

SUPSI

Scuola Universitaria della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di Laurea in Ergoterapia

“La percezione degli anziani over 80 al domicilio rispetto all’isolamento sociale e alla solitudine durante il periodo della pandemia da COVID-19: un’analisi qualitativa.”

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

Autrice: Chiara Ghidossi

Direttrice di Tesi: Irene Guarneri

Anno accademico: 2021-2022

Manno, 31 luglio 2022

ABSTRACT

Background/quadro teorico

L'insorgenza della pandemia ha segnato un grande cambiamento nella storia dell'umanità. Gli anziani rappresentano una delle categorie di persone più colpite dal COVID-19. Inoltre, molti di loro hanno vissuto una riduzione dei contatti con gli altri e un grande senso di incertezza e paura.

Obiettivi

Questo lavoro di Tesi mira a comprendere l'esperienza della popolazione geriatrica durante il periodo di confinamento al domicilio, l'impatto che essa ha avuto sulla loro vita e le possibilità di intervento ergoterapiche per ridurre isolamento sociale e solitudine.

Metodologia

Per redigere il lavoro è stata utilizzata una metodologia di tipo qualitativo e un design di ricerca basato sull'approccio fenomenologico. Inoltre, sono state realizzate alcune interviste semi-strutturate per entrare a contatto con alcuni anziani e conoscerne il vissuto.

Risultati

I risultati evidenziano i principali ostacoli insorti durante la pandemia all'interno della popolazione geriatrica. Alcuni hanno sperimentato un aumento dei livelli di solitudine e di isolamento sociale, mentre altri hanno osservato una riduzione nello svolgimento di occupazioni quotidiane.

Conclusioni

La ricerca ha permesso di comprendere il vissuto di alcuni anziani durante il periodo della pandemia e i bisogni più frequentemente riscontrati. Durante il confinamento al domicilio è stata osservata una diminuzione nello svolgimento di attività sociali e l'insorgenza di un sentimento di paura e solitudine. La presenza dell'ergoterapista ha rappresentato, per alcuni, un sostegno nell'identificare risorse e difficoltà e strategie o adattamenti per far fronte alle problematiche riscontrate.

Parole chiave (keywords)

Loneliness; Social isolation; Elderly; Occupational Therapy; COVID-19; Social distancing; Well-being.

Ringraziamenti

In primo luogo ringrazio Irene Guarneri per avermi sostenuta, incoraggiata e accompagnata durante questo percorso con disponibilità, precisione e gentilezza.

Ringrazio inoltre l'ergoterapista e le persone intervistate, che con la loro disponibilità hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro.

Un ringraziamento importante va anche alle mie amiche e compagne di avventura, Ayla, Arianna, Martina P., Martina I. e Chiara, che nel corso di questi tre anni di studio mi sono state vicine, supportandomi e sostenendomi anche nei momenti più difficili.

Infine, il più grande ringraziamento va alla mia famiglia che ha sempre creduto in me, permettendomi di realizzare tutti i miei sogni. Grazie a Reto, Monica, Patrik, Federica, Melissa e Arianna per avermi dato la forza durante la formazione.

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE	5
1.1 Motivazione personale e professionale	5
1.2 Introduzione alla tematica	6
1.3 Organizzazione del lavoro di tesi	7
1.4 Domanda di ricerca	8
1.5 Obiettivi del lavoro di Bachelor	8
1.6 Obiettivi personali	8
2. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO	10
2.1 Premessa	10
2.2 L'anziano e le sue caratteristiche	10
2.3 L'anziano Ticinese	11
2.4 Isolamento sociale e solitudine	12
2.5 COVID-19, origine e caratteristiche	13
2.5.1. Sintomi e fattori di rischio	14
2.5.2. COVID-19 e popolazione geriatrica	14
2.6 Introduzione all'ergoterapia	17
2.6.1. Definizione e obiettivi	17
2.6.2. Ambiti di intervento	18
2.6.3. Il processo ergoterapico	20
2.6.4. L'equilibrio occupazionale	20
2.6.5. L'intervento ergoterapico in ambito geriatrico	22
2.6.6. L'intervento ergoterapico per alleviare solitudine e isolamento sociale nell'anziano	23
2.7 Rilevanza del fenomeno per la pratica professionale	24
3. METODOLOGIA	25
3.1 Lo strumento di raccolta dati	25
3.2 Aspetti etici	26
3.3 Il setting della raccolta dati	26
3.4 Modalità di ricerca del campione e criteri di inclusione ed esclusione	27
3.5 Metodologia di analisi dei dati	27
4. DESCRIZIONE DEI RISULTATI	29
4.1 Descrizione degli intervistati	29
4.2 Dati emersi	29
4.2.1. Socialità	29

4.2.2.	Attività della vita quotidiana.....	30
4.2.3.	Isolamento sociale e solitudine.....	31
4.2.4.	Emozioni vissute	32
4.2.5.	Bisogni futuri.....	33
4.2.6.	Ergoterapia.....	33
5.	DISCUSSIONE	35
5.1	Risultati chiave	35
5.2.	Interpretazione dei risultati.....	35
5.3.	Risorse e limiti dello studio.....	40
5.4.	Rilevanza clinica dello studio	41
5.5.	Sviluppi futuri.....	41
6.	CONCLUSIONI.....	43
7.	BIBLIOGRAFIA.....	46
8.	ALLEGATI.....	56

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazione personale e professionale

L'avvicinarsi degli esami di maturità liceali coincide anche con l'avvicinarsi della scelta e della pianificazione del nostro futuro. Io, come tanti altri, non sapevo cosa fare né tantomeno cosa sarei voluta diventare. Sapevo però, in mezzo a tutta quella confusione, che mi sarebbe piaciuto lavorare in ambito geriatrico. La decisione di iscrivermi al Corso di Laurea in Ergoterapia¹ della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), è nata in seguito ad uno stage estivo svolto presso la Casa per Anziani San Rocco, di Morbio Inferiore. Un luogo a me molto caro in quanto vi ho trascorso parte della mia adolescenza, quando mio nonno vi era residente. Prima di questo stage avevo sempre visto quel contesto attraverso gli occhi di una nipote innamorata del proprio nonno. Mai mi sarei aspettata che un giorno, anche solo per pochi mesi, vi avrei lavorato. Quell'estate è stata una delle più arricchenti e stimolanti della mia vita. Trovarmi a stretto contatto con tutte quelle persone, ascoltare le loro storie e dedicare loro del tempo percependo così tanta gratitudine, mi ha donato delle sensazioni incredibili. Avevo finalmente trovato la mia strada.

Nella scelta dell'argomento di Tesi il mio sguardo si è immediatamente rivolto verso la popolazione anziana. Grazie agli stage e ai contenuti teorici affrontati nei moduli mi sono appassionata ulteriormente all'età geriatrica e alle difficoltà che ne derivano. In particolare, sono rimasta particolarmente colpita dai concetti di solitudine e isolamento sociale.

L'idea di approfondire tali tematiche, e, soprattutto, di focalizzarmi sulla loro rilevanza durante il periodo pandemico, è nata solo in seguito.

Negli ultimi quasi tre anni, il COVID-19 è diventato parte integrante delle nostre vite, condizionando il nostro agire, il nostro modo di pensare e di comportarci. Fin dal principio è emerso come alcuni degli anziani confrontati con questa nuova realtà si siano trovati ad affrontare nuovi ostacoli e il richiamo a quel periodo trascorso in casa per anziani è stato troppo forte per essere ignorato. Vedere una popolazione a me così cara in difficoltà mi ha spinto a voler approfondire tale argomento.

A questo si aggiunge il ricordo di mio nonno, così solo e indifeso di fronte alle difficoltà date dalla sua malattia. La solitudine e l'isolamento sociale che hanno caratterizzato gli ultimi anni della sua vita sono rimasti impressi a lungo nella mia mente.

Proprio per questo motivo ho scelto, con la mia ricerca, di entrare in relazione con alcuni anziani che hanno vissuto il periodo della pandemia al domicilio, comprendendone il vissuto, le sensazioni e i desideri riscontrati. Nonostante l'instaurazione di una relazione di fiducia con il paziente richieda tempo e costanza, spero, con il supporto di un'intervista semi-strutturata, di creare le condizioni necessarie per avvicinarmi alla storia di vita di alcune persone. Sebbene consapevole che i dati ricavati da sole sei interviste non siano sufficientemente rappresentativi di un'intera popolazione, ritengo che possano sostenere il mio desiderio di conoscere il punto di vista di alcuni anziani durante la pandemia.

In un futuro ormai non più così lontano mi piacerebbe lavorare in ambito geriatrico, al domicilio delle persone. Lavorare a questo progetto mi permetterà di acquisire numerose conoscenze specifiche legate alla popolazione anziana e alle possibilità di intervento ergoterapiche, all'interno di un contesto ecologico.

¹ Nel testo verranno utilizzati indifferentemente i termini "Ergoterapia" e "Terapia Occupazionale", che si riferiscono alla stessa professione.

1.2 Introduzione alla tematica

Nel corso di questo lavoro di Bachelor verranno affrontati e approfonditi argomenti abbastanza attuali. In particolare, esso si concentra sul periodo della prima ondata della pandemia (marzo-maggio 2020) e mira ad approfondire il legame tra solitudine, isolamento sociale, Coronavirus e popolazione degli over 80 al domicilio. Uno dei principali obiettivi del lavoro è quello di comprendere il vissuto e le sensazioni provate durante tale periodo da alcuni anziani residenti in Ticino.

Da subito mi sono sorte alcune domande, alle quali ho cercato di rispondere con questa ricerca:

- Come viene percepita la solitudine e come viene vissuto l'isolamento sociale nella popolazione degli anziani?
- Come hanno vissuto l'isolamento sociale gli anziani costretti a rimanere in casa durante la pandemia? Si sono sentiti soli? Quali sono stati i bisogni più frequentemente riscontrati?
- La presenza, o meno, di un'ergoterapista ha avuto un effetto nella soddisfazione di tali bisogni?
- Quali sono le modalità di intervento ergoterapiche maggiormente adatte per soddisfare tali bisogni, all'interno di un contesto ecologico?

La comparsa del Coronavirus ha stravolto le nostre vite, costringendoci ad un rapido ed indispensabile adattamento. Un adattamento che si è rivelato molto complesso, ricco di insidie e di cambiamenti, che, in certi casi, abbiamo faticato ad accettare. E pensando al termine "cambiamento" non posso fare altro che volgere il mio sguardo alla popolazione degli anziani. Ancor prima della diffusione del COVID-19, gli esperti definivano tale popolazione come maggiormente fragile e soggetta a situazioni di isolamento sociale (Luanaigh & Lawlor, 2008). Isolamento sociale che si presenta come conseguenza del fisiologico e progressivo declino delle funzioni motorie e cognitive, ma anche della riduzione del numero di relazioni sociali e, in certi casi, dalla morte del coniuge (Victor & Bowling, 2012).

La pandemia e, in particolar modo, la misura del distanziamento sociale, ha contribuito a limitare le nostre opportunità di svolgimento di attività culturali, sportive e sociali, riducendo le nostre interazioni con gli altri. Di fronte a questi avvenimenti, la categoria degli anziani è stata fortemente colpita dal punto di vista fisico e psicologico (Pollard et al., 2020).

In quanto futura ergoterapista, mi sento particolarmente toccata dai concetti di isolamento sociale e di solitudine. Uno degli obiettivi della nostra professione è proprio quello di promuovere il benessere e la salute delle persone, attraverso lo svolgimento di occupazioni significative (Giornale Italiano Terapia Occupazionale [GITO], 2009). Nello specifico, l'ergoterapista si impegna per consentire ai propri clienti di partecipare alle attività della vita quotidiana, supportandole mediante adattamenti ambientali, strategie funzionali e interventi mirati (World Federation of Occupational Therapy [WFOT], 2012). In questo modo si sostiene la persona nel raggiungimento di uno stato di equilibrio occupazionale, caratterizzato da uno svolgimento bilanciato di tutte le attività importanti per sé (Wilcock, 2006, citato in Wagman et al., 2012). Le attività che svolgiamo nel corso della nostra vita e che sono ricche di significato, ci permettono di stare bene con noi stessi e di sentirci competenti, inoltre contribuiscono al mantenimento della nostra identità personale (GITO, 2009).

Ecco perché, all'interno della professione ergoterapica, viene posto il focus sul concetto di equilibrio occupazionale (Rodríguez-Fernández et al., 2021).

Mantenersi occupati, svolgendo attività che abbiano un senso e un valore personale, incrementa il grado di soddisfazione dell'individuo e riduce la percezione di solitudine (Stanley et al., 2017).

Con questo lavoro sono entrata a contatto con una popolazione così fortemente colpita dalla pandemia come quella degli anziani e ho avuto la possibilità di conoscerne il vissuto più da vicino. In particolare, mi sono soffermata sulla comprensione dei bisogni emersi durante quel periodo e sull'analisi delle possibilità di intervento ergoterapiche attuabili per far fronte a tali necessità.

1.3 Organizzazione del lavoro di tesi

Questa ricerca è stata svolta con l'obiettivo di approfondire la percezione degli over 80 che vivono al domicilio durante il periodo della pandemia, focalizzandosi su tematiche come solitudine e isolamento sociale e l'impatto che hanno avuto sugli anziani. La metodologia di lavoro ideale per raggiungere tale obiettivo è l'indagine qualitativa. In questo caso sono state realizzate una serie di interviste semi-strutturate che hanno permesso di entrare in relazione con una piccola parte della popolazione anziana ticinese e di conoscerne il vissuto.

All'interno del documento, il lavoro è stato suddiviso in sei grandi capitoli. Dopo una prima parte introduttiva (capitolo 1), all'interno della quale sono state presentate le motivazioni che hanno portato alla realizzazione di questa ricerca, si trova il capitolo dedicato alla domanda di ricerca e ai suoi obiettivi.

Successivamente viene presentato il quadro teorico (capitolo 2), suddiviso in sotto-capitoli, contenente una descrizione dettagliata delle tematiche trattate all'interno del lavoro di Bachelor e la rilevanza che queste hanno per la pratica clinica. Il primo sotto-capitolo presenta un approfondimento sulla figura dell'anziano e le sue caratteristiche. In seguito vengono introdotti e approfonditi i concetti di solitudine e di isolamento sociale, in quanto focus della ricerca.

Dopodiché viene fornita una panoramica sul Coronavirus, la sua origine, i sintomi, i fattori di rischio, la sua evoluzione e l'impatto che esso ha avuto sulla popolazione anziana.

Nella parte finale del quadro teorico è contenuta una descrizione dell'Ergoterapia, dei suoi obiettivi e dei suoi ambiti di intervento.

Il capitolo seguente riguarda la metodologia utilizzata per la realizzazione del lavoro di Tesi. Esso comprende una descrizione relativa all'indagine qualitativa, allo strumento di raccolta dati (intervista semi-strutturata), alla modalità di ricerca del campione, al processo di analisi dei dati e agli aspetti etici presi in considerazione.

Una volta presentato il disegno di ricerca, è stato inserito un capitolo inerente alla descrizione dei dati emersi dalle interviste, seguiti dalla relativa discussione (capitolo 5).

All'interno di quest'ultima i dati sono stati interpretati e confrontati con la letteratura scientifica. Inoltre, sono stati analizzati i punti forti e i limiti dello studio, la rilevanza che questo ha per la pratica clinica e i possibili sviluppi futuri.

Infine, vi è la conclusione, contenente un'autovalutazione rispetto alla redazione del lavoro di Bachelor.

1.4 Domanda di ricerca

Qual è stata l'esperienza degli anziani over 80 in Ticino, rispetto a solitudine e isolamento sociale, durante il periodo di confinamento dovuto al COVID-19?

Popolazione	(P)	Anziani over 80
Interrogativo	(I)	Qual è stata l'esperienza
Variabile	(V)	Rispetto a solitudine e isolamento sociale
Luogo	(O)	In Ticino
Tempo	(T)	Il periodo di confinamento dovuto al COVID-19

1.5 Obiettivi del lavoro di Bachelor

- Analizzare la letteratura per comprendere gli effetti dell'isolamento sociale e della solitudine più frequentemente riscontrati nella popolazione degli anziani al domicilio durante la pandemia da COVID-19.
- Comprendere, attraverso un'intervista, il vissuto di alcuni anziani durante il periodo di confinamento al domicilio, consigliato, e per un tempo significativo anche imposto, dalle autorità.
- Confrontare il vissuto di chi ha avuto il supporto di un'ergoterapista durante tale periodo con il vissuto di chi non l'ha avuto. L'obiettivo in questo caso è quello di comprendere se la presa in carico ergoterapica ha avuto un impatto sul raggiungimento degli obiettivi riportati dalle persone, rispetto a chi non è stato seguito da un ergoterapista.
- Confrontare pre e post pandemia per comprendere se vi sono differenze in termini di vissuto e di bisogni riscontrati dalle persone intervistate.
- Indagare la relazione tra bisogni della persona e una possibile presa in carico ergoterapica. Comprendere quali di questi bisogni potrebbero essere soddisfatti attraverso l'implementazione di un intervento ergoterapico.
- Approfondire le diverse tipologie di intervento ergoterapico adatte al contesto preso in considerazione e comprendere in che modo è possibile intervenire per ridurre l'isolamento sociale nella popolazione degli anziani al domicilio. Questo con uno sguardo anche al futuro e all'invecchiamento della popolazione in Svizzera. Più anziani ci sono e più questi bisogni vanno compresi e analizzati per assicurare una buona presa in carico.

