

VALUTARE LA QUALITÀ DELLA VITA NELLE RESIDENZE PER ANZIANI

Guida all'uso dell'intervista
standardizzata Quality_VIA

ALESSANDRA CANTARELLA,
ERIKA BORELLA, ROSSANA DE BENI



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

VALUTARE LA QUALITÀ DELLA VITA NELLE RESIDENZE PER ANZIANI

**Guida all'uso dell'intervista
standardizzata Quality_VIA**

**ALESSANDRA CANTARELLA,
ERIKA BORELLA, ROSSANA DE BENI**

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Alessandro Petrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione, di Santo Di Nuovo	pag. 7
Introduzione, di Alessandra Cantarella, Erika Borella e Rossana De Beni	» 11
1. Benessere e qualità di vita nell'invecchiamento: dalla definizione dei costrutti all'importanza della loro rilevazione nei servizi per anziani, di Alessandra Cantarella, Erika Borella, Maria Sole Antolini, Loredana Portone e Rossana De Beni	» 15
1.1. Qualità di vita e benessere: il problema della definizione	» 16
1.2. Modelli di qualità di vita e di benessere nell'invecchiamento	» 22
1.3. La Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani: i principali predittori	» 28
1.3.1. Autodeterminazione e autonomia	» 31
1.3.2. Qualità delle cure	» 32
1.3.3. Spiritualità e religiosità	» 33
1.3.4. L'ambiente/caratteristiche della struttura	» 34
1.3.5. Coesione sociale/supporto sociale	» 35
1.3.6. Inclusione in attività stimolanti	» 36
1.4. La qualità di vita nell'anziano con deterioramento cognitivo residente in istituzione	» 37

2. La rilevazione della qualità di vita nelle istituzioni, di Alessandra Cantarella, Erika Borella, Maria Sole Antolini, Loredana Portone e Rossana De Beni	»	39
2.1. La rilevazione della qualità di vita nell'invecchiamento	»	39
2.2. Strumenti di valutazione dell'anziano cognitivamente integro	»	42
2.3. La valutazione della qualità di vita in anziani affetti da deterioramento cognitivo	»	50
2.4. Sintesi degli strumenti presenti in letteratura per la valutazione della qualità di vita nell'invecchiamento patologico	»	52
2.5. Strumenti di valutazione della qualità di vita degli anziani residenti in struttura	»	55
2.6. Conclusioni rispetto agli strumenti	»	60
3. L'intervista Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani (Quality_VIA), di Alessandra Cantarella, Erika Borella, Rossana De Beni, professionisti della Fondazione Opera Immacolata Concezione (OIC, Padova) e della Fondazione Human Potential Network Research (HPNR, Padova)	»	63
3.1. La costruzione dell'intervista	»	63
3.1.1. La costruzione degli item	»	64
3.1.2. Descrizione dell'intervista Quality_VIA	»	68
3.2. Modalità e suggerimenti per la somministrazione	»	70
3.3. Caratteristiche psicometriche	»	72
3.3.1. Il campione di validazione	»	72
3.3.2. La validità dell'intervista Quality_VIA	»	75
3.4. Calcolo dei valori normativi e interpretazione dei punteggi	»	78
3.5. Conclusioni sullo strumento e potenzialità di applicazione	»	79
Appendice. L'intervista Quality_VIA	»	83
Ringraziamenti e finanziamenti	»	91
Riferimenti bibliografici	»	93
Gli autori	»	105

Presentazione

di Santo Di Nuovo*

La condizione cognitiva dell'anziano è sempre associata a variabili emotive, affettive, motivazionali, contestuali e sociali, precisate dai criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che prescindono dalle etichette attribuite per età o grado di deficit fisico-psichico complessivo. Queste variabili definiscono la peculiarità della situazione della persona e quindi dell'approccio assistenziale e/o riabilitativo.

Non vanno pertanto trascurate le condizioni ambientali che costituiscono il contesto dell'evoluzione (o involuzione) biologica: condizioni essenziali per il determinare non solo le spinte motivazionali e le componenti emotive, ma anche l'attivazione della plasticità cerebrale che consente – anche negli anziani come hanno verificato gli studi di Lamberto Maffei – di supportare un adeguato lavoro di stimolazione e recupero, entro certi limiti ovviamente, di eventuali compromissioni.

