home in a Hospital-Based Cohort", *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: 10.1016/j.jamda.2009.06.003.
- SPLSBURY K. et al. (2011), "The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review", *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014.
- SUTCLIFFE C. et al. (2000), "A new version of the Geriatric Depression Scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R)", *International Psychogeriatrics*, 12(2). doi: 10.1017/S104161020000630X.
- TANUSEPUTRO P. et al. (2017), "Level of Need, Divertibility, and Outcomes of Newly Admitted Nursing Home Residents", *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7). doi: 10.1016/j.jamda.2017.02.008.
- THANESHWARI et al. (2018), "Therapeutic gardens in healthcare: A review", *Annals of Biology*, 34(2), pp. 162-166.
- TOOT S. et al. (2017) "Causes of nursing home placement for older people with dementia: A systematic review and meta-analysis", *International Psychogeriatrics*. doi: 10.1017/S1041610216001654.
- TRABUCCHI M. (2018), *RSA. Strategie e tattiche per il governo*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

- TRETTETEIG S., VATNE S. e ROKSTAD A.M.M. (2016), "The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: An integrative review of the literature", *Aging and Mental Health*, 20(5). doi: 10.1080/13607863.2015.1023765.
- ULBRICHT C.M. *et al.* (2017), "Depression and cognitive impairment among newly admitted nursing home residents in the USA", in *International Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.4723.
- UWAJEH P.C., IYENDO T.O. e POLAY M. (2019), "Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review", *Explore*. doi: 10.1016/j.explore.2019.05.002.
- VIGORELLI P., BAREGGI M.P., PICCALUGA L., COCCO A., DE LORENZI E., MARTINENGHI G., GIANELLI M.V., NOBILI A. (2019), "Studio qualitativo di fattibilità di un colloquio d'accoglienza di nuovi ospiti in strutture per anziani, basato sull'ApproccioCapacitante®", *I Luoghi della cura*. Available at: <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/01/studio-qualitativo-di-fattibilita-di-un-colloquio-daccoglienza-di-nuovi-ospiti-in-strutture-per-anziani-basato-sullapprocciocapacitante/>.
- VLAEYEN E. *et al.* (2021), "Predicting Falls in Nursing Homes: A Prospective Multicenter Cohort Study Comparing Fall History, Staff Clinical Judgment, the Care Home Falls Screen, and the Fall Risk Classification Algorithm", *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2). doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.037.
- VOORHAAR M. (2016), "True doors: A story behind the street door", *Gerontechnology*, 14(3). doi: 10.4017/gt.2016.14.3.003.00.
- WALID M. (2009), "Prevalence of Urinary Incontinence in Female Residents of American Nursing Homes and Association with Neuropsychiatric Disorders", *Journal of Clinical Medicine Research*. doi: 10.4021/jocmr2009.04.1232.
- WANG S.Y. *et al.* (2013), "Not just specific diseases: Systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission", *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi: 10.1016/j.archger.2013.03.007.

- WEST C.G. *et al.* (2002), "Is vision function related to physical functional ability in older adults?", *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50019.x.
- WHEAR R. *et al.* (2014), "What Is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence", *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: 10.1016/j.jamda.2014.05.013.
- XU D. e KANE R.L. (2013), "Effect of urinary incontinence on older nursing home residents' self-reported quality of life", *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9). doi: 10.1111/jgs.12408.
- XU H., INTRATOR O. e BOWBLIS J.R. (2020), "Shortages of Staff in Nursing Homes During the Covid-19 Pandemic: What are the Driving Factors?", *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(10). doi: 10.1016/j.jamda.2020.08.002.
- YUAN Y. *et al.* (2021), "Changes in depressive symptoms and cognitive impairment in older long-stay nursing home residents in the USA: a latent transition analysis", *Aging and Mental Health*, 25(10). doi: 10.1080/13607863.2020.1849021.
- ZIMMERMANN J. *et al.* (2019), "Organizational factors of fall injuries among residents within German nursing homes: secondary analyses of cross-sectional data", *European Journal of Ageing*, 16(4). doi: 10.1007/s10433-019-00511-3.
- ZWERTS-VERHELST E.L.M., VAN HOOF J. e WOUTERS E. (2014), "Don't forget about the garden! The design of gardens for people with dementia", in *Gerontechnology*. doi: 10.4017/gt.2014.13.02.179.00.

**AIP - Associazione Italiana
Psicogeriatría**

Via Fratelli Lombardi, 2

25121 Brescia

Tel: 030 3757538

Fax: 030 48508

E-mail: aipsegreteria@grg-bs.it

**Fondazione Istituto Farmacologico
Filippo Serpero**

Viale L. Majno, 40

20129 Milano

Tel. 02.29526135

E-mail: segreteria@fondazioneserpero.it