1.6 Obiettivi personali

- Conoscere in maniera più approfondita le banche dati esistenti e sviluppare le capacità di ricerca di evidenze scientifiche all'interno delle banche dati stesse.
- Integrare le conoscenze personali con le informazioni provenienti dagli articoli scientifici identificati per la redazione del lavoro di Bachelor.

- Acquisire dimestichezza con la ricerca di tipo qualitativo, comprendendone la struttura e le caratteristiche principali.
- Analizzare e interpretare i dati ricavati dalle interviste con il supporto della letteratura scientifica e delle conoscenze personali e professionali.

2. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

2.1 Premessa

Fin dalla sua comparsa, il Coronavirus è stato studiato e analizzato da esperti e virologi di tutto il mondo. Numerosi studi e articoli scientifici sono stati pubblicati nel frattempo sull'argomento, con l'obiettivo di fornire il maggior numero di informazioni alla popolazione.

Siccome il COVID-19 continua la sua evoluzione e cambia nel corso del tempo, per sviluppare questo lavoro di Bachelor ho utilizzato articoli che riguardano il periodo compreso tra gennaio 2020 e dicembre dello stesso anno. I dati raccolti, presentati e analizzati fanno riferimento a tali articoli, pertanto potrebbero risultare non aggiornati con i nuovi sviluppi della malattia.

2.2 L'anziano e le sue caratteristiche

Definire l'anzianità risulta estremamente complesso in quanto si tratta di un fenomeno eterogeneo e multidimensionale, che comprende la sfera fisica, biologica, funzionale, sociale/relazionale, economica, spirituale, ambientale/culturale, cognitiva, psicologica, emotiva e occupazionale che varia nello spazio e con il passare del tempo (Giudici et al., 2015; Martineau & Plard, 2018).

Numerosi sono stati i tentativi, nel corso degli ultimi decenni, di fornire una definizione approfondita che inglobasse le dimensioni sopracitate. In passato, una persona era considerata anziana dal momento in cui raggiungeva l'età del pensionamento fino al suo decesso. Nel 1948, anno in cui è stata introdotta l'Assicurazione Vecchiaia e Superstiti (AVS), la speranza di vita degli uomini in Svizzera si aggirava intorno ai 65 anni di età e l'abbandono dell'attività lavorativa segnava l'ingresso nella vecchiaia (d'Epina, 1994, citato in Cavalli & Corna, 2020). Nel corso della metà del secolo scorso, si è assistito ad un aumento della speranza di vita e ad un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana (Cavalli & Corna, 2020). Le persone sono diventate maggiormente attive anche dopo la fine dell'attività lavorativa, posticipando l'insorgenza dei segni della senescenza (Giudici et al., 2015). Tra il pensionamento e la vecchiaia è emersa una nuova fase della vita, la "terza età" (Laslett, 1992; Lenoir, 1979, citato in Cavalli & Corna, 2020).

All'interno della terza età, si utilizza il termine "giovani anziani", siccome gli individui godono generalmente di una buona forma fisica e mentale e si presentano particolarmente attivi. Ciò è favorito dal miglioramento della situazione economica degli anziani, da un incremento delle risorse a disposizione e da un livello di istruzione sempre più alto. Tali fattori hanno sostenuto la popolazione anziana durante il processo di invecchiamento, permettendo loro di avvicinarsi alla fine della propria vita in salute e di mantenere lo svolgimento di occupazioni significative (Baltes & Smith, 2003).

La perdita di funzionalità fisiche e cognitive, il calo dell'autonomia e dell'indipendenza nello svolgimento di attività della vita quotidiana e l'insorgenza di demenza rappresentano, per alcuni, dei segnali di transizione verso la quarta età (Baltes & Smith, 2003). Questa fase viene anche definita "fase della fragilità" e i soggetti che ne fanno parte sono denominati "grandi anziani" (Giudici et al., 2015).

L'eterogeneità di questo periodo della vita ha reso necessaria l'introduzione di una nuova descrizione del fenomeno dell'anzianità. La sociologia è arrivata in soccorso, sviluppando

una definizione sulla base del concetto di fragilità. D'Epinay e Spini (2007) affermano che diventare anziano coincide con lo svilupparsi di un processo di fragilizzazione, inevitabile con l'avanzare dell'età, durante il quale la persona si confronta con una progressiva riduzione delle riserve fisiologiche e sensomotorie. Nel momento in cui l'individuo fatica a mantenere un equilibrio con l'ambiente circostante o non è in grado di ristabilirsi di fronte ad eventi avversi, si confronta con l'aggravarsi del processo di fragilizzazione e sviluppa una condizione di fragilità (d'Epinay & Spini, 2007). Quest'ultima, come osservato, insorge tipicamente nella quarta età. Infatti, tra i soggetti di età compresa tra gli 85 e gli 89 anni prevale una condizione di fragilità. Al contrario, la maggior parte dei giovani anziani risulta generalmente autonoma, in buona salute, dispone di mezzi finanziari sufficienti e beneficia di una rete sociale solida. Nella fascia che va dai 65 ai 69 anni, solo una persona su cinque è fragile, presenta una condizione di precarietà finanziaria o ha una vita relazionale limitata (Cavalli, 2015).

2.3 L'anziano Ticinese

Essere anziano oggi è molto diverso da quanto lo fosse nel 1970. Le esigenze, gli stili di vita, gli interessi e i desideri mutano nel tempo, influenzati da eventi socio-storici ed esperienze vissute che modellano il percorso di vita degli individui (Cavalli & Corna, 2020). La popolazione anziana ticinese di oggi presenta caratteristiche diverse rispetto agli anziani del passato, così come sarà diversa dagli anziani del futuro. In generale, si è assistito ad un invecchiamento progressivo della popolazione e ad un aumento della speranza di vita.

A livello formativo e professionale, gli anziani ticinesi risultano maggiormente istruiti. La quota di persone con un basso livello di istruzione è diminuita notevolmente a partire dagli anni '90, dove si è passati dal 63 al 40% per le donne e dal 38 al 24% per gli uomini. Parallelamente, si è assistito ad un aumento della percentuale di anziani in possesso di un diploma universitario o di scuola superiore, raddoppiata per gli uomini (dal 15 al 31%) e addirittura triplicata tra le donne (dal 4 al 13%) (Cavalli & Corna, 2020).

Dal punto di vista economico le persone anziane tendono a giudicare positivamente la propria situazione finanziaria, mentre in passato "vecchiaia" era spesso sinonimo di "povertà". L'aumento delle rendite AVS e l'introduzione del sistema del secondo e terzo pilastro della seconda metà del XX secolo, hanno permesso un miglioramento della situazione economica dei giovani e grandi anziani (d'Epinay et al., 2000; Wanner & Gabadinho, 2008, citato in Cavalli & Corna, 2020). Nonostante questo sviluppo, all'interno della classe degli over 65 permane un rischio di povertà molto più alto (ca. il doppio) rispetto alla popolazione in età lavorativa (Cavalli & Corna, 2020).

Analizzando la situazione abitativa, emerge che la maggior parte degli anziani ticinesi vive nella propria abitazione più a lungo. Una situazione favorita dallo sviluppo di aiuti e cure domiciliari, che hanno ridotto leggermente il tasso di istituzionalizzazione (Cavalli & Corna, 2020).

Per quanto concerne la sfera familiare, lo sviluppo della società urbana e delle modernità hanno affievolito il senso del dovere e la solidarietà, moltiplicando le situazioni di isolamento. Gli uomini si presentano in maggioranza coniugati, mentre tra le donne cresce la percentuale di vedove con l'avanzare dell'età. Tale differenza è dovuta alla maggiore longevità delle persone di sesso femminile (Cavalli & Corna, 2020).

Dal punto di vista affettivo gli anziani ticinesi godono di buone relazioni familiari e sociali con gli amici. Avere una rete sociale stabile riduce il rischio di sviluppare solitudine, un rischio concreto in questa fase della vita. Nonostante la solitudine costituisca un

fenomeno minoritario nella popolazione anziana, in Ticino riguarda potenzialmente più di 12'000 persone al di sopra dei 65 anni (Cavalli & Corna, 2020).

A livello di salute, i giovani anziani ticinesi si mostrano generalmente in buone condizioni; sono particolarmente attivi, viaggiano maggiormente e svolgono attività sociali, culturali, sportive o di volontariato (Cavalli & Corna, 2020).

Inoltre, l'entrata nel pensionamento comporta uno stravolgimento delle routine quotidiane e una conseguente necessità di riorganizzare il proprio tempo a disposizione (Pulakka et al., 2020). Gli anziani si ritrovano confrontati con una nuova sfida: trovare un nuovo equilibrio occupazionale nella propria vita. Per alcuni questo si rivela estremamente complesso, tanto da provocare un'importante diminuzione nelle attività svolte (Pulakka et al., 2020).

Infine, anche dal punto di vista della sfera spirituale, sono stati osservati alcuni cambiamenti in età geriatrica. Con l'entrata nell'anzianità le persone tendono a riflettere sempre di più su loro stesse, soffermandosi soprattutto sui limiti della propria esistenza e sui propri valori. In questo modo essi si preparano ad affrontare la sofferenza e la morte, cercando di raggiungere, per quanto possibile, un equilibrio nel tempo che rimane da vivere (Nowicka, 2006, citato in Dziechciaż & Filip, 2014).

Ad aver influenzato il mantenimento di attività e occupazioni anche durante l'anzianità è stato il concetto di invecchiamento attivo, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Esso consiste in un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, volto a promuovere la qualità di vita durante la transizione verso la quarta età (World Health Organization, 2002). L'invecchiamento attivo dipende da una serie di determinanti che circondano gli individui, le famiglie e le comunità, come l'accesso ai servizi socio-sanitari, l'influenza dell'ambiente fisico e sociale, i fattori personali ed economici e gli aspetti comportamentali (World Health Organization, 2002). Emerge quindi una grande eterogeneità, complessità e soggettività dei processi di invecchiamento, influenzati da numerose variabili (Grodzicki et al., 2007, citato in Dziechciaż & Filip, 2014).

Nonostante la qualità di vita delle persone di 65 anni e oltre sia aumentata notevolmente negli ultimi decenni, una parte degli anziani presenta situazioni di fragilità. Diventa quindi indispensabile analizzare in maniera approfondita le differenze presenti all'interno di questa popolazione, al fine di identificare le condizioni e i fattori che contribuiscono a sedimentare tali disparità (Cavalli & Corna, 2020).

Comprendere l'anziano di oggi ci permette di sostenerne il benessere ed incrementarne la qualità di vita, anche di fronte ad eventi avversi come il COVID-19.

2.4 Isolamento sociale e solitudine

Prima di presentare le conseguenze dei provvedimenti adottati dal Consiglio Federale sulla popolazione, risulta indispensabile fornire una definizione accurata e approfondita dei concetti di solitudine e isolamento sociale, più volte citati all'interno di questo lavoro. Con il termine solitudine si intende un sentimento soggettivo, che coincide con il sentirsi isolati. In quanto soggettivo è qualcosa di insito nell'individuo e non può essere osservato o misurato dall'esterno. Parallelamente alla solitudine vi è il concetto di isolamento sociale, definito come lo stato oggettivo dell'aver pochi contatti o relazioni sociali (Wu, 2020). Se la solitudine coincide con una sensazione soggettiva, l'isolamento sociale rappresenta invece una situazione osservabile anche dall'esterno.

Entrambi i termini presentano una forte correlazione con la fascia degli anziani. Il processo di invecchiamento comporta una serie di conseguenze che possono aumentare i livelli di isolamento sociale e di solitudine nella persona. Cavalli e colleghi sono d'accordo nell'affermare che la perdita del partner o di amici e coetanei, l'ingresso nel pensionamento e l'abbandono di ruoli sociali contribuiscano a rendere l'anziano più vulnerabile di fronte ai due fenomeni analizzati (2021). Se a questo si aggiunge l'allontanamento dai figli che, raggiunto un certo livello di maturità, abbandonano il nido, si può notare come la persona veda diminuire la propria socialità. Occorre precisare però che la strada dell'invecchiamento non è uguale per tutti. Non tutti sviluppano le stesse problematiche e non tutti si sentono soli.

A livello Svizzero, la solitudine all'interno della fascia anziana non rappresenta una problematica grave. Tuttavia, secondo i dati a disposizione, il Ticino si situa all'ultimo posto della graduatoria. Nel nostro cantone, il 10% delle persone nella fascia di età dai 65 agli 84 anni e il 20% degli over 85, dichiara di sentirsi solo. Percentuali all'apparenza piuttosto basse ma che in realtà corrispondono a 12'000 persone (Cavalli et al., 2021). Secondo alcune previsioni questi numeri sono destinati ad aumentare progressivamente in futuro. Il rischio è che entro il 2030 il numero di anziani ticinesi che soffrono di solitudine potrebbe aumentare ulteriormente, arrivando a quota 15'000 (Cavalli et al., 2021). A questo si aggiunge il nuovo Coronavirus e le sue conseguenze sulla sfera psico-fisica delle persone. L'incertezza che accompagna questa malattia rende molto difficile fare previsioni a lungo termine, sia per quanto riguarda i livelli di solitudine e di isolamento sociale, che per l'impatto sulla vita delle persone.

2.5 COVID-19, origine e caratteristiche

Nel dicembre del 2019, in Cina vengono rilevati i primi casi di quello che, nel giro di poche settimane, tutti avremmo conosciuto come "SARS-CoV2" (Pollard et al., 2020). Una patologia che, come suggerito dal nome, proviene dalla famiglia dei coronavirus, un gruppo eterogeneo di virus che infetta prevalentemente gli animali ma che può essere molto pericoloso per l'uomo, in quanto in grado di provocare gravi infezioni respiratorie (Hu et al., 2020).

In passato, più precisamente nel 2002 e nel 2012, due focolai di Coronavirus hanno minacciato la salute pubblica a livello mondiale: la sindrome respiratoria acuta grave, (SARS)-CoV, e la sindrome respiratoria del Medio Oriente, (MERS)-CoV (Hu et al., 2020). Il nuovo Coronavirus viene definito come uno dei maggiori agenti patogeni che attacca il sistema respiratorio dell'essere umano (Rothan & Byrareddy, 2020). Il termine COVID-19, abbreviazione di *coronavirus disease 2019* o, in italiano, malattia da coronavirus 2019, è stato introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'11 febbraio del 2020 (Ufficio Federale della Sanità Pubblica, 2020).

Altamente trasmissibile, rapido nella sua diffusione ed estremamente insidioso, questo virus ha superato in breve tempo SARS e MERS sia in termini di persone infettate che di aree geografiche interessate (Hu et al., 2020).

Ma cosa lo rende così contagioso? Il COVID-19 si diffonde prevalentemente attraverso goccioline di saliva, provenienti da starnuti, tosse, respirazione o secrezioni nasali di un soggetto positivo alla malattia. Contatti stretti (a meno di 1,5 metri di distanza) o prolungati nel tempo facilitano il contagio tra due o più persone, rendendo gli incontri sociali un importante vettore di trasmissione (Ufficio Federale della Sanità Pubblica, 2020).

Riguardo alla sua provenienza sono numerose le teorie formulate. L'ipotesi più gettonata è che il virus provenga da un mercato svoltosi nella città di Wuhan, nella Cina centrale, e

che sia stato trasmesso all'uomo da alcuni animali selvatici venduti allora, come serpenti o pipistrelli. Ipotesi formulata sulla base del numero di persone infette che hanno frequentato tale luogo prima di manifestare i sintomi del Coronavirus (Rothan & Byrareddy, 2020). Tuttavia, non vi sono certezze riguardo alla sua provenienza. Hu e colleghi affermano infatti che alcuni dei primi individui risultati positivi a Wuhan non presentassero relazioni con il mercato (2020).

2.5.1. Sintomi e fattori di rischio

I sintomi dell'infezione da COVID-19 compaiono dopo un periodo di incubazione della durata di circa cinque giorni e sono caratterizzati da una grande eterogeneità nella loro manifestazione. I più frequentemente riscontrati sono i sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie, come mal di gola, tosse secca, affanno e dolori al petto. A questi si aggiungono febbre, perdita di olfatto e/o del gusto, mal di testa, sensazione di malessere, dolori muscolari, raffreddore, sintomi gastrointestinali (nausea, vomito e diarrea) ed eruzioni cutanee (Ufficio Federale della Sanità Pubblica, 2020).

Non tutti hanno le stesse manifestazioni della malattia né tantomeno la sviluppano con la stessa intensità. Alcuni soggetti risultano asintomatici, altri presentano sintomi lievi e altri ancora vanno incontro a complicanze respiratorie o polmoniti gravi, tali da metterne in pericolo la vita (Levin et al., 2020). Virologi, scienziati e medici sono d'accordo nell'affermare che il decorso della malattia dipenda molto dalla fascia d'età di appartenenza della persona e dal suo stato di salute pregresso. Tutti possono sviluppare un decorso grave, ma vi sono alcuni fattori che ne aumentano la probabilità (UFSP, 2020.). Tra i principali sono stati identificati l'età avanzata dei soggetti, la presenza di malattie croniche (ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, diabete, cancro, obesità, malattie dei polmoni e delle vie respiratorie e insufficienza renale) e l'immunodeficienza (Salzberger et al., 2021).

L'entrata nella fascia di età dai 60 in su, pone quindi le persone maggiormente a rischio di sviluppare complicazioni legate al nuovo Coronavirus. Anziani e soggetti con malattie croniche rientrano così nella categoria di persone ritenute più vulnerabili di fronte al COVID-19 (Levin et al., 2020). Osservando la percentuale di decessi in relazione al numero di contagi si può constatare che, nella fascia tra i 60 e i 69 anni, la percentuale di decessi rispetto al numero di contagi corrisponde al 4%, in quella dai 70 ai 79 sale all'8% e dagli 80 in poi raggiunge addirittura il 15% (Hwang et al., 2020).