La plasticità neuronale, affermata dalle neuroscienze in tutte le sue ampie potenzialità, include il concetto di “arricchimento” dell'ambiente che può avere positiva influenza sulle funzioni cerebrali già a partire dai primissimi periodi di vita, ma anche per il manteni-

* Ordinario di Psicologia dell'Università degli Studi di Catania, presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia e componente del board of Geropsychology nella European Federation of Psychologists' Associations (EFPA).

mento e la valorizzazione di importanti funzioni cognitive e sociali in età adulta e anziana e il loro seppur parziale recupero se deficitarie: e questo a prescindere dalle specifiche cause biologiche di decadimento, siano esse genetiche, involutive o traumatiche.

Questa prospettiva di trattamento attraverso l'ambiente arricchito e stimolante ha posto al centro dell'attenzione non solo il ripristino delle competenze cognitive se compromesse, ma la realizzazione di condizioni di vita globalmente adeguate e, nei limiti della specifica condizione, soddisfacenti. Di conseguenza, ha riaperto il dibattito sul ruolo delle strutture di ricovero – a lungo considerate soli luoghi di assistenza quando le condizioni dell'anziano non permettevano di prendersene cura a casa – non solo per una efficace riabilitazione, ma anche per supportare la vita dell'anziano senza deterioramento cognitivo.

Nei modelli psicosociali, come l'approccio Person Centred Care, il comportamento della persona anziana viene visto non solo come esito di modificazioni fisiologiche e biochimiche, ma anche come modalità di risposta adattiva all'ambiente. Questo mette in primo piano la soggettività con cui ogni persona percepisce ed affronta l'evolversi della propria vita e rafforza l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il benessere esistenziale nell'invecchiamento, sia esso "tipico" o patologico.

In caso di declino cognitivo non è solo la malattia il focus su cui intervenire, ma la persona con i suoi bisogni e le capacità residue; sempre tenendo conto che i sintomi possono trovare espressione sia somatica che emotiva, e sono sempre coinvolti fattori sia personali che esterni cioè legati al contesto ambientale: quelli che determinano la percezione di "qualità di vita".

I quattro domini che, secondo Lawton, compongono la qualità della vita sia oggettiva che soggettiva, seppur in condizioni di deterioramento, riguardano il benessere psicologico (salute mentale e stato emotivo), la percezione di una vita soddisfacente sul piano personale, le competenze comportamentali (capacità di funzionare in modo adattivo e socialmente appropriato) e la valutazione dell'ambiente oggettivo, che include sia i fattori fisici che quelli relazionali e sociali.

Prevenzione (finché possibile), abilitazione e riabilitazione devono realizzarsi in modo specifico in relazione ai bisogni e ai contesti di vita – attuali e pregressi – dell'anziano, tenendo conto di questi

specifici contesti nella programmazione e valutazione del trattamento. Particolare attenzione va dedicata al rapporto con i caregiver (non solo familiari, ma anche operatori nel caso di istituzionalizzazione) e alla rete di supporto che ad essi può essere offerta.

Un'accurata valutazione è preliminare all'intervento, che in alcuni casi deve "abilitare" funzioni cognitive e sociali ancora attivabili, in altri deve tendere soprattutto al mantenimento delle funzioni residue, evitandone o contrastandone il decadimento ulteriore. Peraltro, gli strumenti di valutazione devono essere posti in relazione con i processi psicosociali sottesi in modo da evitare confusioni e fraintendimenti.

Se la qualità di vita complessiva è l'oggetto e l'obiettivo essenziale del lavoro riabilitativo, servono strumenti in grado di valutare accuratamente e attendibilmente questo livello di benessere vitale percepito e le sue specificazioni.

Il volume curato da Alessandra Cantarella, Erika Borella e Rossana De Beni presenta un originale strumento per valutare la qualità di vita degli anziani residenti nei contesti di cura, denominato "Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani" (Quality_VIA).

