

Seminario nazionale
Benfare 2021

Resilienze per anziani. Le RSA alla prova della qualità della vita

4 e 5 novembre 2021

Castelnuovo del Garda

Due giornate di approfondimenti, esperienze, riflessioni
per il settore socio-sanitario

L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 NELLE RSA

NICOLA VANACORE

**Centro Nazionale di Prevenzione
delle Malattie e Promozione della Salute**



Osservatorio demenze
dell'Istituto Superiore di Sanità

QUALITA'

**Fare solo ciò che è utile (efficacia teorica),
nel modo migliore (efficacia pratica)
con il minor costo (efficienza),
a chi (accessibilità),
e soltanto a chi ne ha veramente bisogno
(appropriatezza),
facendo fare le cure a chi è competente per farlo
(competenza),
ottenendo i risultati ritenuti migliori
(soddisfazione).**

Amore a parte, a che cosa dovrebbe tendere l'umanità, se non alla qualità?
(CRM Wilson)





The BMJ

Cite this as: *BMJ* 2021;375:n2560

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2560>

Published: 19 October 2021

Covid-19: Government faces legal challenge over “failure to protect care home residents”

Abi Rimmer

Two women who lost their fathers to covid-19 are legally challenging what they describe as the government’s failure to protect care home residents during the pandemic.

Cathy Gardner and Fay Harris claim that the health secretary, NHS England, and Public Health England unlawfully failed to protect care home residents from the three principal routes of covid transmission.¹ These were infection by other residents, infection by external visitors to care homes, and infection by care home staff.

Their case will be heard at the High Court over four days, starting on 19 October.

Speaking to BBC Radio 4’s *Today* programme on the day the hearing began, Gardner explained that the government had a legal duty to protect vulnerable people and to consider the effect its policies had on them.

“We know from what happened in care homes that really nothing was done to protect those people and they were discharging people from hospital,” she said. “The basis of the legal challenge is that they didn’t protect anyone in care homes, and they put them in harm’s way.”

Earlier this year the UK government admitted that its policy to have patients moved from hospitals to care homes during the early stages of the pandemic may have directly led to subsequent deaths.²

A report from Public Health England said its findings suggested that hospital associated seeding accounted for only a small proportion of all outbreaks in care homes. It said that from 30 January to 12 October 2020 it identified 43 398 care home residents (8.4%) who tested positive for covid with laboratory confirmation, and death was reported in 13 795 (34%).

A government spokesperson said that they could not comment on ongoing legal proceedings. They said, “Every death is a tragedy, and we worked tirelessly to protect the public from the threat to life and health posed by the pandemic and specifically sought to safeguard care homes and their residents.

“We have provided billions of pounds to support the sector, including on infection and prevention control, free PPE, additional testing, and priority vaccinations—with the vast majority of eligible care staff and residents now vaccinated.”

1 High Court of Justice, Queen’s Bench Division. The Queen (on the application of (1) Dr Cathy Gardner (2) Fay Harris) v (1) Secretary of State for Health and Social Care (2) NHS Commissioning Board (NHS England) (3) Public Health England. Oct 2021. https://static.crowdjustice.com/crowdjustice_document/Gardner_v_SSH_Claimants_Skeleton_Argument.pdf

2 O’Dowd A. Covid-19: Official figures “underestimate” deaths caused by discharging patients into care homes. *BMJ* 2021;373:n1415. doi: 10.1136/bmj.n1415 pmid: 34078629