2.5.2. COVID-19 e popolazione geriatrica

Fin dall'inizio della pandemia, siamo stati confrontati con un alto numero di decessi, riportati regolarmente da testate giornalistiche, siti web e notiziari. I dati di cui disponiamo dimostrano chiaramente come il più basso tasso di sopravvivenza alla malattia sia stato riscontrato all'interno della popolazione anziana, come evidenziato nel capitolo precedente. Non sorprende quindi che, negli ultimi due anni, il tasso di mortalità negli over 80 sia cinque volte più alto rispetto alla media mondiale (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Analizzando le ospedalizzazioni durante la prima ondata in Germania, si è osservato come il Coronavirus nei soggetti ospedalizzati con più di 80 anni, avesse aumentato il rischio di mortalità del 54% (Wirth et al., 2021).

Inoltre, durante la prima ondata, la mortalità intraospedaliera dei pazienti di età pari o superiore agli 80 anni, è stata del 72%. Un aumento e un andamento simile sono stati registrati anche a New York durante lo stesso periodo. Su 5'700 pazienti ammalati di COVID-19 e ricoverati in ospedale, la mortalità all'interno della fascia dagli 80 agli 89 anni è stata del 54% (Richardson et al., 2020, citato in Wirth et al., 2021).

A questo si aggiunge il fatto che i pazienti geriatrici sopravvissuti alla malattia manifestino un deterioramento della funzionalità e dell'autonomia, aumentando di conseguenza il grado di dipendenza da terzi. Una situazione allarmante che ha forzatamente spinto le autorità di molti Paesi ad introdurre misure volte a tutelare la popolazione più vulnerabile di fronte a questo nuovo virus.

Dal punto di vista ergoterapico questi dati sottolineano l'insorgenza di numerose difficoltà all'interno del gruppo degli anziani, sia in termini di salute e benessere percepiti che di svolgimento di attività della vita quotidiana ed equilibrio occupazionale. Diventa quindi necessario un approfondimento di tale fenomeno e una comprensione accurata dei bisogni riscontrati da questi cittadini.

2.5.3. Evoluzione della pandemia

Dopo soli tre mesi dalla sua scoperta, a febbraio 2020, il COVID-19 inizia la sua corsa anche in Europa. Alla fine dello stesso mese, si contano 1'452 casi e 29 decessi. Un mese dopo la situazione è ancora più critica, con il numero di contagiati salito a 226'013 e quello dei deceduti a 16'295 (World Health Organization, 2020).

La sua rapida diffusione, l'alto tasso di trasmissibilità tra la gente e l'aumentare dei decessi in tutto il mondo hanno portato l'OMS a dichiarare il COVID-19 una vera e propria pandemia a marzo del 2020 (Salzberger et al., 2021).

In Svizzera l'evoluzione del virus rispecchia l'andamento osservato in Europa. Il 25 febbraio del 2020 il nuovo Coronavirus giunge anche sul suolo elvetico. Da quel momento si assiste ad una crescita esponenziale nel numero di contagi, che nel giro di sole quattro settimane arrivano addirittura ad essere 10.772. Un numero estremamente elevato e per molte persone spaventoso. Ad aumentare il sentimento di paura che aleggiava tra la popolazione di tutta la Svizzera l'alto numero di decessi, saliti a 165 in quattro settimane (Selby et al., 2020).

Il Governo elvetico, preoccupato da questi numeri, il 13 marzo 2020 decide di introdurre alcuni provvedimenti: chiudere le scuole, di vietare gli assembramenti con più di 100 persone e limitare l'entrata nel Paese dalle regioni considerate particolarmente a rischio (Ufficio Federale della Sanità Pubblica, 2020). Tuttavia, la rapida crescita del numero di contagi e l'incertezza legata a questa nuova e misteriosa pandemia, hanno costretto il Consiglio Federale, riunitosi d'urgenza il 16 marzo del 2020, a proclamare la "situazione straordinaria" in Svizzera. Sono state così introdotte ulteriori misure volte a rallentare la diffusione del COVID-19 e a tutelare le persone ritenute maggiormente vulnerabili e a rischio (UFSP, 2020). Il virus, infatti, predilige zone con un'alta densità di popolazione e ambienti popolati, come ad esempio bar o discoteche, dove riesce a diffondersi più velocemente (Pollard et al., 2020). Di conseguenza, tutte le attività non essenziali come ristoranti, negozi, bar, sale cinematografiche, centri sportivi e strutture ricreative sono state temporaneamente chiuse. Ospedali e studi medici hanno sospeso gli interventi non urgenti e hanno preparato i loro reparti per l'accoglienza di pazienti COVID. Laddove possibile è stato introdotto l'obbligo del telelavoro e alla popolazione al di sopra dei 65 anni è stato chiesto di rimanere a casa, di ridurre il più possibile i contatti sociali e di evitare di recarsi al supermercato o in altri luoghi affollati. Le uniche attività a rimanere

aperte sono state quelle di prima necessità come negozi di alimentari, farmacie e ospedali (UFSP, 2020).

Provvedimenti, quelli adottati dal Governo Svizzero, che resteranno in vigore fino alla fine del mese di aprile, quando si assiste ad una graduale e progressiva riapertura.

Nonostante le misure abbiano contribuito a ridurre il numero dei nuovi infetti e a proteggere le persone maggiormente a rischio, alcune di loro hanno provocato grandi ripercussioni sulla popolazione. Fortemente criticata è stata l'introduzione del distanziamento sociale che ha avuto un forte impatto sulla sfera psico-fisica delle persone, contribuendo a creare o ad inasprire situazioni di solitudine ed isolamento sociale (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). All'interno della popolazione, particolarmente toccati da questo provvedimento sono stati gli anziani. Molti di loro si sono ritrovati più soli e isolati di prima e questo ha avuto un impatto negativo in termini di qualità di vita e benessere fisico e psicologico (Wu, 2020).

Volgendo lo sguardo alle epidemie del passato, come SARS, ebola e influenza equina, si possono notare similitudini con la situazione del nuovo Coronavirus e le conseguenze sulla popolazione. Durante tali epidemie, in tutto il mondo è stato osservato un aumento di solitudine e isolamento sociale, associati ad un peggioramento della qualità di vita percepita (Roy et al., 2020). Ad essere estremamente colpita è stata la sfera psicologica, in termini di basso tono dell'umore, aumento della depressione, insonnia, paura di ammalarsi e sviluppo di Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) (Roy et al., 2020).

Anche nel caso della pandemia da COVID-19, sono emersi i concetti di solitudine ed isolamento sociale, in particolare come conseguenze delle Direttive Federali adottate dalle autorità per proteggere la popolazione (Roy et al., 2020).

Situazioni che devono attirare la nostra attenzione in quanto provocano grande sofferenza in chi le vive.

2.5.4. Conseguenze delle misure adottate dalla società

Come visto in precedenza, di fronte alla rapida crescita del numero di contagi in tutto il mondo, quarantena e distanziamento sociale sono diventati gli strumenti più efficaci per limitare e rallentare la diffusione del virus. Tuttavia, con il passare del tempo, essi hanno avuto un effetto negativo su una parte della popolazione, che ha riportato un aumento del livello di solitudine e isolamento sociale. Fenomeni che non devono passare inosservati in quanto possono compromettere la salute fisica e mentale degli individui (Hwang et al., 2020). Dal punto di vista della salute mentale, isolamento sociale e solitudine rappresentano una grande minaccia e un pericoloso fattore di stress psicosociale. Essi infatti hanno comportato un maggiore rischio di sviluppare rabbia, alterazioni/disturbi del tono dell'umore, irritabilità e paura rispetto all'incertezza della situazione (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). La mancanza o la riduzione di esperienze interpersonali positive favorisce infatti lo sviluppo di sindromi apatiche e depressive, che a loro volta possono aumentare il rischio di suicidio, la presenza di disturbi d'ansia e dell'adattamento e l'aumento del consumo di alcolici (Donovan & Blazer, 2020, citato in Wirth et al., 2021). Per quanto riguarda la salute fisica delle persone è stato osservato che isolamento sociale e solitudine possono provocare un aumento della pressione sanguigna, portando il soggetto a sviluppare patologie debilitanti, insonnia e un aumento dell'obesità (Roy et al., 2020). Situazioni che, come si può notare, minacciano il benessere e la sopravvivenza dell'individuo. Roy e colleghi affermano infatti che isolamento sociale e solitudine aumentano il tasso di mortalità del 26% e 29%, equivalente al consumo di quindici sigarette al giorno (2020).

Anche all'interno della popolazione geriatrica, i due fenomeni hanno rappresentato un grande ostacolo al benessere psico-sociale. In primo luogo è stato osservato che entrambi aumentano l'incidenza di alcune malattie croniche legate all'età, peggiorandone il decorso e aumentando il rischio di mortalità. Malattie come ad esempio l'ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, diabete mellito e malattie coronariche (Pantel, 2021, citato in Wirth et al., 2021).

Dal punto di vista delle funzioni cognitive, l'isolamento sociale rappresenta un grande fattore di rischio per l'insorgenza di difficoltà di concentrazione, decadimento cognitivo o, nei casi più gravi, di demenze. Questo accade in quanto le persone si confrontano con una riduzione di esperienze quotidiane cognitivamente stimolanti e fondamentali per il mantenimento delle abilità cognitive (Pantel, 2021, citato in Wirth et al., 2021). Infine, sia l'isolamento sociale che la solitudine hanno rappresentato una minaccia anche per la salute mentale della popolazione più anziana. In particolare sono state osservate situazioni di grande rabbia e paura (legata all'incertezza e alla disinformazione) e, in alcuni casi anche sviluppo di un disturbo da stress post traumatico (Roy et al., 2020).

Non tutti però sviluppano tali conseguenze. I risultati indicano che fasi di isolamento sociale, anche brevi, possono incidere negativamente sulla salute e sul benessere delle persone anziane, portandole a sperimentare un peggioramento significativo della qualità di vita. Una situazione che si verifica con più probabilità in quei soggetti che presentano multimorbilità o che non dispongono di un sufficiente supporto da parte delle loro reti sociali (Wirth et al., 2021). L'essere umano, per mantenere il proprio benessere psico-fisico, necessita di intrattenere relazioni interpersonali nel corso della propria vita (famiglia, amici, vicini di casa, ecc.) (Sanicola, 2015, citato in França et al., 2018). Ecco che la mancanza di una rete stabile contribuisce ad incrementare il livello di sofferenza e di fragilità della persona (França et al., 2018).

2.6 Introduzione all'ergoterapia

2.6.1. Definizione e obiettivi

L'Ergoterapia, o Terapia Occupazionale, è una professione sanitaria rivolta a persone di ogni età e provenienza che, in seguito a incidenti, difficoltà di carattere motorio, sociale o psichico o della presenza di barriere ambientali, faticano nello svolgimento autonomo di attività della vita quotidiana (Associazione Svizzera degli Ergoterapisti [ASE], 2005).

L'obiettivo principale di questa professione consiste nella promozione della salute e del benessere delle persone attraverso l'impegno in occupazioni (*World Federation of Occupational Therapists*, 2012). Si presume che l'impegno in occupazioni influenzi positivamente la salute e il benessere delle persone, anche dette "esseri occupazionali" (Hitch & Pepin, 2021). Con il termine occupazione si intende "*l'insieme di attività quotidiane significative per il proprio contesto culturale, adeguate all'età, scelte, organizzate e svolte da ogni individuo per provvedere a sé stesso, provare gioia nel vivere e contribuire alla vita economica e sociale della comunità*" (Canadian Association of Occupational Therapy, 1996).

I concetti teorici dell'Ergoterapia sono sviluppati sulla base della scienza occupazionale, una disciplina accademica che definisce l'essere umano come un essere occupazionale (Yerxa, 2000, citato in Kenney, 2020). Tale disciplina è orientata ad una comprensione approfondita della relazione tra uomo e occupazione, ovvero tra ciò che le persone fanno e le loro motivazioni (Kenney, 2020). Oltre a questo, i concetti principali evidenziati dalla scienza occupazionale riguardano l'ingiustizia occupazionale, il disequilibrio

occupazionale, la deprivazione occupazionale e l'alienazione occupazionale. Fattori che, se presenti, possono compromettere la qualità di vita e il benessere della persona (Creek, 2008, citato in Kenney, 2020).

2.6.2. Ambiti di intervento

Trattandosi di una professione sanitaria volta a sostenere lo svolgimento autonomo e indipendente delle attività di vita quotidiana, l'Ergoterapia presenta un ampio e variegato spettro di intervento, che comprende numerosi ambiti (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2011):

- Infanzia e adolescenza;
- Salute e Benessere;
- Senescenza;
- Riabilitazione, disabilità e partecipazione;
- Lavoro e industria;
- Salute mentale.

All'interno di ogni ambito viene posto il focus sulle occupazioni significative per la persona. L'impegno in occupazioni risulta infatti fondamentale nella vita dell'essere umano in quanto fornisce stabilità e sicurezza e permette di mantenere la propria identità, dando significato al proprio essere e alla propria vita. A sua volta questo contribuisce a rinforzare il senso di competenza degli individui, indispensabile per il mantenimento della salute e del benessere psico-sociale (Giornale Italiano di Terapia Occupazionale [GITO], 2009).

A livello teorico sono state identificate otto principali aree occupazionali, all'interno delle quali ciascun ergoterapista è chiamato ad intervenire (GITO, 2009, p. 8-9):

- **B-ADL**
Attività di base della vita quotidiana, volte a garantire la sopravvivenza di base e il benessere dell'individuo. Esse comprendono: mangiare, vestirsi, lavarsi, ecc.
- **I-ADL**
Attività strumentali del vivere quotidiano, volte a supportare la vita quotidiana a domicilio e all'interno della comunità. All'interno di questa categoria troviamo: cura di animali domestici, preparazione dei pasti, gestione della casa, gestione delle finanze, fare acquisti, utilizzare il telefono, ecc.
- **Sonno e riposo**
Attività volte a promuovere il riposo e il sonno dell'individuo. Tra queste troviamo attività di riposo (tranquille e prive di sforzo per garantire il raggiungimento di uno stato di rilassamento fisico e mentale), attività di preparazione al sonno (instaurazione di routine individualizzate che preparano il soggetto all'attività del sonno, come leggere, pregare, impostare la sveglia, ecc.) e partecipazione ad un sonno di qualità.
- **Lavoro**
L'insieme di tutte quelle attività remunerate che l'individuo svolge nel corso della propria vita, oltre che di attività di volontariato. All'interno di quest'area il focus è

rivolto su molteplici aspetti che spaziano dagli interessi e obiettivi lavorativi, fino ad arrivare alla preparazione al pensionamento.

Gli interessi e obiettivi lavorativi riguardano l'individuazione di risorse, limiti e interessi della persona e delle possibilità di lavoro sul territorio.

Successivamente, vi è un sotto-capitolo deputato alla ricerca e all'ottenimento di un impiego, all'interno del quale la persona si occupa degli aspetti burocratici (es. curriculum vitae) necessari per entrare nel mondo del lavoro. Dopodiché viene introdotta la performance lavorativa, che comprende tutte le mansioni e regole alle quali la persona deve sottostare (es. gestione del tempo, rispetto delle regole, relazionarsi con colleghi e clienti, ecc.).

Il sotto-capitolo seguente riguarda la preparazione al pensionamento, durante la quale il focus viene posto sugli interessi e i desideri della persona.

Infine, vi sono la ricerca e la partecipazione ad attività di volontariato, nel rispetto degli interessi e dei valori dell'individuo.

- **Istruzione**

L'insieme di tutte quelle attività indispensabili per l'apprendimento e per la partecipazione nell'ambiente circostante. Questa area occupazionale viene distinta in tre sotto-categorie: partecipazione all'istruzione formale, bisogni formativi personali, partecipazione formativa personale. La prima sotto-categoria comprende lo svolgimento di attività didattiche (materie scolastiche), non didattiche ed extracurricolari o professionali (attività del tempo libero). Successivamente, vi sono i bisogni formativi che permettono di identificare i metodi maggiormente adeguati allo sviluppo di abilità o conoscenze specifiche. Infine, la partecipazione formativa personale concerne lo svolgimento di attività o programmi che vanno oltre l'istruzione formale.

- **Partecipazione sociale**

Quest'area occupazionale comprende tutti gli *“schemi di comportamento strutturati tipici che ci si aspetta da un individuo o da una data posizione all'interno di un sistema sociale”* (Mosey, 1996, citato in GITO, 2009).

Le attività di partecipazione sociale possono essere svolte all'interno della comunità, all'interno del contesto familiare e con amici o pari, dove si osservano diversi livelli di intimità.

- **Tempo libero**

L'area occupazionale in questione comprende attività facoltative, non obbligatorie, che sono motivate da una spinta interna all'individuo e che vengono svolte durante il proprio tempo libero. In particolare, all'interno di questa dimensione sono comprese sia la ricerca che la partecipazione alle attività di tempo libero. L'aspetto della ricerca permette di evidenziare interessi, risorse, abilità e, soprattutto attività maggiormente adeguate al cliente. Successivamente, la partecipazione alle attività del tempo libero comprende l'identificazione, l'organizzazione e la programmazione delle attività di tempo libero all'interno della routine quotidiana.

- **Gioco**

L'insieme di attività organizzate o spontanee che favoriscono il piacere, lo svago o la distrazione dell'essere umano. All'interno dell'area occupazionale gioco, il focus è posto sia sulla ricerca del gioco che sullo svolgimento del gioco stesso.