Le autrici precisano nella prima parte del testo i costrutti di riferimento della Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani, descrivendone i predittori essenziali: autodeterminazione e autonomia; qualità delle cure e dei rapporti interpersonali, caratteristiche ambientali della struttura, coesione e supporto sociale, inclusione in attività stimolanti; aspetti di spiritualità e religiosità.

Vengono quindi presi in considerazione gli aspetti oggettivi e quelli soggettivi del benessere dell'anziano nel contesto istituzionale. Si esamina il punto di vista dell'anziano, anche se con decadimento cognitivo, rispetto a come l'ambiente di vita risponda ai suoi bisogni e sviluppi le sue potenzialità. Sono sette le aree prese in esame dallo strumento: soddisfazione dei bisogni primari e bontà delle cure ricevute; soddisfazione per gli aspetti ambientali, per il rapporto con il personale di cura, per il grado di stimolazione e partecipazione; valutazione del grado di privacy e di autodeterminazione, di coesione sociale e del senso di appartenenza, ed infine dei livelli di autorealizzazione (avere uno scopo nella vita) e di spiritualità. Tutti gli aspetti relativi al contesto di cura e al vissuto di benessere della persona vengono esaminati, seppur in un tempo di somministrazione abbastanza ridotto.

Lo strumento si presenta come intervista strutturata piuttosto che come questionario, per consentirne la somministrazione anche ad anziani con deficit cognitivi: in questi casi l'intervistatore può, se necessario, riformulare le domande se risultano di difficile comprensione; si riduce così il rischio di omettere risposte o di darle in modo casuale, garantendo una maggiore validità dei risultati.

Le qualità scientifiche dello strumento sono testimoniate dall'accurato lavoro di costruzione (avvalendosi anche di *focus group* per la formulazione degli item e di una verifica mediante coinvolgimento dei caregiver); nonché dall'esteso e pregevole lavoro di standardizzazione compiuto su un campione di quasi 300 persone, di ampia gamma di età (dai 65 anni che segna l'ingresso "ufficiale" nella terza età, agli ultracentenari), di diversa estrazione socio-culturale, presenti in diverse strutture residenziali venete. Le caratteristiche psicometriche dell'intervista Quality_VIA sono state accertate mediante accurati studi fattoriali, di consistenza interna e di validità convergente. Lo studio normativo è utile per la valutazione dei livelli del singolo anziano rispetto alla sua popolazione di riferimento.

Lo strumento è utile anche per monitorare la qualità dei servizi offerti nelle istituzioni e per valutare l'efficacia dei trattamenti in esse attuati: aspetto essenziale per rispondere all'esigenza – oggi particolarmente sentita – di scientificità degli interventi che la comunità offre agli anziani non più pienamente autosufficienti o che comunque richiedono istituzionalizzazione.

Lo strumento è certamente utile per gli psicologi clinici e per altri professionisti che lavorano nel settore dell'assistenza agli anziani istituzionalizzati per migliorare il loro benessere e la qualità di vita.

Introduzione

di Alessandra Cantarella, Erika Borella e Rossana De Beni

Il presente volume si rivolge ai professionisti che operano nel settore dell'invecchiamento offrendo uno strumento per la valutazione della qualità di vita degli anziani residenti nei contesti di cura e che consideri aspetti oggettivi e soggettivi del vivere bene.

Ad oggi, infatti, mancano strumenti che valutino la qualità di vita e che siano validati nel contesto italiano. Mentre nelle istituzioni si dibatte a lungo sul come favorire un “approccio di cura centrato sulla persona” (Kitwood, 1995) garantendo via via piani assistenziali sempre più calati sul singolo individuo, mancano strumenti volti alla valutazione della bontà e qualità dei contesti di vita, che possano oggettivare il soddisfacimento dei bisogni degli individui residenti, da quelli di base, come ad esempio un'adeguata alimentazione, a quelli di più alto livello relati agli scopi di vita e all'autorealizzazione personale.