43% of U.S. Coronavirus Deaths Are Linked to Nursing Homes

By The New York Times June 27, 2020

43%

OF ALL U.S. DEATHS
54,000+

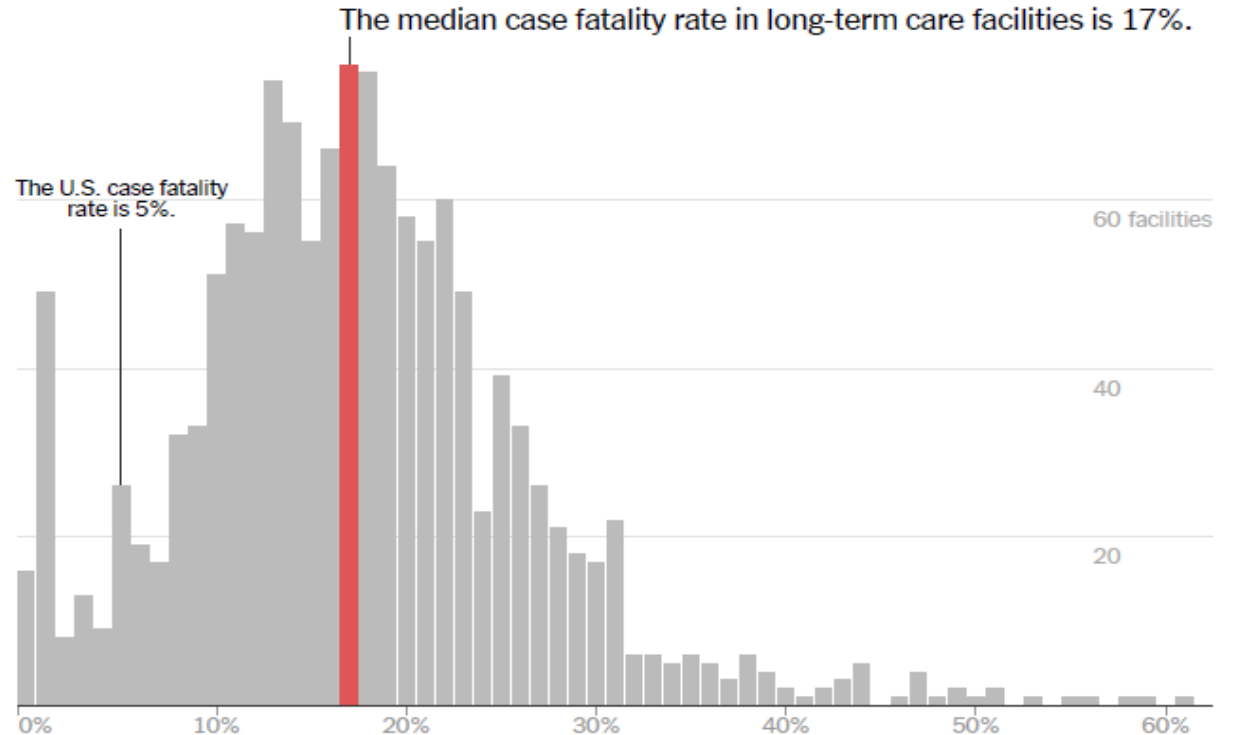
11%

OF ALL U.S. CASES
282,000+

The New York Times