2.6.3. Il processo ergoterapico

La tipologia di intervento ergoterapico varia a seconda delle richieste del cliente, delle sue risorse e difficoltà, dei suoi obiettivi e dell'ambito all'interno del quale le due figure si trovano a collaborare (ASE, 2005). Nonostante la presenza di numerose variabili, la pratica del terapeuta occupazionale viene suddivisa in quattro tappe specifiche. In primo luogo viene svolto un processo di valutazione, durante il quale il terapeuta occupazionale esegue una raccolta dati dettagliata su storia, risorse, difficoltà, interessi, bisogni e desideri del cliente (ASE, 2005). Inoltre, il terapeuta si informa riguardo allo svolgimento delle attività quotidiane e alle capacità della persona di agire all'interno del rispettivo ambiente di vita (ASE, 2005).

Durante questa fase, e per tutta la durata della presa a carico, l'ergoterapista utilizza diversi metodi di valutazione, scelti in base alla tematica da approfondire. Tra questi troviamo: osservazione del paziente mentre svolge attività libere o strutturate, test standardizzati, misurazioni, scale di valutazione, colloqui/interviste (con il cliente o il caregiver) e autovalutazione del cliente (ASE, 2005). Il processo di valutazione costituisce una tappa fondamentale dell'intera presa a carico, in quanto permette al terapeuta occupazionale di identificare necessità e bisogni del cliente. Inoltre, esso consente anche di evidenziare risorse e limiti di quest'ultimo rispetto allo svolgimento delle proprie attività (American Occupational Therapy Association, 2008). Conoscere il cliente, i suoi valori e i suoi bisogni è fondamentale per pianificare un intervento specifico per la persona e mirato al raggiungimento degli obiettivi formulati.

Il terapeuta è chiamato ad effettuare una valutazione efficace e pertinente. Per fare questo è necessario che egli conosca le problematiche della persona, le sue risorse, la prognosi e che riesca a fare una stima del possibile decorso. Inoltre, il terapeuta conosce gli strumenti di valutazione ed è in grado di selezionare i più adeguati rispetto alla problematica da indagare (Daley et al., 2006).

Una volta raccolte tutte le informazioni necessarie, l'ergoterapista collabora con il cliente nella formulazione degli obiettivi di trattamento, a partire dai quali verrà successivamente definito il piano di intervento (GITO, 2009). La fase deputata alla programmazione del trattamento, prevede un momento di definizione dei metodi necessari per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente prefissati (tipologie di attività, evidenze scientifiche, sedute individuali o gruppalì, strutturazione del setting, ecc.) (GITO, 2009). Una volta concluso questo step si procede con l'implementazione dell'intervento, che verrà costantemente monitorato e valutato dal terapeuta occupazionale, in collaborazione con la persona.

Al termine delle sedute si svolge una parte concernente la valutazione del trattamento, nel corso della quale viene effettuata una ri-valutazione delle terapie svolte, in relazione agli obiettivi iniziali (GITO, 2009).

2.6.4. L'equilibrio occupazionale

Nel momento in cui lo svolgimento di una o più attività della vita quotidiana risulta minacciato da difficoltà personali, ambientali o sociali, l'ergoterapista interviene a sostegno dell'individuo, della sua indipendenza e autonomia e del suo equilibrio occupazionale (Reitz et al., 2020).

Il concetto di equilibrio occupazionale è definito da alcuni autori come un bilanciamento nell'impegno e nello svolgimento di occupazioni significative per la persona, che favorisce il raggiungimento della salute e del benessere dell'individuo stesso (Wilcock, 2006, citato

in Wagman et al., 2012). In quanto promotore della salute, l'ergoterapista si pone come obiettivo principale quello di mantenere o creare un solido equilibrio tra le attività di valore per la persona (Reitz et al., 2020).

La nostra salute e il nostro sviluppo dipendono dal nostro coinvolgimento nella comunità, dallo svolgimento di attività sociali significative, dalla nostra abilità nel prenderci cura di noi stessi, dalle nostre abilità di problem-solving e dalla qualità delle relazioni sociali che intratteniamo (Yanguas et al., 2018). Le avversità della vita possono minacciare il nostro equilibrio e sta a noi trovare delle strategie per ristabilirlo. L'aumentare dell'età e, in particolare, l'entrata nell'anzianità comporta nuove sfide e ostacoli sempre più difficili da superare e, talvolta anche la perdita di alcune occupazioni. In particolare, l'entrata nel pensionamento coincide con la perdita del ruolo di lavoratore, una delle attività principali svolte dalla persona. Successivamente, può verificarsi un'ulteriore diminuzione dei contatti sociali a causa della perdita di amici, parenti o del coniuge e del progressivo allontanamento dalla vita in società (d'Epinay & Spini, 2007).

Anche Wilcock (2006) afferma che il livello di salute, la perdita di attività significative minaccia l'equilibrio occupazionale della persona, portandola ad un peggioramento nel livello di benessere e di salute percepiti (citato in Wagman et al., 2012).

Sepúlveda-Loyola e colleghi (2020) aggiungono che l'interazione con altri adulti e la partecipazione alla vita in società sono fondamentali anche per l'anziano. Trascorrere del tempo con altre persone contribuisce a stimolare il sistema sensoriale, il livello di autostima, l'affettività e soprattutto rappresenta un importante sostegno psicologico per l'individuo. Inoltre, questo permette di mantenere un buon livello di qualità di vita e una costante stimolazione delle funzioni cognitive (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Ecco che, nella popolazione anziana, la perdita di occupazioni rappresenta un grande fattore di rischio per la salute psico-fisica.

Se a questo aggiungiamo le ripercussioni osservate a seguito della comparsa del COVID-19 e dei provvedimenti adottati dalle Autorità Federali per rallentarne la diffusione, osserviamo come il benessere degli anziani sia stato ulteriormente minacciato. Molteplici sono stati i cambiamenti osservati, soprattutto in termini di accesso alle risorse, svolgimento di attività della vita quotidiana (soprattutto di carattere sociale), mobilità nella comunità e intrattenimento di relazioni sociali.

Nonostante le misure adottate dalle autorità si siano rivelate fondamentali per contenere la diffusione del virus, in alcuni casi sono state osservate ripercussioni sulla qualità di vita delle persone (WFOT, 2022). In particolare, la misura del distanziamento sociale ha ridotto le possibilità di interazione con gli altri e di svolgimento di alcune occupazioni all'interno della società (soprattutto legate alla partecipazione sociale e al tempo libero) (WFOT, 2022).

Pandemia e difficoltà relative al processo di invecchiamento portano con sé numerose sfide per l'erogazione di servizi sanitari e sociali. La popolazione degli anziani in Svizzera è molto numerosa e, con la diffusione del Coronavirus, si è trovata particolarmente in difficoltà.

Ecco che, in un periodo storico caratterizzato da difficoltà nell'accesso alle occupazioni, la figura dell'ergoterapista può essere utile per garantire un maggior grado di autonomia possibile alle persone.

2.6.5. L'intervento ergoterapico in ambito geriatrico

Come anticipato, l'intervento ergoterapico può essere implementato in ambiti diversi e varia a seconda delle necessità della persona/popolazione interessata. In ambito geriatrico esso viene svolto all'interno di settings estremamente diversi tra loro, come: ospedali, case di cura, domicilio del cliente, cliniche di riabilitazione o cliniche specializzate (Daley et al., 2006). Nonostante i luoghi di terapia possano variare molto, l'obiettivo principale dell'intervento ergoterapico rimane il medesimo: fornire alle persone le competenze, gli strumenti o le strategie necessarie per raggiungere il più alto livello di indipendenza possibile nello svolgimento di attività della vita quotidiana (Daley et al., 2006). Inoltre, gli ergoterapisti sostengono la persona nell'affrontare le molteplici sfide legate all'invecchiamento (Kendig, 2010). Per fare questo, il focus della valutazione viene posto da subito sulla persona, le sue caratteristiche, i suoi bisogni e le sue necessità (viene delineato il profilo occupazionale). Successivamente, l'Ergoterapista si concentra anche sulla comprensione dell'ambiente, fisico e sociale, all'interno del quale il cliente svolge le proprie occupazioni. In ambito geriatrico, questo procedimento costituisce un punto fondamentale dell'intera presa in carico, in quanto permette di indagare la rete sociale del cliente, il supporto o le limitazioni ambientali e la presenza di eventuali barriere che limitano la partecipazione alle attività importanti per quest'ultimo (Kendig, 2010). In questa fase della vita, la persona si confronta con una progressiva riduzione delle riserve fisiologiche e sensomotorie, pertanto potrebbero insorgere difficoltà a livello di mobilità nell'ambiente, nella comunità, di diminuzione dei contatti o delle attività di carattere sociale o di mantenimento delle abilità necessarie per compiere le proprie occupazioni (d'Epina & Spini, 2007).

Anche nel caso delle persone anziane e, a seconda delle problematiche riscontrate, il terapeuta occupazionale identifica lo strumento di valutazione maggiormente adeguato che permetta una loro approfondita comprensione. Solitamente, le valutazioni ergoterapiche in ambito geriatrico, ma non solo, concernono i seguenti parametri: funzioni cognitive, ampiezza del movimento (valutazione goniometrica), dolore, forza muscolare, coordinazione motoria, motricità fine e grossolana, equilibrio, cammino, indipendenza e autonomia nelle ADL, mobilità, partecipazione sociale e trasferimenti (es. letto-carrozzina) (Daley et al., 2006).

Come detto, la tappa successiva riguarda la pianificazione e l'implementazione dell'intervento, sulla base degli obiettivi formulati in collaborazione con il cliente. Le possibilità di trattamento ergoterapiche comprendono sia esercizi funzionali che occupazioni o attività di interesse per la persona (es. attività di cucina, giochi da tavolo, attività sportive o del tempo libero, ecc.). Le attività terapeutiche, sia funzionali che occupazionali, vengono utilizzate per mantenere, recuperare o migliorare le abilità necessarie per il loro stesso svolgimento. Parallelamente, esse costituiscono un mezzo efficace per incrementare l'interesse e la partecipazione e sostenere la motivazione del paziente (Daley et al., 2006).

Generalmente, le proposte di trattamento di Terapia Occupazionale con pazienti anziani comprendono:

- Programmi di trattamento personalizzati, volti ad incrementare, recuperare o mantenere la capacità della persona (motorie, cognitive) di svolgere le occupazioni per lei significative;
- Valutazioni del domicilio, con possibile introduzione di ausili o adattamenti specifici a sostegno dell'autonomia e dell'indipendenza del cliente;
- Istruzione e sostegno al caregiver o ai familiari rispetto alla problematica del proprio caro e alle strategie da loro attuabili nella quotidianità;

- Istruzione al cliente e al caregiver sul corretto utilizzo degli ausili/adattamenti proposti;
- Valutazione e trattamento delle abilità di performance (abilità che permettono lo svolgimento di occupazioni e attività) (Daley et al., 2006).

2.6.6. L'intervento ergoterapico per alleviare solitudine e isolamento sociale nell'anziano

Come anticipato precedentemente, la qualità di vita e il benessere rappresentano due concetti fondamentali per l'essere umano, in quanto strettamente correlati con il mantenimento di uno stato di salute e dell'impegno in occupazioni quotidiane (Adams et al., 2021). All'interno delle diverse prestazioni di cura, gli operatori sanitari si occupano di garantire il più alto livello di qualità di vita e di benessere possibile alla persona, tramite l'implementazione di molteplici interventi (Adams et al., 2021).

Come già introdotto, l'invecchiamento costituisce un processo di transizione estremamente complesso che, nei soggetti anziani ritenuti più fragili, può provocare un aumento dell'isolamento sociale e della solitudine (Adams et al., 2021). Tali situazioni sono generalmente caratterizzate da una progressiva riduzione delle reti sociali, della mobilità funzionale e della partecipazione sociale. Fattori che si ripercuotono a loro volta sulla qualità di vita della persona, aumentando il rischio di sviluppare sintomi depressivi o malattie croniche (Adams et al., 2021).

Di fronte a questi avvenimenti, numerose professioni sanitarie intervengono in tal senso, proponendo interventi specifici e individualizzati, sulla base delle problematiche espresse.

Gli interventi ergoterapici si distinguono frequentemente in interventi basati sulle occupazioni (gli interventi vengono pianificati sulla base delle occupazioni o attività di interesse per la persona) o interventi basati sulla persona. L'utilizzo di interventi basati sull'occupazione permette agli anziani di interagire e socializzare con altri adulti, creando o mantenendo legami affettivi significativi, sviluppando nel contempo abilità sociali (Adams et al., 2021; Cohen-Mansfield & Perach, 2015). Essi contribuiscono inoltre ad incrementare la motivazione e l'interesse dei soggetti, invogliandoli a partecipare alla vita in società (es. gruppo di arte, mindfulness/meditazione, teatro, frequentare il bar con gli amici, ecc.).

Parallelamente, gli interventi basati sulla persona si focalizzano sullo sviluppo o il mantenimento di numerose abilità insite nella persona, come abilità sociali, cognitive, motorie, ecc. Essi consentono infatti di accrescere la fiducia in sé stessi e l'autostima, di incrementare la partecipazione sociale e le interazioni con altri individui, di alleviare la solitudine percepita e, infine, di migliorare la qualità di vita e l'autonomia dei soggetti interessati (Adams et al., 2021).

Entrambe le modalità di intervento possono essere svolte individualmente o all'interno di un gruppo (Adams et al., 2021). Nel secondo caso, l'ergoterapista può inserirsi a livello comunitario o istituzionale (Cohen-Mansfield & Perach, 2015).

2.7 Rilevanza del fenomeno per la pratica professionale

Il Coronavirus, la popolazione anziana e i concetti di solitudine e isolamento sociale sono tematiche molto attuali ed estremamente importanti anche a livello mondiale. Come sottolineato più volte, il COVID-19 ha caratterizzato gli ultimi anni della nostra vita, diventando uno degli argomenti maggiormente trattati, sia in ambito scientifico che tra i cittadini di tutto il mondo.

In Svizzera gli anziani rappresentano una fetta importante rispetto al totale degli abitanti dell'intera nazione. Negli ultimi 120 anni si è assistito ad un aumento del numero di ultrasessantenni sul nostro territorio (*figura 1*), arrivati a rappresentare la fascia più numerosa dell'intera popolazione (Ufficio Federale di Statistica, 2021).

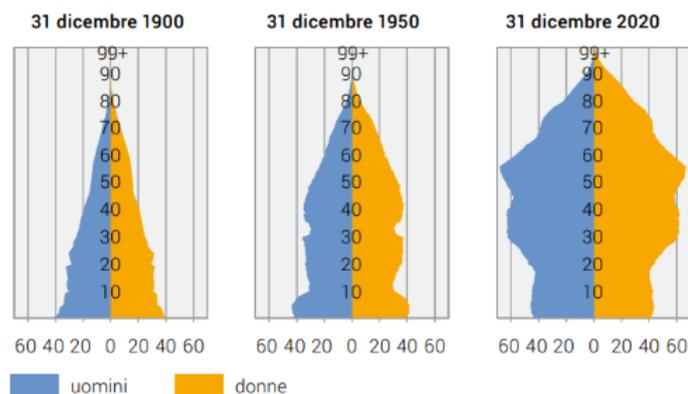


Figura 1: Piramide dell'età secondo il sesso (Ufficio Federale di Statistica, 2021).

Il progressivo e costante invecchiamento della popolazione rappresenta una delle problematiche maggiormente discusse nel corso del XXI secolo, anche a livello mondiale (Martineau & Plard, 2018). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le persone in tutto il mondo vivono più a lungo (2022). In Svizzera e in altre nazioni del mondo si è assistito, e si assiste tutt'ora, ad una crescita costante della popolazione anziana, sia in termini di età raggiunta che di numero di soggetti (OMS, 2022). Entro il 2030 si stima che, in tutto il mondo, una persona su sei avrà un'età superiore ai sessant'anni e il numero di anziani passerà dal miliardo, registrato nel 2020, ad 1.4 miliardi. Inoltre, la previsione è che il numero di persone nel mondo al di sopra degli 80 anni potrebbe triplicare entro il 2050, raggiungendo le 426 milioni di unità (OMS, 2022). Anche in Ticino ci si aspetta un andamento simile. Entro i prossimi vent'anni assisteremo ad una crescita sostenuta dei 65-79enni, che arriveranno a costituire quasi un terzo della popolazione dell'intero Cantone (Cavalli & Corna, 2020).

I dati presentati in questo paragrafo, e nel capitolo 2.3, ci pongono di fronte alla necessità di comprendere i bisogni, le difficoltà e i desideri di una fetta così grande del popolo Elvetico.

La crescita della popolazione anziana pone il sistema sociosanitario in uno stato di estrema attenzione. Nei prossimi anni si prevede l'esigenza di maggiore disponibilità di personale sanitario e riabilitativo, quindi anche di ergoterapisti. Esigenza per la quale gli istituti di formazione di queste figure professionali già da qualche anno si stanno attrezzando per risponderci.

3. METODOLOGIA

Come esplicitato in precedenza, la domanda di ricerca che funge da punto di partenza di questo studio è la seguente: “Qual è stata l’esperienza degli anziani over 80 in Ticino, rispetto a solitudine e isolamento sociale, durante il periodo di confinamento dovuto al COVID-19?”. Per ricavare i dati necessari a formulare una risposta a tale interrogativo è stata realizzata una ricerca di tipo qualitativo, attraverso la somministrazione di una serie di interviste semi-strutturate.

In ambito sanitario, la ricerca qualitativa consente di descrivere, esplorare e spiegare in maniera precisa la relazione tra salute e malattia e le caratteristiche dei servizi sanitari (Luciani et al., 2019). Più nello specifico, l’approccio qualitativo permette una comprensione maggiormente approfondita di un fenomeno, attraverso l’analisi del punto di vista dei partecipanti, del contesto all’interno del quale si svolge l’azione e attraverso l’identificazione dei fattori che contribuiscono alla creazione di tale fenomeno (Maxwell, 1996).