Considerando infatti che le istituzioni rappresentano il contesto in cui l'individuo può trascorrere parte importante della sua esistenza – con tempi di residenza variabili da pochi mesi, nel caso di soggiorni temporanei e di sollievo, a decenni – risulta fondamentale che esse divengano anche luoghi di “possibilità” in cui siano presenti, a seconda delle risorse dell'individuo, continue opportunità di sviluppo personale. In quest'ottica il contesto istituzionale non dovrebbe essere esclusivamente un ambiente facilitante e di sostegno all'autonomia personale, in contrapposizione ad una maggiore vulnerabilità ambientale dell'anziano (Lawton, 1982), ma anche contesto “arricchenti

te”, in grado di promuovere le capacità dell’individuo – seppure fragile – a qualsiasi età.

Mentre la letteratura internazionale straniera è ricca di strumenti atti a valutare la qualità di vita e il benessere dell’anziano residente nei servizi, in Italia sono poco presenti e del tutto inesistenti quelli rappresentativi della vita nelle istituzioni anche per anziani con deterioramento cognitivo, sovente esclusi dalle indagini e rilevazioni. Tale aspetto è ancor più sconveniente se si pensa che gran parte degli anziani ivi residenti presenta quadri di deterioramento cognitivo. Attualmente, per raccogliere tali informazioni vengono utilizzate – se i rispondenti hanno un funzionamento cognitivo adeguato alle richieste del compito – scale create ad hoc dai clinici delle diverse residenze o, in alcuni casi, adattamenti di strumenti anglosassoni che quindi contengono item che sono poco confacenti alla realtà italiana o che presentano situazioni molto diverse da quelle in cui i nostri anziani vivono. Ancora, più spesso, a fungere da rispondenti a questionari inerenti la qualità sono i familiari degli anziani residenti, con tutte le distorsioni e i limiti che ciò comporta: numerosi studi mostrano come vi sia da parte di anziani istituzionalizzati e dai loro familiari una grande divergenza rispetto a quanto viene ritenuto importante per vivere bene all’interno delle residenze (e.g. Logsdon, Gibbons, McCurry, Teri, 2002). D’altro canto, si potrebbe ricorrere a strumenti osservativi per la rilevazione della qualità di vita e del benessere in anziani più compromessi (come ad esempio il noto Dementia Care Mapping, Kitwood, Bredin, 1992) i quali richiedono però una preparazione estensiva del clinico e tempi di osservazione molto lunghi.

Il presente volume nasce da questa esigenza: offrire agli psicologi clinici e ai professionisti delle istituzioni che si occupano di anziani uno strumento utile per la rilevazione della qualità di vita promossa attraverso i servizi. Lo strumento proposto vuole andare oltre la rilevazione della “customer satisfaction” prendendo in considerazione il punto di vista dell’anziano (come egli vive l’ambiente in relazione ai suoi bisogni e alle proprie potenzialità) anche quando presenti difficoltà cognitive.

L’intervista strutturata “Qualità di Vita nelle Istituzioni per Anziani” (Quality_VIA), che qui presentiamo, è stata realizzata da ricercatori dell’Università di Padova grazie al supporto delle fondazioni Human Potential Network Research e Opera Immacolata Concezione

Onlus e di diverse istituzioni residenziali per anziani presenti nel territorio veneto. È un agevole strumento composto da 34 item di veloce somministrazione (circa 25 minuti), che compendia aspetti soggettivi e oggettivi che contribuiscono alla percezione di qualità di vita delle persone nelle residenze. Gli item che compongono l'intervista sono semplici e comprensibili, adatti ad anziani con differenti profili cognitivi (dalla normalità cognitiva fino ad un Mini Mental State Examination pari a 13). Si tratta dell'unico strumento italiano ad oggi validato per la valutazione specifica della qualità di vita nelle istituzioni e standardizzato su un ampio campione di individui, dai 65 ai 105 anni.

Nel primo capitolo del volume verrà presentata la cornice teorica nella quale si inserisce il dibattito circa la rilevazione della qualità di vita e del benessere nell'invecchiamento, prendendo in rassegna la letteratura scientifica inerente le diverse concettualizzazioni dei costrutti e delineandone le loro variazioni nel ciclo di vita.