27 June 2020

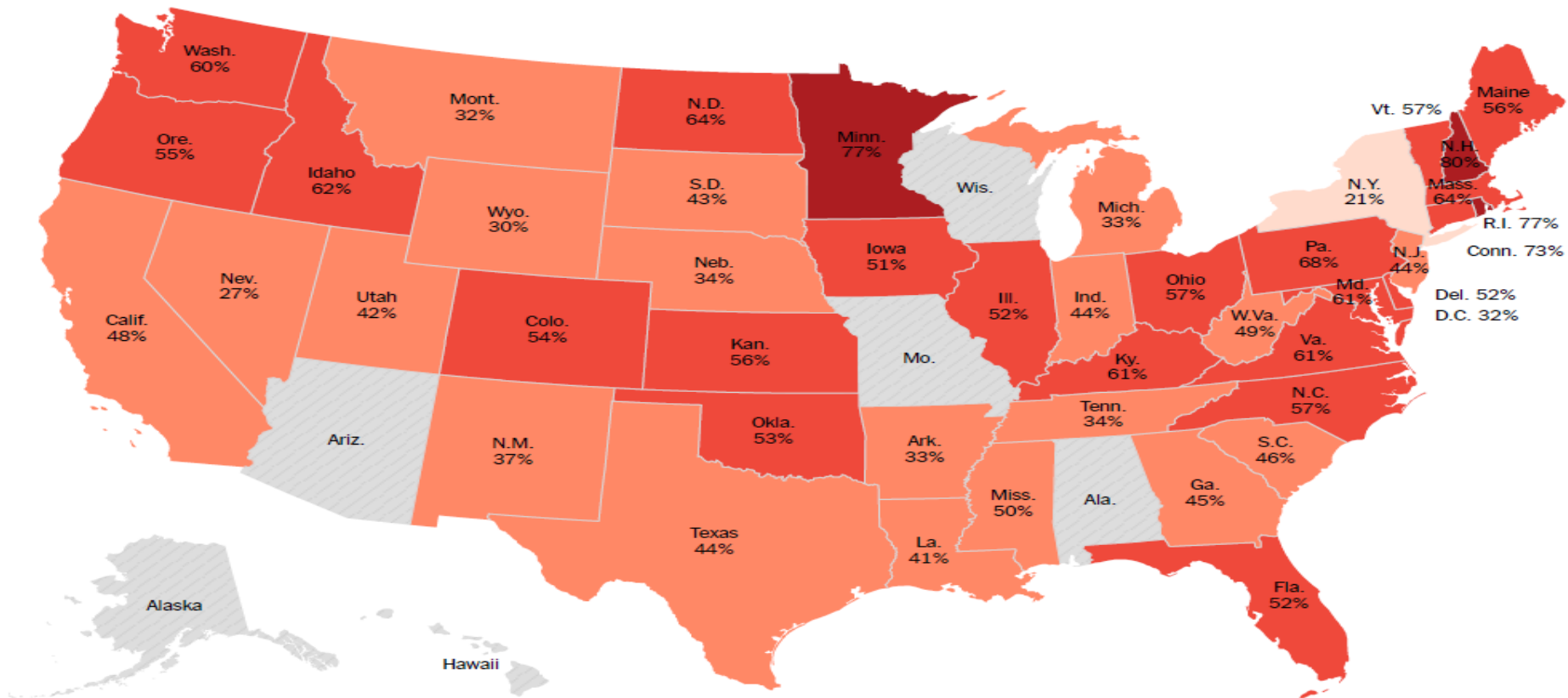
43% of U.S. Coronavirus Deaths Are Linked to Nursing Homes - The New York Times



Note: Only facilities with reliable case and death data and at least 50 cases are included.