Uno dei punti forti di questa metodologia di ricerca consiste nella sua capacità di analizzare processi e modelli del comportamento umano, come esperienze e atteggiamenti, estremamente difficili da quantificare. L’approccio qualitativo necessita, in primo luogo, dell’instaurazione di una relazione tra il ricercatore e i partecipanti allo studio, che sostenga la condivisione di pensieri, emozioni e sentimenti, così come il racconto del vissuto delle persone stesse (Corbetta, 2003). Ne consegue che i dati ricavati risultino estremamente ricchi, profondi e orientati all’esperienza sociale di ciascun individuo (Tenny et al., 2022).

Per cogliere l’esperienza e le sensazioni dei partecipanti in maniera autentica, sono state svolte alcune interviste semi-strutturate, con l’obiettivo di costruire un dialogo sereno e rilassato che permettesse alle persone di sentirsi a proprio agio nella condivisione della loro esperienza soggettiva.

3.1 Lo strumento di raccolta dati

Lo strumento di raccolta dati utilizzato nella realizzazione di questo documento è l’intervista semi-strutturata.

Questa tipologia di intervista è composta da una serie di domande predefinite che guidano il discorso e consentono al tempo stesso di ricavare dati significativi, relativi ad episodi, opinioni o percezioni degli individui intervistati (Peters & Halcomb, 2015). Il vantaggio di questo strumento consiste nella sua struttura estremamente malleabile, che permette di reindirizzare le domande in tempo reale, in funzione degli argomenti affrontati nel corso del colloquio (Anderson, 2010).

Le domande dell’intervista sono state formulate sulla base di un’analisi approfondita della domanda di ricerca, dalla quale sono stati estrapolati alcuni argomenti che necessitavano di essere approfonditi durante l’incontro con i partecipanti. Sulla base di questa sintesi sono stati formulati ventidue interrogativi volti a sostenere la discussione e a far emergere l’esperienza soggettiva delle persone intervistate (Given, 2008). In particolare, gli argomenti selezionati riguardano il vissuto degli anziani, la gestione dei contatti sociali, lo svolgimento di attività della vita quotidiana e le sensazioni provate durante il periodo della pandemia, come ad esempio solitudine, tristezza o paura.

Molti di questi interrogativi richiedono la condivisione di sensazioni ed emozioni strettamente personali, un compito non sempre facile, soprattutto in presenza di un’estranea. Fondamentale in questo caso è la creazione di una relazione di fiducia con

la persona, dimostrandosi empatici e prediligendo un ascolto di tipo attivo. L'empatia e l'ascolto attivo sostengono il ricercatore nell'accogliere in maniera neutra, disponibile e senza giudizio i racconti degli individui.

Nonostante all'interno della guida le domande fossero scritte in ordine logico, durante le interviste ha prevalso la spontaneità. Ai partecipanti è stata data la possibilità di raccontare il proprio vissuto in maniera libera e naturale e le domande sono state poste in base alle tematiche da essi approfondite.

Uno dei punti forti dell'intervista semi-strutturata è proprio la sua flessibilità, che permette di costruire un dialogo molto fluido e aperto, sulla base di quanto condiviso dall'intervistato/a (Anderson, 2010).

3.2 Aspetti etici

Una prerogativa necessaria per procedere alla raccolta dei dati è il consenso informato dei partecipanti. Per poter somministrare le interviste è stato necessario informare adeguatamente le persone rispetto a quanto sarebbe accaduto, assicurandosi che fossero consenzienti nella condivisione di informazioni private e soggettive. È stato quindi realizzato un documento per il consenso informato, personalizzato in base alle esigenze dell'intervista. All'inizio di quest'ultimo è stata inserita una presentazione sintetica del lavoro di Bachelor, che motivasse la necessità di svolgere tali interviste e che illustrasse brevemente gli obiettivi della ricerca. In questo modo ai partecipanti è stata garantita la massima trasparenza.

Nella parte centrale del documento il focus si è spostato verso la dimensione etica, fondamentale nel caso di una ricerca qualitativa. In particolare, sono stati garantiti la protezione dell'anonimato, il rispetto dei criteri etici della privacy e l'utilizzo dei dati esclusivamente a scopo di ricerca.

Trattando argomenti delicati ed estremamente personali all'interno del modulo è stata sottolineata la libertà degli intervistati di non rispondere nel caso le domande risultassero troppo personali o fossero fonte di disagio. Inoltre, è stato specificato che, per poter elaborare i dati ottenuti più efficacemente in un secondo momento, sarebbe stato necessario registrare le conversazioni.

Il modulo del consenso informato è stato consegnato ad ogni partecipante all'inizio di ogni incontro. Ad ognuno è stato lasciato il tempo per leggere, comprendere e, successivamente, firmare il documento, dopodiché hanno avuto luogo le interviste.

3.3 Il setting della raccolta dati

All'interno del processo di raccolta dati, risulta fondamentale la scelta del setting. Creswell (1998) sottolinea l'importanza della strutturazione di un setting naturale, conosciuto e significativo per la persona e all'interno del quale essa si senta al sicuro e libera di condividere le proprie sensazioni ed emozioni.

Proprio per questo motivo le interviste sono state realizzate al domicilio delle persone, un luogo sereno e tranquillo dove potessero sentirsi a proprio agio. Questo ha contribuito a creare un clima sereno e rilassato, ponendo le basi per l'instaurarsi di una relazione di fiducia. Inoltre, la scelta di organizzare gli incontri al domicilio delle persone è stata dettata anche dalla pandemia. Trattandosi di soggetti a rischio, si è cercato di ridurre le possibilità di contagio, prediligendo l'ambiente ecologico ed evitando luoghi esterni e affollati.

3.4 Modalità di ricerca del campione e criteri di inclusione ed esclusione

Il gruppo degli intervistati è costituito da sei anziani over 80 che vivono al domicilio, divisi in due sotto-gruppi; tre di questi sono seguiti da un'ergoterapista, mentre i tre restanti non partecipano a sedute di Ergoterapia. Prima di ricercare e definire il campione sono stati formulati i criteri di inclusione e di esclusione per entrambi i sotto-gruppi. I criteri di inclusione alla ricerca per il primo sotto-gruppo comprendono: soggetti di età superiore agli 80 anni, vivere al proprio domicilio, espressione in lingua italiana, residenti in Svizzera durante il periodo della pandemia, prescrizione per Ergoterapia. Anche il secondo sotto-gruppo presenta i medesimi criteri di esclusione ed inclusione. L'unica differenza sta nel fatto che, all'interno dei criteri di inclusione non figura la voce "prescrizione per Ergoterapia".

All'interno della categoria dei criteri di esclusione figurano invece i seguenti punti: residenti presso strutture protette, diagnosi di Alzheimer o presenza di altri deficit cognitivi importanti e diagnosi di depressione.

A metà febbraio 2022 è stato intrapreso il processo di selezione del gruppo degli intervistati, tramite il supporto di un Ergoterapista diplomato, impegnato in ambito geriatrico e di altre figure esterne al settore sanitario. L'individuazione dei soggetti appartenenti al secondo sotto-gruppo si è rivelata maggiormente complessa in quanto ha richiesto il coinvolgimento di conoscenze personali. Nonostante questo, a fine febbraio l'intero campione è stato definito e le interviste pianificate. Il mese successivo si sono svolti tutti gli incontri ed è iniziato il processo di analisi dei dati.

3.5 Metodologia di analisi dei dati

Il termine dello svolgimento delle interviste ha segnato l'inizio di una nuova tappa della ricerca qualitativa: l'analisi dei dati. In particolare, si è deciso di utilizzare, durante questo processo, il metodo dell'analisi tematica, uno dei più diffusi nell'ambito della ricerca qualitativa (Braun & Clark, 2006). Esso permette di identificare, analizzare e riportare le tematiche emerse nelle interviste, attraverso l'alternanza di sei fasi specifiche nel corso di tale procedimento (Braun & Clark, 2006). La prima di queste consiste nella familiarizzazione con i dati raccolti (Braun & Clark, 2006). Per poter giungere a questa prima fase è stata svolta la trascrizione a computer di ogni intervista, tramite il supporto di un registratore vocale, utilizzato durante i momenti di incontro con i partecipanti. I testi sono successivamente stati stampati e riletti più volte con l'obiettivo di sviluppare una conoscenza approfondita degli argomenti emersi durante gli incontri (fase della familiarizzazione con i dati raccolti). Dopodiché si è trattato di generare i primi codici, attraverso l'implementazione di un approccio di tipo induttivo, fondamentale nella creazione di categorie generali, a partire da concetti specifici (seconda fase dell'analisi tematica) (Chinn & Kramer, 1999, citato in Elo & Kyngäs, 2008). Una volta estrapolati, i codici sono stati ulteriormente analizzati in quanto risultava indispensabile comprendere la loro pertinenza rispetto alla domanda di ricerca. Da questo procedimento sono stati identificati alcuni temi generali (terza fase). La fase successiva richiedeva una verifica di tali temi, svoltasi tramite una revisione accurata del lavoro compiuto fino a quel momento e della sua solidità e coerenza (Braun & Clark, 2006). Lo step successivo ha richiesto lo sviluppo l'interpretazione dei temi precedentemente rilevati (quinta fase). In questo caso, l'obiettivo era quello di "*identificare una storia in ogni tema e tra temi*", ovvero cogliere la specificità dei singoli argomenti e il significato generale che emerge dalla loro unione (Braun & Clark, 2006). La riflessione legata a questa tappa del procedimento è stata

riportata all'interno del capitolo inerente alla descrizione dei risultati. Infine, con i dati raccolti con lo svolgimento dell'analisi tematica, è stato scritto un rapporto dettagliato, inserito nel capitolo della discussione. Al suo interno, le tematiche emerse durante le interviste sono confrontate con la letteratura scientifica, contestualizzate e interpretate secondo il punto di vista di chi scrive (Braun & Clark, 2006).

4. DESCRIZIONE DEI RISULTATI

4.1 Descrizione degli intervistati

Per lo svolgimento delle interviste qualitative sono state selezionate sei persone al di sopra degli 80 anni, che vivevano al proprio domicilio.

Tabella 1: Tabella riassuntiva dei dati riguardanti i soggetti intervistati.

Intervistato/a	Genere	Età	Con chi abita	Ergoterapia
1	Donna	82	Da sola	Sì
2	Donna	82	Da sola	Sì
3	Donna	83	Da sola	No
4	Uomo	87	Coniuge	Sì
5	Donna	81	Coniuge	No
6	Uomo	80	Coniuge	No

4.2 Dati emersi

Il processo di trascrizione delle interviste e di analisi dei dati ricavati ha permesso di individuare i temi principali emersi nel corso dei sei incontri. Una volta definiti, i temi principali hanno consentito di identificare i seguenti codici:

- Socialità;
- Attività della vita quotidiana;
- Isolamento sociale e solitudine;
- Emozioni vissute;
- Bisogni futuri;
- Ergoterapia.

Segue l'analisi di ogni codice estrapolato dalle interviste.

4.2.1. Socialità

Durante la pandemia, soprattutto durante il periodo di confinamento, la vita sociale delle persone ha subito un grande cambiamento. Vi sono stati casi in cui le persone, di fronte alle direttive formulate dal Consiglio Federale per rallentare la diffusione del Coronavirus, hanno raccontato di aver ridotto notevolmente i contatti sociali con le altre persone e di essersi sentite in difficoltà.

- *“I miei contatti sono diminuiti. Una volta con le amiche si andava spesso in Italia al mercato, a bere il caffè o dal parrucchiere ma non siamo più andate.” (Intervistata 1)*
- *“Forse i miei contatti sono diminuiti un pochettino, si soffriva la lontananza dai parenti e non si faceva più niente” (Intervistata 3)*
- *“Prima andavamo sempre in giro, adesso ci siamo chiusi perché mia moglie è malata e non può fare il vaccino. Non siamo più andati da nessuna parte e non abbiamo più visto nessuno.” (Intervistato 4)*

- *“La mia vita è cambiata moltissimo. Prima uscivamo spesso, si andava a camminare, si usciva a mangiare con gli amici o con i parenti. Adesso niente, abbiamo rinunciato a tutto, non vediamo più nessuno”. (Intervistata 5)*
- *“Sia io che mia moglie abbiamo diminuito i contatti con gli altri, non abbiamo più fatto niente.” (Intervistato 6)*

In un solo caso, una signora ha affermato di aver mantenuto lo stesso numero di relazioni sociali anche durante il periodo di confinamento, continuando a frequentare le amiche come prima della pandemia.

- *“I contatti sono rimasti gli stessi, con le vicine vado a camminare o fare la spesa come prima”. (Intervistata 2)*

4.2.2. Attività della vita quotidiana

A seguito dell'insorgenza del COVID-19 lo svolgimento di alcune attività della vita quotidiana e del tempo libero si è rivelato difficoltoso. Il confinamento, la chiusura di numerosi luoghi culturali, sociali e sportivi e le direttive emanate dalle autorità federali hanno contribuito a limitare le persone nella partecipazione ad attività significative, soprattutto in quelle di carattere sociale/interattivo.

- *“Durante questo periodo la musica, il disegno e il giardinaggio non li ho mai mollati, però non siamo più andati da nessuna parte. Più nessun viaggio, non sono più andato da mia sorella e anche a mangiare fuori non siamo più andati”. (Intervistato 4)*
- *“Le attività importanti per me sono tutti i lavori che ci sono da fare in casa e poi andavamo. Andavamo a Zurigo diverse volte all'anno a trovare mio fratello e una volta all'anno andavamo al mare due settimane. Eravamo sempre in movimento e adesso con il Covid più niente.” (Intervistata 5)*
- *“...l'unica cosa che facevo durante la pandemia era leggere e fare le parole crociate... sì quelle cose le ho fatte molto di più perché il volontariato, il tennis e la canasta sono stati tutti sospesi.” (Intervistata 3)*

In generale tutti i partecipanti hanno affermato di aver sospeso le attività di carattere sociale in quanto spaventati dalla possibilità di contrarre la malattia a seguito dell'interazione con altre persone. Oltre a questo, in alcuni casi anche lo stato di salute ritenuto precario ha contribuito a limitare lo svolgimento di alcune attività.

- *“Non abbiamo più fatto neanche la canasta perché non ci si poteva trovare...” (Intervistata 3)*
- *“Mi piacerebbe ricominciare ad andare in giro, anche solo andare al Serfontana. Saranno due anni che non vado più, da quando c'è stato il covid e dicevano di non uscire. Anche il medico mi ha detto di non uscire perché non sono proprio sana.” (Intervistata 1)*
- *“... avevamo paura e mia moglie deve stare molto attenta perché è malata.” (Intervistato 4)*

- *“abbiamo smesso di fare tutto per la paura della malattia...” (Intervistato 6)*

Al contrario, una partecipante ha riferito di non aver mai interrotto lo svolgimento delle proprie attività di vita quotidiana in quanto si è sempre sentita tranquilla e sicura.

- *“Ho sempre fatto tutto. Ero tranquilla, non avevo paura. Se doveva succedere qualcosa ero pronta ma non avevo paura.” (Intervistata 2)*

Nella maggior parte dei casi (cinque persone su sei) è emerso il forte desiderio di riprendere lo svolgimento di tutte le attività interrotte a causa del Coronavirus e delle sue conseguenze, sia a livello di salute che di misure adottate dalle autorità.

4.2.3. Isolamento sociale e solitudine

Come anticipato nel paragrafo precedente, le misure introdotte dal Consiglio Federale con l'obiettivo di contenere e rallentare la diffusione del COVID-19 hanno avuto delle ripercussioni sulla vita delle persone. In molti casi è stato osservato un aumento dei livelli di solitudine e di isolamento sociale, soprattutto nella fascia di popolazione più anziana. Alcuni dei soggetti intervistati hanno ammesso di essersi sentiti maggiormente soli o di aver vissuto situazioni di isolamento sociale durante il periodo pandemico.

- *“I primi tempi mi sono sentita molto sola e isolata.” (Intervistata 1)*
- *“Più isolato sì, non andiamo più in giro perché mia moglie è malata e dobbiamo stare attenti.” (Intervistato 4)*
- *“Molto più sola e molto più isolata. Non siamo più andati da nessuna parte.” (Intervistata 5)*
- *“I primi tempi mi sono sentito abbastanza solo e isolato. Ora mi sono un po' abituato.” (Intervistato 6)*

Diversamente da quanto espresso dagli intervistati 1, 4, 5 e 6, l'intervistata 3 ha raccontato di non aver vissuto situazioni di isolamento sociale, né tantomeno di essersi sentita sola. Durante il periodo di confinamento al domicilio ha riferito di essersi progressivamente abituata a stare da sola, tanto da sentire la necessità di allontanarsi spontaneamente dalla socialità.

- *“Non mi sento né più sola né più isolata di prima ma mi sono resa conto che ho iniziato a isolarmi molto di più di prima. Mi sono abituata a stare tanto da sola.” (Intervistata 3)*

Un'esperienza ulteriormente diversa è stata riportata dall'intervistata 2, che ha ammesso di non avere avuto difficoltà né dal punto di vista emotivo né da quello sociale durante tale periodo e di essersi sempre sentita a proprio agio.

A tutti i partecipanti è stato chiesto di riflettere sulle possibili motivazioni che hanno contribuito ad incrementare i livelli di solitudine e di isolamento sociale. Dalle loro risposte è emerso in maniera molto evidente come la paura della malattia e l'abituarsi a passare molto tempo al proprio domicilio li abbiano portati a ridurre lo svolgimento di attività sociali all'interno della comunità.