Nel secondo capitolo verranno presi in rassegna gli strumenti disponibili per la valutazione della qualità di vita, soffermandosi sugli indicatori considerati dalle diverse scale e dai questionari, in relazione anche ai modelli teorici descritti nel primo capitolo. Nonostante molti strumenti presenti nel panorama scientifico pongano molta enfasi sul punto di vista dell'anziano e sulle proprietà psicometriche degli strumenti, spesso non vi è un riferimento a quelli che la letteratura ci mostra essere predittori della qualità di vita nell'invecchiamento.

Nel terzo capitolo verrà presentato il nuovo strumento, l'intervista "Quality_VIA". Gli item dello strumento sono stati costruiti attraverso focus group con psicologi clinici operanti nelle residenze e tenendo conto dei predittori indicati come rilevanti dalla letteratura internazionale. Sono stati inoltre selezionati sulla base della loro bontà psicometrica, come meglio descritto nel capitolo.

Il volume si conclude con indicazioni rispetto all'applicabilità dello strumento all'interno di vari contesti istituzionali e in relazione a diversi obiettivi di somministrazione che possono essere clinici, di ricerca o aziendali. Lo strumento può essere difatti utile per: 1) comprendere il livello di qualità di vita esperita dall'anziano con valenza clinica; 2) valutare l'efficacia dei trattamenti psicosociali promossi all'interno degli enti; 3) avere un riscontro sulla qualità delle cure

erogate all'interno delle istituzioni in un'ottica aziendale di accrescimento e sviluppo continuo.

Lo strumento proposto permette pertanto di dare effettivamente voce agli anziani, da quelli più fragili a quelli più autonomi e, se si considera che la mission dichiarata dalle residenze è la promozione della qualità di vita degli anziani che vi abitano, risulta chiaro quanto sia utile avere a disposizione uno strumento validato volto alla misurazione di questo aspetto per gli anziani e i professionisti che vi lavorano.

1. Benessere e qualità di vita nell'invecchiamento: dalla definizione dei costrutti all'importanza della loro rilevazione nei servizi per anziani

di Alessandra Cantarella, Erika Borella, Maria Sole Antolini,
Loredana Portone e Rossana De Beni

Nel presente capitolo verranno presi in rassegna i principali modelli di benessere e qualità di vita seguendo un itinerario storico: il lettore troverà una raccolta esaustiva delle prospettive teoriche e degli studi più rilevanti che dagli anni '80 ad oggi hanno cercato di definire tali costrutti nell'invecchiamento e di comprenderne le variazioni in base all'età e alle caratteristiche dei contesti di vita.

Una prima difficoltà che incontra chi si appresta all'indagine di tali temi è proprio quella di arrivare ad una corretta concettualizzazione del benessere e della qualità di vita e alla comprensione delle relazioni tra i diversi costrutti, che spesso vengono confusi.

Ancora, si cercherà di comprendere quali parametri oggettivi e soggettivi contribuiscono effettivamente ad una percezione di qualità nell'invecchiamento e, a tal proposito, il lettore troverà una sintesi dei risultati degli studi più rilevanti per ciascuno degli indicatori di qualità di vita e benessere generalmente riportati in letteratura, includendo sia aspetti oggettivi (es. caratteristiche fisiche dell'ambiente, livello di salute dell'individuo ecc.) che aspetti soggettivi (soddisfazione di vita, rapporti con gli altri ecc.) del vivere bene.

1.1. Qualità di vita e benessere: il problema della definizione

Nel 1976 due ricercatori americani definirono la qualità di vita – Quality of Life (QoL)¹ – come “un’entità vaga ed eterea, qualcosa di cui parla tantissima gente senza sapere esattamente di cosa si tratti” (Shea, King-Farlow, 1976 in Missotten, Squelard, Ylieff, 2010, p. 116).

Il concetto di QoL è infatti estremamente vago in quanto coinvolge elementi sia oggettivi che soggettivi dell’esistenza: gli elementi oggettivi comprendono le risorse finanziarie, lo stato di salute, il livello socioeconomico, la quantità dei rapporti sociali e le caratteristiche dell’ambiente di vita. Questi elementi sono di facile definizione e valutazione. Differentemente altri attributi quali la “soddisfazione di vita”, “il benessere psicologico”, la “felicità” ecc., aspetti tutti compresi nella QoL, risultano di difficile misurazione e spesso vengono confusi con la stessa QoL.