28/6/2020

43% of U.S. Coronavirus Deaths Are Linked to Nursing Homes - The New York Times



Cases and deaths in long-term care facilities, by state

	FACILITIES	CASES	DEATHS	SHARE OF COVID-19 DEATHS ▼
United States	12,000	282,000	54,000	43%

54.000/12.000 = 4,5 decessi covid-19 per facilities

680 /1356 = 0,5 decessi covid-19 per RSA
In Italia



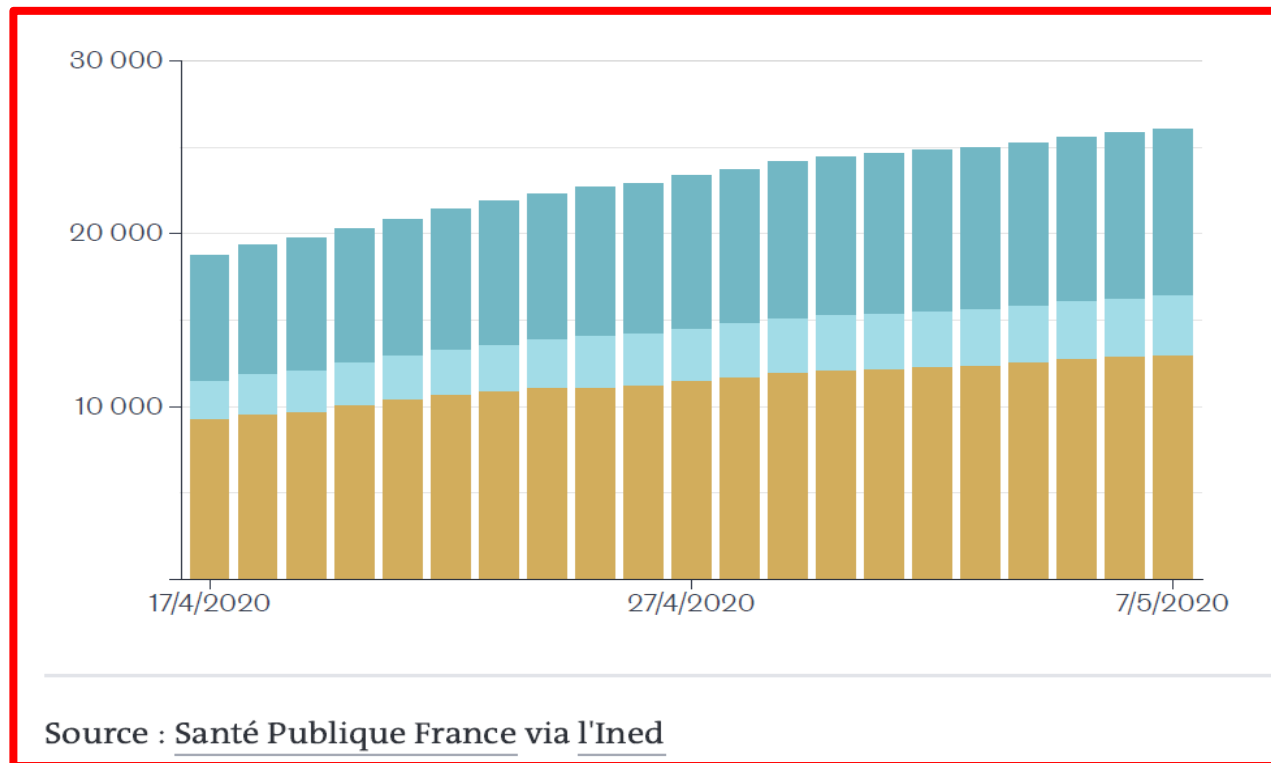
• CORONAVIRUS ET PANDÉMIE DE COVID-19

Coronavirus : les résidents d'Ehpad représentent la moitié des décès comptabilisés en France

EN UN GRAPHIQUE – Un peu plus de 13 000 des 25 987 décès liés au coronavirus comptabilisés par Santé publique France concernent des personnes hébergées en maison de retraite.

Par Léa Sanchez • Publié le 08 mai 2020 à 17h02 - Mis à jour le 24 août 2020 à 22h58

8 Mai 2020



- Décès à l'hôpital de résidents des ménages ordinaires
- Décès de résidents d'Ehpad à l'hôpital et ● en établissement