- *“Mi sono abituata a stare da sola” (Intervistata 3)*
- *“Non sono più andato in giro e alla fine mi sono abituato a stare in casa.” (Intervistato 6)*
- *“Perché non sono più quella di prima. Non vado più in giro. Prima uscivo sempre.” (Intervistata 1)*
- *“Perché non sono più andata da nessuna parte” (Intervistata 5)*
- *“Il COVID-19, il vaccino che mia moglie non può fare e la paura di prenderla.” (Intervistato 4)*

4.2.4. Emozioni vissute

A livello emotivo, il periodo della pandemia si è rivelato in molti casi estremamente intenso e tormentato. La riduzione dei contatti sociali a seguito dell'introduzione del concetto di distanziamento sociale si è riflessa negativamente sul tono dell'umore di alcuni partecipanti. La maggior parte ha raccontato di aver provato tristezza e dispiacere a seguito della lontananza dai propri cari.

- *“Mi dispiaceva.” (Intervistata 1)*
- *“All'inizio ero un po' triste...” (Intervistato 6)*
- *“Un po' triste, si soffriva la lontananza dei parenti soprattutto.” (Intervistata 3)*
- *“È triste. Li abbiamo sempre avuti a casa (parla dei nipoti) e adesso vanno e vengono di corsa ogni tanto. (Intervistato 4)*
- *“Per me è una chiusura e soffro tanto.” (intervistata 5)*

La componente emotiva è stata particolarmente riscontrata anche in seguito alla riduzione delle possibilità di svolgimento di occupazioni di carattere sociale. La presenza del Coronavirus ha condizionato la vita delle persone, incrementando un senso di paura di fronte alla possibilità di contrarre la malattia.

- *“Avevo paura di prenderla perché sono già mezza malata e anche il dottore mi ha detto di fare attenzione.” (Intervistata 1)*
- *“... e anche la canasta non l'abbiamo più fatta perché non ci si poteva trovare e poi avevamo un po' paura a trovarci insieme.” (Intervistata 3)*
- *“Avevamo paura e mia moglie doveva stare molto attenta.” (Intervistato 4)*
- *“Sia io che mia moglie avevamo paura di prendere la malattia, non sono neanche più stato vicino ai nipoti.” (Intervistato 6)*

Nonostante la maggior parte degli intervistati ha riferito di essersi sentita spaventata di fronte all'elevato tasso di trasmissibilità del COVID-19, una partecipante ha condiviso un vissuto emotivo estremamente differente. Durante il periodo della pandemia ha raccontato di essersi sempre sentita tranquilla e di non aver mai provato paura o sofferenza, riuscendo a mantenere le proprie routine giornaliere.

- *“Io leggevo i miei giornali e basta. Ero tranquilla.” (Intervistata 2)*

4.2.5. Bisogni futuri

Un argomento approfondito durante le interviste riguardava i bisogni o desideri per il futuro riscontrati dai partecipanti nel corso del periodo pandemico. In tutti e sei i casi tali bisogni si orientavano verso due grandi tematiche: la salute e lo svolgimento di occupazioni significative. Riuscire a mantenere uno stato di salute sufficientemente elevato da garantire lo svolgimento di quelle attività ritenute come maggiormente importanti e soddisfacenti si è rivelato un obiettivo comune per tutti i partecipanti alle interviste.

- *“Desidero continuare a stare bene.” (Intervistata 1)*
- *“Continuare a fare quello che mi piace, stare bene.” (Intervistata 2)*
- *“Proseguire in salute e mantenere quello che faccio perché è importante per me.” (Intervistata 3)*
- *“Poter tornare a viaggiare e stare bene.” (Intervistato 4)*
- *“Riprendere ad andare in giro e stare bene.” (Intervistata 5)*
- *“Stare bene e continuare a fare quello che mi piace.” (Intervistato 6)*

4.2.6. Ergoterapia

Nonostante la comparsa del Coronavirus, i tre soggetti del secondo sotto-gruppo (con prescrizione per Ergoterapia) intervistati hanno proseguito il percorso intrapreso con l'ergoterapista, svolgendo regolarmente sedute settimanali al proprio domicilio. Durante i tre incontri si è cercato di comprendere quale fosse il ruolo dell'ergoterapista, attraverso il punto di vista dei partecipanti alla ricerca.

Una signora intervistata ha parlato del ruolo dell'ergoterapista in termini di sostegno e supporto durante lo svolgimento di quelle attività che non era più in grado di svolgere autonomamente.

- *“Mi aiuta a fare le cose che non riesco a fare da sola. Per esempio mi aiuta a fare le parole crociate, sai qualche volta non riesco e allora lei mi aiuta”. (Intervistata 1)*

Secondo gli altri due membri del sotto-gruppo, la presenza dell'ergoterapista ha rappresentato un importante sostegno soprattutto dal punto di vista cognitivo. Entrambi hanno percepito un beneficio a livello mentale nel corso delle sedute con frequenza settimanale.

- *“Mi accorgo che la mia mente funziona meglio.” (Intervistato 4)*
- *“Mi fa bene fare ergoterapia perché alleno la testa...” (Intervistata 2)*

Infine, tutti e tre hanno riscontrato anche un beneficio a livello sociale, sostenendo come la presenza dell'ergoterapista, specialmente nel periodo legato alla pandemia, abbia fatto loro compagnia in un momento difficile.

- *“E poi almeno posso parlare un po' e ho un po' di compagnia.” (Intervistata 1)*

- *“Anche stare con la gente mi piace (si stava parlando dell’ergoterapista), per chiacchierare.” (Intervistata 2)*
- *“... e poi è bello vedere qualcuno. Sa con questo covid siamo rimasti proprio isolati e ogni tanto fa piacere avere compagnia.” (Intervistato 4)*

Rispetto a quanto riportato precedentemente, non è possibile affermare che l’ergoterapista abbia sostenuto le persone nel combattere solitudine e isolamento sociale. La sua presenza non ha l’obiettivo di fare compagnia alle persone, bensì permette di creare le condizioni necessarie affinché la persona possa trovare il modo adatto a sé per colmare delle mancanze a livello sociale.

5. DISCUSSIONE

All'interno di questo capitolo sono ripresi, discussi e interpretati i risultati principali emersi dalle interviste. Nella parte riguardante l'interpretazione, essi sono analizzati in maniera più approfondita e confrontati con la letteratura scientifica.

Inoltre, a conclusione di questo capitolo è presente una riflessione concernente risorse e limiti dello studio, la rilevanza che esso ha nella pratica clinica e i possibili sviluppi futuri.

5.1 Risultati chiave

In seguito alla descrizione dei risultati, le tematiche emerse dalle interviste sono state raggruppate in quattro principali categorie: le difficoltà riscontrate, la dimensione sociale, le aspettative future e l'Ergoterapia. Per ogni singola categoria sono stati successivamente evidenziati alcuni sotto-argomenti più frequentemente riscontrati durante i colloqui.

5.2. Interpretazione dei risultati

All'interno di questo capitolo i risultati ottenuti con la somministrazione delle interviste verranno confrontati con il supporto della letteratura presente nel quadro teorico di riferimento (capitolo 2 del documento) e con alcuni articoli scientifici individuati in un secondo momento.

Le difficoltà riscontrate

Come abbiamo visto, tra le principali difficoltà riscontrate dai soggetti intervistati, durante la pandemia, sono emersi isolamento sociale, solitudine e svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Per quanto riguarda solitudine e isolamento sociale, quattro delle sei persone intervistate hanno raccontato di aver vissuto un aumento dei livelli, in entrambe le situazioni, durante il periodo di confinamento al domicilio e di essersi sentite tristi o impaurite. Conseguenze corrispondenti a quanto riportato in letteratura. In particolare, Roy e colleghi (2020) sostengono che la misura del distanziamento sociale abbia avuto un forte impatto sulla salute fisica e mentale delle persone più anziane, aumentando il rischio di sviluppare solitudine o vivere situazioni di isolamento sociale. Un fenomeno estremamente importante che diventa indispensabile monitorare, in quanto potrebbe aumentare il rischio di mortalità del 26% nel caso della solitudine e del 29% per quanto riguarda l'isolamento sociale. Oltre a questo, è stata osservata una correlazione tra solitudine e sviluppo di demenza in alcuni soggetti anziani. Il rischio di sviluppare una forma di demenza per chi si sente solo è di 1.58 volte maggiore rispetto a chi gode del supporto di una rete sociale stabile (Freedman & Nicolle, 2020).

Ancor prima della scoperta del COVID-19, sia la solitudine che l'isolamento sociale interessavano gli anziani di tutto il mondo, aumentando il rischio di sviluppare condizioni croniche come ipertensione, ictus, obesità, e molto altro (Yanguas et al., 2018). L'arrivo della pandemia e, soprattutto, le conseguenze che i provvedimenti sanitari hanno avuto sulla popolazione, non hanno fatto altro che acuitizzare la problematica (Hwang et al., 2020). È infatti noto che l'interazione con altri adulti contribuisca a stimolare il sistema

sensoriale, il livello di autostima, l'affettività e rappresenti un'importante fonte di sostegno psicologico (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Durante il periodo di confinamento al domicilio, sia l'intervistato 4 che l'intervistata 5 hanno riportato un aumento della solitudine e una diminuzione dei contatti sociali a seguito di un'interruzione nella partecipazione ad attività di carattere sociale.

Secondariamente, dai colloqui è emersa un'ulteriore difficoltà rispetto allo svolgimento di alcune occupazioni che, a causa della paura della malattia e delle limitazioni introdotte dalle autorità, sono state interrotte. Cinque persone delle sei intervistate hanno infatti raccontato di aver mantenuto, durante i momenti trascorsi a casa, esclusivamente attività individuali:

- *“Durante questo periodo la musica, il disegno e il giardinaggio non li ho mai mollati, però non siamo più andati da nessuna parte. Più nessun viaggio, non sono più andato da mia sorella e anche a mangiare fuori non siamo più andati”.* (Intervistato 4)
- *“Le attività importanti per me sono tutti i lavori che ci sono da fare in casa e poi andavamo...Eravamo sempre in movimento e adesso con il Covid più niente.”* (Intervistata 5)
- *“...l'unica cosa che facevo durante la pandemia era leggere e fare le parole crociate... sì quelle cose le ho fatte molto di più perché il volontariato, il tennis e la canasta sono stati tutti sospesi.”* (Intervistata 3)

Questi racconti richiamano alla mente di chi scrive i concetti di deprivazione e disequilibrio occupazionale. Il primo fenomeno si riscontra nel momento in cui si assiste ad un'esclusione dallo svolgimento di occupazioni importanti e di valore per la persona, oppure nel momento in cui persiste nel tempo l'impossibilità del loro stesso svolgimento (Whiteford, 2000). Le cause che possono portare a vivere una situazione di deprivazione occupazionale possono essere esterne o interne rispetto all'individuo ed essere quindi di carattere ambientale, sociale o personale (Whiteford, 2000). Nel caso della pandemia da COVID-19 l'impossibilità nella partecipazione ad alcune attività è stata dettata da fattori esterni rispetto al controllo degli individui. Il 16 marzo 2020 infatti, il Consiglio Federale ha proclamato la “situazione straordinaria” chiudendo tutte le attività non essenziali (come bar, ristoranti, centri sportivi, ecc.) e intimando alla popolazione più anziana (dai 65 anni in su) di stare a casa, ridurre i contatti sociali e mantenere le distanze di sicurezza dalle altre persone (di almeno 2 metri) (UFSP, 2020). A seguito di queste disposizioni gli anziani sono stati costretti a sospendere le proprie occupazioni e questo potrebbe aver incrementato sia la solitudine che l'isolamento sociale, oltre che aver causato situazioni di disequilibrio occupazionale. Quest'ultimo fenomeno si presenta nel momento in cui “una persona risulta essere dis-, sovra- o sotto-occupata”. In questo caso lo svolgimento delle occupazioni quotidiane non è bilanciato, alcune di esse vengono svolte a lungo mentre altre troppo poco, causando uno squilibrio nelle routine dell'individuo (Townsend & Wilcock, 2004). Diventa fondamentale intervenire tempestivamente in quanto il disequilibrio occupazionale potrebbe compromettere la salute e la qualità di vita dei soggetti interessati. La mancanza di possibilità o di varietà tra le attività svolte contribuisce a ridurre il benessere percepito.

Nel caso dei soggetti intervistati è emerso come questa situazione abbia provocato tristezza e, al tempo stesso, abbia alimentato un forte desiderio di ritornare a fare quello che si faceva prima.

La dimensione sociale

Uno degli aspetti maggiormente indagati all'interno dell'intervista concerne la dimensione sociale. In particolare, il focus è stato posto sugli effetti che il Coronavirus ha avuto rispetto alla socialità delle persone. Attraverso il punto di vista dei partecipanti si è cercato di comprendere se, ed eventualmente in che modo, i contatti sociali fossero stati influenzati durante la pandemia. La maggior parte di essi ha raccontato di aver vissuto una diminuzione nel numero di contatti intrattenuti con altre persone, durante il periodo di confinamento al domicilio. Solo una delle sei persone intervistate ha confessato di non aver vissuto cambiamenti dal punto di vista delle relazioni intrattenute, né tantomeno nello svolgimento di attività della vita quotidiana. Per le altre cinque persone invece, il confinamento a domicilio, la paura della malattia e, in alcuni casi, lo stato di salute ritenuto precario hanno contribuito a ridurre i contatti sociali. In molti casi questo si è tradotto in tristezza e solitudine, percepiti soprattutto a causa della lontananza dai propri cari:

- *Un po' triste, si soffriva la lontananza dei parenti soprattutto.” (Intervistata 3)*
- *“È triste. Li abbiamo sempre avuti a casa (parla dei nipoti) e adesso vanno e vengono di corsa ogni tanto. (Intervistato 4)*
- *“Per me è una chiusura e soffro tanto.” (intervistata 5)*

Confrontando tali informazioni con la letteratura, emergono alcune analogie. La dimensione sociale rappresenta una delle tematiche maggiormente studiate in ambito geriatrico. Ancor prima della comparsa del COVID-19, l'ingresso nell'anzianità poneva le persone maggiormente a rischio di sviluppare una riduzione della propria rete sociale (Yanguas et al., 2018). Come visto, durante l'invecchiamento, le persone si trovano inevitabilmente ad affrontare nuove difficoltà e ostacoli come: riduzione dei ruoli sociali a seguito del pensionamento, emancipazione dei figli, perdita del coniuge, declino progressivo delle abilità funzionali, impatto emotivo nella perdita di amici, familiari o coetanei (Yanguas et al., 2018). Nei casi in cui la persona abbia difficoltà nel ritrovare un equilibrio a seguito di tali avvenimenti, si confronta con una progressiva riduzione della propria rete sociale e con un aumento del rischio di vivere situazioni di solitudine o di isolamento sociale (Yanguas et al., 2018; Wu, 2020). L'arrivo della pandemia ha causato un rapido aumento di questi episodi. Fenomeni che, come affermato più volte, possono provocare depressione, alterazioni del tono dell'umore, irritabilità, insonnia, e altro ancora (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Di fronte a questa situazione, l'Ergoterapia si è rivelata, per alcuni, una figura importante nell'individuazione di fattori che possono mettere le persone nella condizione di ovviare al problema e nella predisposizione di apposite strategie o adattamenti. Affermazioni queste che ci permettono di comprendere maggiormente quanto sia stato difficile per alcuni anziani tale periodo e, soprattutto, quanto sia importante la dimensione sociale per il raggiungimento o mantenimento del benessere psico-fisico.

Le aspettative future

All'interno delle interviste, una delle tematiche indagate riguardava i bisogni e i desideri riscontrati dai partecipanti durante il periodo della pandemia da COVID-19. Due sono state le principali risposte fornite dai sei partecipanti: continuare a stare bene e riprendere lo svolgimento delle attività più importanti. Tali informazioni presentano alcune correlazioni con la letteratura scientifica. In generale, la popolazione anziana, sia a livello ticinese che globale, si presenta in buona salute e particolarmente attiva, mantenendo un livello soddisfacente di partecipazione sociale (Cavalli & Corna, 2020). Tuttavia,

l'ingresso nell'anzianità pone alcune persone maggiormente a rischio di sviluppare problematiche di salute, come ipertensione, colesterolo, malattie dell'apparato circolatorio e altro ancora (Gruzieva et al., 2021). Salute minacciata ulteriormente dalla diffusione del Coronavirus. Quest'ultimo ha causato un aumento dell'incertezza e della paura tra gli anziani rispetto alla propria condizione psico-fisica (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Molti di loro, tra i quali anche tre delle persone intervistate, hanno riferito di essersi isolate a causa della paura della malattia e di aver limitato le proprie attività sociali. Da un lato, questo ha permesso loro di mantenersi in buona condizione e di sopravvivere alla malattia, ma dall'altro ha provocato tristezza e un forte desiderio di riprendere a svolgere le proprie attività.

È possibile identificare una forte correlazione tra lo svolgimento di occupazioni e il raggiungimento/mantenimento di uno stato di salute psico-fisica soddisfacente. Il nostro benessere e il nostro sviluppo dipendono infatti dal nostro coinvolgimento nella comunità, dalla partecipazione ad attività importanti e con un significato, dalla nostra abilità nel prenderci cura di noi stessi e dalla qualità di relazioni che quotidianamente intratteniamo (Yanguas et al., 2018). L'essere umano è un essere occupazionale, pertanto necessita di svolgere occupazioni per mantenere un livello di benessere psico-fisico soddisfacente (Wilcock, 1998, citato in Hitch & Pepin, 2021).