Seguendo un excursus storico di seguito si cercherà di chiarire la differenza tra i vari costrutti suddetti e di porli in relazione rispetto alla più ampia QoL.

Il concetto di QoL approda nella letteratura inerente la medicina e la salute intorno agli anni ’60 (Niero, 2002) sebbene già nel 1948 l’Organizzazione Mondiale della Sanità descrivesse la QoL come “la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni”.

Tale definizione, seppur datata, rimane tuttora quella maggiormente utilizzata poiché meglio riesce a descrivere la natura dinamica del costrutto e il suo trasformarsi in relazione a caratteristiche oggettive e soggettive del contesto di vita. Proprio per la necessità, parlando di QoL, di esplicitare sempre il contesto sociale, valoriale e culturale di riferimento non stupisce che – per lo meno agli albori – il costrutto avesse preso piede non tanto nel campo della salute quanto in

¹ Qualità di vita comparirà di seguito con l’acronimo QoL – Quality of Life – piuttosto che come QdV, come abbreviazione italiana, per uniformità con la letteratura e gli strumenti anglosassoni citati in questo manuale.

quello delle scienze sociali (Niero, 2002). L'interesse nelle indagini sociali era quello di comprendere in che modo azioni e politiche potessero influire positivamente o negativamente in termini di QoL delle diverse popolazioni: quello che si cercava di valutare, nel confronto tra differenti assetti sociali, economici e politici, era se ad aspetti oggettivi di qualità (es. elevato tenore di vita) corrispondesse una maggiore soddisfazione esperita dai gruppi. Tale filone di indagine è oggi ben rappresentato dagli studi che si occupano di confrontare in termini sociali ed economici il benessere e la qualità di vita esperita in diversi Paesi (es. ranking internazionali come il Better Life Index dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OECD²). In tali rilevazioni però ad aspetti iniziali meramente oggettivi (quali ad esempio il reddito, l'aspettativa di vita alla nascita ecc.) si sono aggiunti elementi via via sempre più soggettivi (ad esempio il senso di supporto sociale, l'affettività positiva ecc.) e, nel 2012, è stato pubblicato il primo World Happiness Report (Helliwell, Wang, 2012) in cui centrale è il tema del benessere soggettivamente percepito come principio che dovrebbe guidare le azioni di sviluppo economico e sociale. Seguendo le linee guida OECD del 2009, nei World Happiness Report il benessere psicologico è inteso come “soddisfazione di vita” (valutazione cognitiva rispetto a come la propria vita sta andando) e “affettività positiva” (ossia la possibilità di esperire emozioni positive) e si fanno espliciti riferimenti ad aspetti fondamentali della psicologia positiva, che verranno approfonditi più avanti nel capitolo.

Da ambito caro alle scienze sociali ed economiche il tema della QoL negli anni '70 diventa sempre più ampio finendo per abbracciare tutte le discipline che riguardano la salute ed è possibile notare, da allora, un'enfasi sempre maggiore posta sugli aspetti soggettivi del vivere bene: dalle prime concettualizzazioni di QoL come sinonimo di salute intesa come “assenza di sintomi/situazioni di disagio” si

² L'indice permette di mettere a confronto il grado di benessere di vari Paesi, scorrendo negli 11 temi che l'OECD ha identificato quali essenziali, nelle diverse aree che interessano le condizioni materiali e la qualità della vita (abitazione, reddito, occupazione, relazioni sociali, istruzione, ambiente, impegno civile, salute, soddisfazione, sicurezza, equilibrio lavoro-vita).