In altre parole, la salute è fortemente influenzata sia dalla qualità di vita percepita che dalle capacità di ognuno di partecipare in occupazioni con uno scopo e un valore personale. Al tempo stesso, una buona condizione psico-fisica permette alla persona di impegnarsi nelle proprie attività, sentendosi soddisfatta.

Secondo Wilcock (2006), emerge chiaramente il potenziale beneficio di un intervento occupazionale in ambito di salute pubblica, in termini di incremento dei livelli di benessere nella popolazione geriatrica e non solo.

L'Ergoterapia

L'intervento ergoterapico durante il periodo della pandemia è stato oggetto di analisi all'interno di questa ricerca. Analizzando i dati provenienti dalle interviste del secondo sotto-gruppo sono emerse alcune informazioni interessanti. La prima donna intervistata ha riscontrato un beneficio, a seguito dell'intervento ergoterapico, soprattutto in termini di supporto all'indipendenza nello svolgimento di attività della vita quotidiana (AVQ). Secondo le altre due persone intervistate, le sedute di Ergoterapia hanno contribuito a stimolare o, in alcuni casi, a mantenere le funzioni cognitive.

Nell'ambito della senescenza, i terapisti occupazionali svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza agli anziani, soprattutto per quanto riguarda il mantenimento delle funzioni e dell'indipendenza (Daley et al., 2006). Diverse sono le possibilità di intervento ergoterapico: stimolazione cognitiva, riabilitazione fisica, valutazioni del domicilio, introduzione di ausili, mobilità (nella comunità e presso il proprio domicilio), e svolgimento di attività della vita quotidiana (Daley et al., 2006). Nel caso delle tre persone intervistate, il trattamento ergoterapico, instaurato sulla base delle esigenze riportate dalla persona o dal proprio caregiver, si è orientato verso la stimolazione cognitiva e l'indipendenza nelle AVQ. Quest'ultimo rappresenta infatti uno dei principali obiettivi della professione, in quanto sostiene il benessere dell'individuo (AOTA, 2005, citato in Daley et al., 2006).

Oltre a questo, a seguito delle affermazioni dei tre partecipanti emerge come la figura dell'ergoterapista durante la pandemia sia stata fonte di sostegno, anche dal punto di vista sociale. In un periodo caratterizzato dalla chiusura di molte attività, dalla lontananza dai propri cari e dall'interruzione delle occupazioni di carattere sociale, la figura dell'Ergoterapista ha rappresentato per loro un contatto con il mondo esterno.

Dai colloqui è emerso che, a seguito delle misure introdotte dalle autorità per rallentare la diffusione del virus, molte occupazioni significative sono state temporaneamente sospese. Una situazione che, come visto, minaccia l'equilibrio occupazionale dei singoli individui. L'equilibrio occupazionale è un concetto fondamentale che guida e sostiene la pratica professionale. Esso si verifica nel momento in cui le occupazioni significative nella vita di una persona vengono svolte e organizzate in maniera armoniosa e bilanciata (Christiansen, 1996, citato in Backman, 2004). A livello psico-fisico, il raggiungimento di uno stato di equilibrio occupazionale incrementa il benessere e la salute delle persone, oltre che la soddisfazione e l'autoefficacia (Backman, 2004).

Ecco che, di fronte all'incertezza nei confronti del COVID-19, lo svolgimento di molte attività, soprattutto di carattere sociale, è stato fortemente limitato. Cinque delle sei persone intervistate hanno infatti raccontato di aver mantenuto esclusivamente occupazioni individuali, orientate alla cura di sé, alla gestione della casa o al tempo libero (es. pulire la casa, cucinare, leggere, ecc.). Una situazione che, oltre ad aver provocato sofferenza, ha suscitato un desiderio sempre più forte di partecipare nuovamente alle proprie attività di interesse. Tuttavia, l'evoluzione della situazione pandemica ha limitato notevolmente le possibilità di intervento di Terapia Occupazionale, costringendo i professionisti a svolgere esclusivamente sedute individuali.

Infine, uno degli obiettivi di questo lavoro di Bachelor proponeva una comprensione approfondita relativa alle differenti tipologie di intervento ergoterapico per ridurre l'isolamento sociale e la solitudine nella popolazione degli anziani al domicilio. Una tematica che non è stato possibile indagare attraverso la somministrazione delle interviste. Tuttavia, la letteratura presenta alcune modalità di erogazione del servizio per far fronte a tali problematiche. In particolare, di fronte a problematiche di carattere sociale, quali solitudine o isolamento, gli ergoterapisti propongono interventi basati sulle occupazioni, svolti all'interno di un gruppo (es. gruppo di attivazione, gruppo di lettura, ecc.) (Adams et al., 2021). In questo modo le persone possono interagire con altri individui e creare legami affettivi mentre svolgono attività di loro interesse (Adams et al., 2021). Durante il periodo della pandemia molti interventi gruppali sono stati sospesi e, in alcuni casi, sostituiti con la tele-riabilitazione (Ganesan et al., 2021). Quest'ultima ha permesso, da un lato di mantenere connesse le persone anziane con i propri cari, attraverso l'apprendimento di conoscenze tecnologiche per l'utilizzo di internet (videochiamate, email, ecc.). Dall'altro lato essa ha permesso agli ergoterapisti di svolgere le sedute con i propri clienti, mantenendo una buona aderenza terapeutica (Ganesan et al., 2021).

5.3. Risorse e limiti dello studio

La ricerca qualitativa permette di raccogliere, analizzare e interpretare dati che non sono riconducibili a numeri, come accade invece nella ricerca di tipo quantitativo, ma che comprendono la dimensione sociale e i comportamenti o le esperienze vissute dagli individui interessati (Anderson, 2010). Una metodologia di lavoro che presenta molteplici risorse, alcune di queste riscontrate in questa indagine. Innanzitutto, la ricerca qualitativa permette di esaminare gli argomenti in profondità, comprendendone tutte le sfaccettature (Anderson, 2010). Intervistare un gruppo di anziani al domicilio ha infatti permesso di conoscere il vissuto e le sensazioni in maniera molto dettagliata. Secondariamente, le interviste presentano una struttura flessibile e le domande possono essere facilmente reindirizzate dal ricercatore, a seconda delle tematiche sollevate dai partecipanti (Anderson, 2010). Durante gli incontri vi sono stati casi in cui le domande sono state poste in ordine differente rispetto a quanto prefissato in quanto è stata data molta libertà di dialogo agli intervistati. In questo modo è stata favorita l'instaurazione e il mantenimento di un clima aperto e disponibile dove i partecipanti potessero condividere informazioni personali.

Attraverso il processo di analisi e interpretazione dei risultati è inoltre possibile rilevare ulteriori sottigliezze dell'essere umano e del suo vissuto, che all'interno dell'analisi quantitativa vengono frequentemente trascurate (Anderson, 2010).

Nonostante i dati ricavati provengano generalmente da un campione di piccole dimensioni e non siano generalizzabili, essi sono facilmente comparabili tra campioni provenienti da Paesi diversi (Anderson, 2010). L'indagine qualitativa permette quindi di indagare lo stesso fenomeno in contesti differenti, ampliando il raggio della ricerca. Un fattore da considerare negli sviluppi futuri della ricerca in questo campo.

Per quanto riguarda i limiti, il primo riguarda il campione selezionato per lo svolgimento delle interviste. In particolare, le sue dimensioni non permettono di ricavare dati rappresentativi dell'intera popolazione, né tantomeno di trarre generalizzazioni specifiche. Inoltre, risulta particolarmente complesso comparare un numero così limitato di informazioni con la letteratura.

Successivamente, è necessario soffermarsi anche su alcuni aspetti concernenti le interviste e la loro somministrazione. In primo luogo, l'inesperienza nella gestione delle stesse interviste. Durante i colloqui è risultato estremamente complesso seguire l'ordine predefinito delle domande in quanto è stata data grande libertà di dialogo ai partecipanti. Ciò, da un lato, ha facilitato la creazione di un clima di fiducia, sostenendo e animando la conversazione. Dall'altro lato, ha fatto sì che in alcuni casi non venisse rispettato l'ordine delle domande e alcuni argomenti non venissero approfonditi a sufficienza. Inoltre, anche la formulazione degli interrogativi si è rivelata a tratti imprecisa e differente rispetto a quanto riportato sulla scaletta, rendendone difficile la comprensione da parte dei partecipanti.

Durante il processo di analisi dei dati è emerso un ulteriore limite nella struttura e nella formulazione di alcune domande. Alcune di esse sono risultate troppo generali, impedendo una comprensione approfondita delle tematiche indagate. Ciò ha fatto sì che, in alcuni casi, mancassero informazioni importanti per una comprensione approfondita del vissuto dei partecipanti.

Nonostante la ricerca qualitativa sia particolarmente flessibile e malleabile, presenta alcune limitazioni che possono intaccare la qualità della ricerca. La quantità dei dati ricavati rende talvolta il processo di analisi e di interpretazione molto dispendioso in termini di tempo e di energie (Anderson, 2010). Inoltre, per svolgere un lavoro di qualità, è fondamentale che il ricercatore sia preparato e che si astenga da giudizi personali

(Anderson, 2010). Queste situazioni sono in parte emerse durante la realizzazione di tale documento, soprattutto per quanto riguarda il tempo impiegato nell'analisi dei dati e l'esperienza del ricercatore.

Infine, nella redazione del lavoro di Bachelor, sarebbe stato estremamente interessante intervistare anche gli ergoterapisti ticinesi che hanno lavorato con anziani al domicilio durante la pandemia. Conoscere la percezione e gli interventi svolti per limitare situazioni di solitudine o isolamento sociale avrebbe permesso una maggiore comprensione della situazione, attraverso una prospettiva differente.

5.4. Rilevanza clinica dello studio

Gli argomenti trattati nel corso del lavoro di Bachelor risultano particolarmente attuali ed estremamente rilevanti per le questioni di salute pubblica di livello mondiale. La diffusione della pandemia da COVID-19 ha costretto virologi e studiosi provenienti da ogni parte del mondo a svolgere molteplici ricerche, con l'obiettivo di comprendere nel dettaglio il nuovo virus e le sue caratteristiche. Al contrario, la figura dell'anziano e il processo di invecchiamento, costituiscono tematiche già oggetto di studio sia a livello svizzero che a livello mondiale.

Il progressivo invecchiamento della popolazione solleva numerose riflessioni in tutto il mondo. Il fatto che il numero di anziani sia destinato a crescere, aumenta la domanda sul sistema sanitario. Come visto in precedenza, all'interno della popolazione geriatrica il rischio di sviluppare situazioni di isolamento sociale è maggiore rispetto alle altre fasce di età. Un fenomeno che, in alcuni casi, comporta l'insorgere di depressione, ansia o malattie croniche nei soggetti interessati (Czaja et al., 2018, citato in Adams et al., 2021). Il rischio è che con l'aumento della popolazione si assista ad un aumento di tali situazioni. Per questo motivo diventa fondamentale comprendere a fondo il fenomeno, indagando gli effetti del COVID-19 sugli anziani a lungo termine e monitorando i bisogni e le necessità da loro sollevati.

5.5. Sviluppi futuri

La ricerca svolta all'interno di questo lavoro di Tesi ha permesso di individuare alcune possibilità di sviluppo per il futuro, sia a breve che a lungo termine. In primo luogo, sarebbe interessante ampliare il campione della ricerca, in modo che i risultati ricavati siano rappresentativi per la popolazione svizzera. Per fare questo occorrerebbe innanzitutto modificare la scaletta dell'intervista, rendendola maggiormente specifica rispetto agli argomenti che si vogliono approfondire. Successivamente sarebbe necessario tradurre le domande in francese e in tedesco, in modo che risultino accessibili ad un numero maggiore di persone sul suolo elvetico.

Inoltre, per avere un quadro più completo, si potrebbero raccogliere anche dati di tipo quantitativo tramite l'utilizzo di un questionario somministrato a clienti e i loro caregiver o di somministrazione di strumenti di valutazione mirati. In particolare, esistono alcune scale, come la scala di valutazione della solitudine (*UCLA Loneliness Scale*), che potrebbero sostenere il ricercatore nel processo di identificazione dei partecipanti alle interviste (criteri di inclusione) (Russell, 1996). In questo modo si raggiungerebbe un numero maggiore di partecipanti allo studio e si amplierebbero le conoscenze rispetto al fenomeno indagato. Come accennato precedentemente, sarebbe utile conoscere il punto di vista degli ergoterapisti che hanno lavorato con persone over 80, al domicilio, durante

il periodo della pandemia. In questo modo, si potrebbero conoscere più nel dettaglio i cambiamenti nella pratica professionale durante il COVID-19, i bisogni maggiormente riscontrati nei pazienti e le tipologie di intervento maggiormente implementate. Per fare questo sarebbe necessario creare un'intervista o un questionario da sottoporre anche agli ergoterapisti che lavorano in ambito geriatrico al domicilio.

6. CONCLUSIONI

Il principale obiettivo di questa ricerca si orientava verso una maggiore comprensione del vissuto e delle esperienze della popolazione geriatrica durante il periodo di confinamento al domicilio. In particolare, il focus è stato posto verso i concetti di solitudine e di isolamento sociale e l'impatto che questi hanno avuto sugli anziani.

Attraverso la somministrazione di sei interviste-semi strutturate si è cercato, in primo luogo, di comprendere la situazione attraverso il punto di vista di una piccola parte della popolazione, maggiormente toccata dagli avvenimenti. Secondariamente, i momenti di incontro hanno permesso di confrontare pre e post pandemia, con l'obiettivo di rivelare eventuali differenze nei bisogni riscontrati dalle persone. In generale, a seguito della diffusione del Coronavirus, gli intervistati hanno rilevato un forte bisogno di sentirsi bene e di ristabilire i propri contatti sociali e lo svolgimento delle proprie occupazioni.

I partecipanti alle interviste sono stati scelti secondo alcuni criteri di inclusione ed esclusione, e suddivisi, in un secondo momento, in due sotto-gruppi. Entrambi comprendevano tre anziani over 80, residenti presso il proprio domicilio. In uno dei due sotto-gruppi i partecipanti possedevano una prescrizione di Ergoterapia, mentre nell'altro i soggetti inclusi non erano presi a carico da un'ergoterapista. Tale distinzione è stata effettuata con l'obiettivo di confrontare il vissuto di chi ha avuto il supporto di un terapeuta occupazionale, durante il periodo della pandemia e del confinamento al domicilio, con il vissuto di chi non l'ha avuto. Tuttavia, i dati ottenuti non sono stati sufficienti per confrontare i due gruppi ed effettuare una riflessione approfondita sull'argomento.

Per quanto riguarda la solitudine, cinque delle sei persone intervistate hanno raccontato di essersi sentite piuttosto sole durante la pandemia, soprattutto nel corso del periodo di confinamento al domicilio. Molti di loro hanno sofferto la lontananza dai propri cari e il progressivo ritiro dalla vita in società, a seguito della paura della malattia e delle misure adottate dalle autorità. Fattori che, oltre ad incrementare un sentimento di solitudine, hanno provocato numerose situazioni di isolamento sociale. Di fronte a questi avvenimenti, alcuni anziani hanno affermato di aver sofferto molto, altri invece, dopo un periodo di sconforto iniziale, hanno rivelato di essersi abituati alla nuova situazione.

Per quanto riguarda l'Ergoterapia, con questa ricerca si è cercato di cogliere l'utilità del suo intervento, in termini di soddisfazione dei bisogni espressi dai tre anziani intervistati. Essi hanno riscontrato numerosi benefici a seguito della presa a carico ergoterapica, sia dal punto di vista delle funzioni cognitive che dello svolgimento indipendente delle AVQ. Tuttavia, i dati raccolti non hanno permesso di effettuare una riflessione approfondita, in quanto non sufficientemente numerosi e approfonditi.

Le sedute di ergoterapia si sono svolte presso l'abitazione degli intervistati, anche durante il periodo di confinamento. A causa delle restrizioni, migliaia di professionisti si sono trovati in difficoltà nel fornire servizi di riabilitazione ai loro clienti. Le politiche di prevenzione della pandemia, come il distanziamento sociale, la paura della malattia, l'ansia e lo stress percepiti, hanno limitato i servizi di riabilitazione ambulatoriale e ospedalieri nell'erogazione delle prestazioni di cura (Ganesan et al., 2021). Dal punto di vista ergoterapico, la maggior parte delle terapie svolte all'interno di uno studio privato sono state sospese, così come gli interventi di gruppo. A livello mondiale, la pratica professionale ha subito molti cambiamenti durante la pandemia (Ganesan et al., 2021). Tutte le restrizioni adottate in seguito alla diffusione del nuovo Coronavirus hanno avuto un forte impatto sul mondo della riabilitazione. In alcuni casi, si è passati da una riabilitazione faccia-a-faccia ad una modalità di erogazione del servizio tramite canali virtuali. È stata così progressivamente introdotta la tele-riabilitazione, per pazienti con o senza COVID-19 in tutto il mondo (Ganesan et al., 2021).

L'ultima tematica indagata riguarda lo svolgimento di attività della vita quotidiana nel corso della pandemia. Nella maggior parte dei casi, l'introduzione da parte delle Autorità Federali di misure sanitarie e la paura di contrarre la malattia, hanno impedito agli anziani di svolgere le proprie occupazioni, soprattutto quelle che richiedevano un certo tipo di interazione sociale. A seguito di questo momento, una parte della popolazione potrebbe aver vissuto una situazione di disequilibrio occupazionale. Un fenomeno estremamente delicato e di interesse ergoterapico, in quanto minaccia la salute e il benessere psico-fisico degli individui. Emerge in maniera molto evidente l'importanza dell'impegno in occupazioni all'interno della vita dell'essere umano, sia dal punto di vista della salute che della soddisfazione o autoefficacia percepiti.