passa a delle definizioni sempre più ricche in cui essa è la risultante dell'interazione di aspetti biologici, ambientali, psicologici e sociali. Tale passaggio di prospettiva è favorito, a partire dagli anni '80, da due elementi: 1) l'adozione appunto di un modello bio-psicosociale piuttosto che bio-medico nella definizione di salute (Engel, 1978) e 2) la nascita della psicologia positiva (Seligman, 1991). Sul finire degli anni '80 infatti, l'antesignana definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (presente già nella carta fondativa del 1947) come “*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non come assenza di malattia*” trova le prime applicazioni effettive: si assiste, in questo periodo, ad un grande fiorire di studi inerenti le reciproche influenze tra componenti fisiche e psicologiche e ambientali come determinanti della salute dell'individuo. In quest'ottica la salute smette di essere uno stato preciso e determinato per divenire un punto variabile lungo il continuum tra malessere e benessere, riconoscendo il ruolo proattivo dell'individuo nel posizionarsi lungo di esso. Si riconosce la natura multifattoriale della “salute” come uno stato che non deve essere solo salvaguardato ma ricercato e conseguito dalla persona. Così, accanto ad alcune concettualizzazioni di QoL legate prettamente all'impatto che le condizioni di salute hanno sul benessere psicologico del soggetto e sulle abilità funzionali di vita quotidiana (si parla difatti di Health Related Quality of Life – HRQoL) si affiancano concettualizzazioni più ampie dove trovano spazio sia aspetti tangibili (come ad esempio l'effettivo stato di salute) che altri più astratti (es. spiritualità, autodeterminazione, benessere psicologico ecc.).

Alla fine degli anni '80, come predetto, vi è anche la nascita della psicologia positiva intesa come “studio scientifico del funzionamento umano ottimale” (Sheldon, Friedrickson, Rathunde, Csikszentmihalyi, Haidt, 1999). Scopo di questo approccio è quello di studiare le virtù dell'individuo e quelle caratteristiche che gli permettono di “essere felice” ed esperire elevati livelli di benessere psicologico³. Il benes-

³ I termini “felicità” e “benessere psicologico” vengono utilizzati in modo interscambiabile nei primi scritti di Seligman (es. *Authentic Happiness*, 2002), considerato come padre della psicologia positiva. È da notare però che successivamente lo stesso Seligman limita l'utilizzo di tali termini (es. nel suo lavoro *Flourish*, 2010)

sere si contrappone al mero malessere e diventa ottimizzazione delle proprie risorse all'interno del contesto di vita (Gable, Haidt, 2005). Centrale negli studi inerenti la psicologia positiva e rilevante per il tema della QoL è la differenza tra benessere “edonico” e “eudaimonico”. Nell’accezione edonica il benessere è la risultante di un bilancio positivo tra affettività positiva e negativa (ossia provare emozioni piacevoli) e della soddisfazione di vita intesa come giudizio personale (valutazione cognitiva) sulla qualità della propria esistenza, confrontata con i propri desideri (Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999). Nella prospettiva eudaimonica invece (es. Ryff, 1989) il benessere psicologico corrisponde propriamente alle virtù dell’individuo, alla sua capacità di autorealizzarsi e attualizzare pienamente le sue potenzialità.

La concezione edonica del benessere non permette di spiegare come sia possibile mantenere livelli adeguati di appagamento per la vita anche in situazioni di disagio o sofferenza o quando il bilancio tra emozioni positive e negative non è favorevole. È questo il caso ad esempio del “paradosso della disabilità” e del “paradosso del benessere nell’invecchiamento”, in cui si assiste al mantenimento di buoni livelli di QoL in condizioni oggettivamente sfavorevoli quali la disabilità o delle limitazioni e perdite funzionali nell’anziano. Tali paradossi possono essere spiegati solo se si abbraccia una prospettiva eudaimonica al benessere in cui centrale è lo sforzo dell’individuo e il suo ruolo proattivo nello scegliere le condizioni che possono portarlo alla felicità.

La “ricetta della felicità” di Seligman è appunto data dalla seguente formula:

$$F = P + C + V$$

F = Felicità

P = Personalità e disposizioni innate

C = Circostanze di vita e ambientali

V = Controllo volontario

specificando meglio come generalmente con il termine “felicità” si faccia riferimento alla sola accezione edonica del benessere, ossia allo sperimentare emozioni positive, mentre quando si parla di benessere psicologico si fa riferimento ad un costrutto più ampio, di cui la felicità è solo una delle componenti (Ryff, 1989; Ryan, Deci, 2001).