Le persone intervistate hanno infatti espresso una forte necessità di riprendere la propria vita come prima della pandemia, tornando a partecipare alle proprie attività.

In conclusione, è possibile affermare che non tutti gli obiettivi della ricerca sono stati raggiunti. Tutti loro necessitano di ulteriori approfondimenti in futuro, soprattutto rispetto agli effetti a lungo termine del Coronavirus sui bisogni delle persone e sulle modalità di intervento ergoterapiche nei confronti di solitudine ed isolamento sociale. Le interviste hanno permesso di cogliere, in parte, il vissuto di alcuni anziani, ma non hanno fornito informazioni in merito agli interventi ergoterapici svolti in relazione alle due problematiche sopracitate. Di conseguenza è stato necessario ricercare le informazioni nella letteratura. Informazioni che non si sono rivelate esaustive ma che hanno permesso di evidenziare alcune possibilità di erogazione del servizio di Terapia Occupazionale. Nonostante questo, la costruzione di questo documento ha permesso di approfondire numerose sfaccettature relative alla popolazione geriatrica e all'impatto che il Coronavirus ha avuto su di essa.

Autovalutazione

Redigere il lavoro di Bachelor si è rivelato un processo estremamente lungo e complesso che mi ha permesso di crescere molto, sia dal punto di vista personale che professionale. Mi ha permesso di confrontarmi con l'ambito della ricerca e, al tempo stesso, di acquisire maggiore confidenza con la letteratura scientifica. La scelta di intraprendere questo tipo di lavoro è nata in seguito ad alcuni miei interessi preesistenti, che sono felice di aver approfondito maggiormente. Intervistare alcuni anziani ticinesi mi ha permesso innanzitutto di sconfiggere ulteriormente la mia timidezza, oltre che di comprendere il loro vissuto.

Nonostante il percorso sia stato intenso, sono estremamente soddisfatta di me stessa e del lavoro svolto. In particolare, quest'ultimo mi ha permesso di sviluppare ulteriori competenze rispetto all'ambito geriatrico, al Coronavirus e all'Ergoterapia. Arrivata a questo punto non posso che soffermarmi sui tre anni di formazione appena terminati. Grazie ad essi e grazie al lavoro di Tesi, sono riuscita ad avvicinarmi sempre di più a questa professione e alle sue molteplici sfaccettature. Inoltre, ritengo di aver acquisito ulteriore fiducia in me stessa e di sentirmi maggiormente consapevole delle mie capacità. In ottica futura questo mi permetterà di entrare nel mondo del lavoro con un'alta carica motivazionale.

7. BIBLIOGRAFIA

- Adams, A., Horsford, C., Jones, P., Long, R., & Pflugrad, D. (2021). *Effectiveness of Occupational Therapy Interventions to Promote Social Participation and Quality of Life in Older Adults: A Rapid Systematic Review*. <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/26461>
- American Occupational Therapy Association. (2014). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (3rd Edition). *American Journal Occupational Therapy*, Vol. 68(Supplement_1), S1–S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Anderson, C. (2010). Presenting and Evaluating Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), 141.
- Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE). (2005). Profilo professionale dell'ergoterapia.
- Backman, C. L. (2004). Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202–209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100404>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burbank, P. M. (1986). Psychosocial theories of aging: A critical evaluation. *ANS. Advances in Nursing Science*, 9(1), 73–86. <https://doi.org/10.1097/00012272-198610000-00009>
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429–432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>

- Carroll, C., Bhattacharjee, S., Chen, Y., Dubey, P., Fan, J., Gajardo, Á., Zhou, X., Müller, H.-G., & Wang, J.-L. (2020). Time dynamics of COVID-19. *Scientific Reports*, 10(1), 21040. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77709-4>
- Caruso Soares, B., Alves Costa, D., de Faria Xavier, J., Alamino Pereira de Viveiro, L., Pedrozo Campos Antunes, T., Grazielli Mendes, F., Assis Kovachich de Oliveira, M., Petravicius Bomfim, C., Su Hsien, K., Christina Gouveia e Silva, E., & Pompeu, J. E. (2021). Social isolation due to COVID-19: Impact on loneliness, sedentary behavior, and falls in older adults. *Aging & Mental Health*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003296>
- Cavalli, S., Cereghetti, S., Pusterla, E.R.G., & Zaccaria, D. (2021). “Isolamento sociale e solitudine nell’anzianità”. *Iride. Rivista di economia, sanità e sociale*, 11, 11-13.
- Cavalli, S., & Corna, L. (2020). *Il ritratto dell’anziano di domani* [Report]. SUPSI, CCA. <https://repository.supsi.ch/12857/>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Knight, B. G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D. A., Wilcox, R. R., Lai, M. Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A., & Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*, 66(9), 782–790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 29(3), e109-125. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Corbetta P. (2003). *La Ricerca sociale: metodologie e tecniche. I. I paradigmi di riferimento*. Bologna: Il Mulino.
- Cosco, T. D., Howse, K., & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 579–583. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000324>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A

scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

Creswell J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks/London/New Dehli: Sage.

d'Épinay, C. L., & Spini, D. (2007). *Les années fragiles: La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Presses Université Laval.

Daley, T., Cristian, A., & Fitzpatrick, M. (2006). The role of occupational therapy in the care of the older adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 22(2), 281–290; viii.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2005.12.004>

Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 21(4), 835–838.
<https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Esmaeili, E. D., Fakhari, A., Naghili, B., Khodamoradi, F., & Azizi, H. (2022). Case fatality, mortality, socio-demographic, and screening of COVID-19 in the elderly population: A population-based registry study in Iran. *Journal of Medical Virology*.
<https://doi.org/10.1002/jmv.27594>

Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

Fischer, F., Raiber, L., Boscher, C., & Winter, M. H.-J. (2020). COVID-19 and the Elderly: Who Cares? *Frontiers in Public Health*, 8, 151.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00151>

França, M. S. de, Lopes, M. V. de O., Frazão, C. M. F. de Q., Guedes, T. G., Linhares, F. M. P., & Pontes, C. M. (2018). Characteristics of the ineffective social support

network: Integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.
<http://www.scielo.br/j/rgenf/a/G79YxZxGTSQVHCJPyqKVdsq/?lang=en>

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants. *Canadian Family Physician*, 66(3), 176–182.

Ganesan, B., Fong, K. N. K., Meena, S. K., Prasad, P., & Tong, R. K. Y. (2021). Impact of COVID-19 pandemic lockdown on occupational therapy practice and use of telerehabilitation—A cross sectional study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(9), 3614–3622.
https://doi.org/10.26355/eurrev_202105_25845

Giornale Italiano di Terapia Occupazionale. (2009). *Framework per la pratica occupazionale della terapia occupazionale: dominio e processo*, (2rd.ed.), 02-52.

Giudici, F., Cavalli, S., Egloff, M., Masotti, B., Tessin, & Tessin (A c. Di). (2015). *Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino*. Ufficio di statistica.

Given, L. M. (A c. Di). (2008). *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods* (Voll. 1 e 2). Sage Publications.

Gruzieva, T. S., Diachuk, M. D., Inshakova, H. V., Soroka, I. M., & Dufynets, V. A. (2021). Health of the elderly people as the basis for formation of medical and social needs. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 74(3 cz 2), 658–664.

Hitch, D., & Pepin, G. (2021). Doing, being, becoming and belonging at the heart of occupational therapy: An analysis of theoretical ways of knowing. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 13–25.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1726454>

Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z.-L. (2020). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews. Microbiology*, 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>

Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 1–4. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>

- Kendig, H. (2010). Occupational therapy, a central role in the future health and wellbeing of an ageing Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 1–1. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00855.x>
- Lee, K., Jeong, G.-C., & Yim, J. (2020). Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8098. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218098>
- Levin, A. T., Hanage, W. P., Owusu-Boaitey, N., Cochran, K. B., Walsh, S. P., & Meyerowitz-Katz, G. (2020). Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: Systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European Journal of Epidemiology*, 35(12), 1123–1138. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00698-1>
- Liu, Y.-C., Kuo, R.-L., & Shih, S.-R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328–333. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>
- Lunaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Martineau, A., & Plard, M. (2018). Successful aging: Analysis of the components of a gerontological paradigm. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 16(1), 67–77. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0724>
- Maxwell J.A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. London: Sage.
- Occupational Therapy in the Promotion of Health and Well-Being. (2020). *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 7403420010p1-7403420010p14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743003>
- O'Driscoll, M., Ribeiro Dos Santos, G., Wang, L., Cummings, D. A. T., Azman, A. S., Paireau, J., Fontanet, A., Cauchemez, S., & Salje, H. (2021). Age-specific mortality

and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature*, 590(7844), 140–145.
<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449.
<https://doi.org/10.1159/000441651>

Pitonyak, J. S., Pergolotti, M., & Gupta, J. (2020). Understanding Policy Influences on Health and Occupation Through the Use of the Life Course Health Development (LCHD) Framework. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 74(2), 7402090010p1-7402090010p6. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.742002>

Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104086. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104086>

Pollard, C. A., Morran, M. P., & Nestor-Kalinoski, A. L. (2020). The COVID-19 pandemic: A global health crisis. *Physiological Genomics*, 52(11), 549–557.
<https://doi.org/10.1152/physiolgenomics.00089.2020>

Profile of Occupational Therapy Practice in Canada. (1996). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 79–95.
<https://doi.org/10.1177/000841749606300202>

Pulakka, A., Leskinen, T., Suorsa, K., Pentti, J., Halonen, J. I., Vahtera, J., & Stenholm, S. (2020). Physical Activity across Retirement Transition by Occupation and Mode of Commute. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 52(9), 1900–1907.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002326>

Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A., & Zuber, P. (2021). *The Swiss Corona Stress Study: November 2021*. OSF Preprints.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/x6zu7>

Rodríguez-Fernández, P., González-Santos, J., Santamaría-Peláez, M., Soto-Cámara,

- R., & González-Bernal, J. J. (2021). Exploring the Occupational Balance of Young Adults during Social Distancing Measures in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5809. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115809>
- Rondón García, L. M., Aguirre Arizala, B. A., & García García, F. J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 53(5), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.005>
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1437–1441. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Salathé, M., Althaus, C. L., Neher, R., Stringhini, S., Hodcroft, E., Fellay, J., Zwahlen, M., Senti, G., Battegay, M., Wilder-Smith, A., Eckerle, I., Egger, M., & Low, N. (2020). COVID-19 epidemic in Switzerland: On the importance of testing, contact tracing and isolation. *Swiss Medical Weekly*, 11. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20225>
- Salzberger, B., Buder, F., Lampl, B., Ehrenstein, B., Hitzentbichler, F., Holzmann, T., Schmidt, B., & Hanses, F. (2021). Epidemiology of SARS-CoV-2. *Infection*, 49(2), 233–239. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01531-3>

- Seifert, A., & Hassler, B. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness Among Older Adults. *Frontiers in Sociology*, 5. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2020.590935>
- Selby, K., Durand, M.-A., Gouveia, A., Bosisio, F., Barazzetti, G., Hostettler, M., D'Acremont, V., Kaufmann, A., & von Plessen, C. (2020). Citizen Responses to Government Restrictions in Switzerland During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR Formative Research*, 4(12), e20871. <https://doi.org/10.2196/20871>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Singu, S., Acharya, A., Challagundla, K., & Byrareddy, S. N. (2020). Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Frontiers in Public Health*, 8, 406. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00406>
- Stanley, M., Richard, A., & Williams, S. (2017). Older peoples' perspectives on time spent alone. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(3), 235–242. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12353>
- Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 71(2), 75–87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Ufficio Federale della Sanità Pubblica. (2020). *COVID-19 Svizzera | Coronavirus| Dashboard*. Confederazione Svizzera. <https://www.covid19.admin.ch/it/epidemiologic/case>
- Ufficio Federale della Sanità Pubblica. (2020). *Nuovo coronavirus: Malattia, sintomi e trattamento*. Confederazione Svizzera.

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html>

Ufficio Federale della Sanità Pubblica. (2020). *COVID-19 Svizzera | Coronavirus | Dashboard*. Recuperato 21 gennaio 2022, da <https://www.covid19.admin.ch/it/overview>

Veronese, N., Galvano, D., D'Antiga, F., Vecchiato, C., Furegon, E., Allocco, R., Smith, L., Gelmini, G., Gareri, P., Solmi, M., Yang, L., Trabucchi, M., De Leo, D., & Demurtas, J. (2021). Interventions for reducing loneliness: An umbrella review of intervention studies. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), e89–e96. <https://doi.org/10.1111/hsc.13248>

Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

West, E. A., Anker, D., Amati, R., Richard, A., Wisniak, A., Butty, A., Albanese, E., Bochud, M., Chiolerio, A., Crivelli, L., Cullati, S., d'Acremont, V., Epure, A. M., Fehr, J., Flahault, A., Fornerod, L., Frank, I., Frei, A., Michel, G., ... Puhon, M. A. (2020). Corona Immunitas: Study protocol of a nationwide program of SARS-CoV-2 seroprevalence and seroepidemiologic studies in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 65(9), 1529–1548. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01494-0>

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200–204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. SLACK Incorporated.

Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and

experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *BMJ Open*, 10(7), e039334. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039334>

Wirth, R., Becker, C., Djukic, M., Drebenstedt, C., Heppner, H. J., Jacobs, A. H., Meisel, M., Michels, G., Nau, R., Pantel, J., & Bauer, J. M. (2021). COVID-19 im Alter – Die geriatrische Perspektive. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 54(2), 152–160. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01864-0>

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

World Health Organization (2005). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World-Health-Organization (WHO). (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 68 (28 March 2020) - World*. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-disease-2019-covid-19-situation-report-68-28-march-2020>

Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: A global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5, 27. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>

8. ALLEGATI

Allegato 1: Consenso informato

Mi chiamo Chiara Ghidossi e sono una studentessa del terzo anno di Ergoterapia presso la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI). Per completare il mio percorso scolastico sto svolgendo un lavoro di tesi sulla seguente tematica:

“La percezione soggettiva degli anziani over 80 al domicilio, rispetto all’isolamento sociale e alla solitudine durante il periodo della pandemia da COVID-19: un’analisi qualitativa”

Invito a partecipare all’indagine

Con il presente documento la invito a partecipare alla mia ricerca, che riguarda la popolazione degli anziani che hanno vissuto al domicilio durante il periodo della pandemia da COVID-19.

Scopo dell’indagine

Lo scopo di questa ricerca è quello di comprendere quali sono state le sensazioni vissute nel corso di questi mesi, attraverso un’intervista. In questo modo potrò comprendere meglio quali sono state le esperienze, le emozioni e i bisogni riscontrati durante il periodo del COVID-19.

Informazioni sull’indagine

L’intervista verrà svolta a due persone che vivono al domicilio, che hanno più di 80 anni e che vengono seguiti da un’ergoterapista e a due persone, con più di 80 anni e che vivono al domicilio, che non sono seguite da un’ergoterapista. Essa avrà una durata di circa 45 minuti e sarà composta da una serie di domande che guideranno la discussione.

Diritti dei partecipanti all’indagine

La sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se deciderà di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento dallo studio, senza dover fornire motivazioni.

Obblighi dei partecipanti all’indagine

Se decide di partecipare le chiedo di raccontarmi una parte della sua vita, in particolare durante la pandemia. Naturalmente avrà la possibilità di non dire ciò che non riterrà di voler condividere.

Trattamento dei dati dei partecipanti

I dati ottenuti attraverso l’intervista verranno trattati garantendo l’anonimato e il rispetto del segreto professionale e utilizzati solo all’interno dell’indagine. Inoltre, le chiedo il permesso di registrare l’intervista in modo da potermi attenere più fedelmente alle informazioni raccolte in un secondo momento del mio studio.

Contatti di riferimento

Chiara Ghidossi – 078 748 30 23

Irene Guarneri (Docente che mi accompagna in questo lavoro) – 0039 340 900 6726

Data _____

Firma _____

Allegato 2: Traccia per l'intervista semi-strutturata

GRUPPO 1 = persone over 80 al domicilio, non seguite da un'ergoterapista

GRUPPO 2 = persone over 80 al domicilio, seguite da un'ergoterapista

1. Come si chiama?
2. Quanti anni ha?
3. Dove abita?
4. Abita da solo/a o con qualcuno?
5. Se sì, con chi abita?
6. Come ha vissuto il periodo di confinamento durante la pandemia?
7. Ha potuto avere contatti durante questo periodo?
8. Se sì, con chi?
9. I suoi contatti sono aumentati o diminuiti durante la pandemia?
10. Questo come l'ha fatta sentire?
11. Attualmente si sente più solo/a di prima o più isolato/a?
12. Quali potrebbero essere le cause secondo lei?
13. Quali sono le attività/occupazioni importanti per lei?
14. Cosa le piace fare nel tempo libero?
15. Ha mantenuto tali attività durante la pandemia?
16. Se non ha potuto, quale pensa potrebbe essere la ragione che glielo ha impedito?
17. Le piacerebbe riprendere a svolgere tali attività?
18. Quali sono i suoi bisogni/desideri per il futuro?
19. Ha continuato a fare ergoterapia durante la pandemia?
20. Qual è stato il ruolo dell'ergoterapista?
21. In che modo l'ergoterapista si è rivelato/a utile?
22. Continuerà a fare ergoterapia?



Questa pubblicazione, *“La percezione degli anziani over 80 al domicilio rispetto all’isolamento sociale e alla solitudine durante il periodo della pandemia da COVID-19: un’analisi qualitativa.”*, scritta da Chiara Ghidossi, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.