Source : Santé Publique France via l'Ined

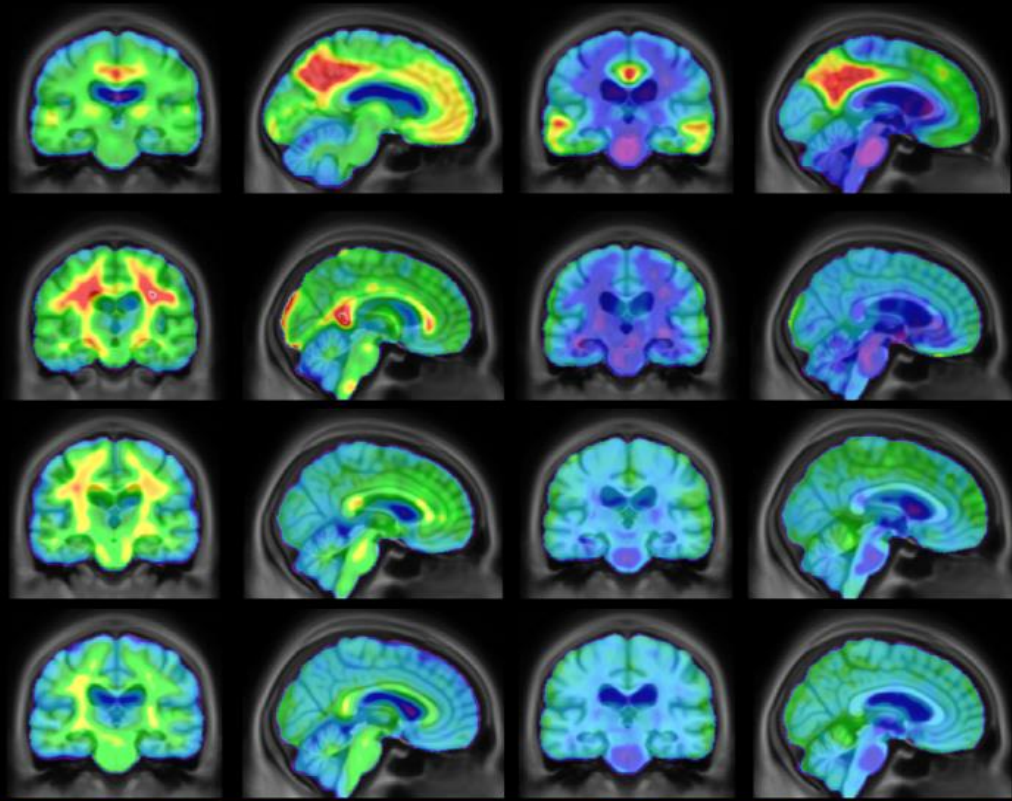


Alzheimer's Disease
International

The global voice on dementia

World Alzheimer Report 2021

Journey through the diagnosis of dementia



ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL | WORLD ALZHEIMER REPORT 2021

Expert essay

COVID-19 and dementia in Italy: a critical appraisal

Nicola Vanacore, Marco Canevelli

National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanita, Rome, ITALY

As of June 23, 2021, a total of 4,253,460 COVID-19 cases and 127,291 COVID-19 related deaths were recorded in Italy, placing the country in eighth place among the nations hardest hit by the pandemic (1) and among those with the highest case-fatality rate.

The COVID-19 pandemic has had, and continues to have, a profound impact on the health and well-being of people with dementia living in Italy. Based on the data extrapolated from the medical reports of approximately 7,200 individuals who died with COVID-19 in national hospitals between February 2020 and April 2021, 31.8% of the women and 17.5% of the men had a history of dementia (2). Several studies conducted in the country have suggested that these high mortality rates in people with dementia may be linked to:

1. The tendency of COVID-19 to present with atypical and misleading manifestations, such as delirium and behavioural disruptions, in older adults with cognitive deficits. This often results in delayed diagnosis and treatments (3).
2. The reduced access to intensive care and supportive therapies (4).
3. The number of people residing in long-term care facilities where the transmission of SARS-CoV-2 was more protracted and where significant organisational issues and resource shortages occurred (5).

1. IL CONTESTO NAZIONALE

Al 31 dicembre 2013

I PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI

PROSPETTO 1. PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI, POSTI LETTO, OSPITI PER TIPOLOGIA DI UTENZA E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. 31 dicembre 2013, valori assoluti e tassi per 1.000 residenti

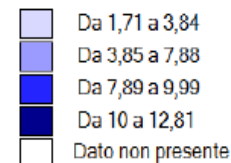
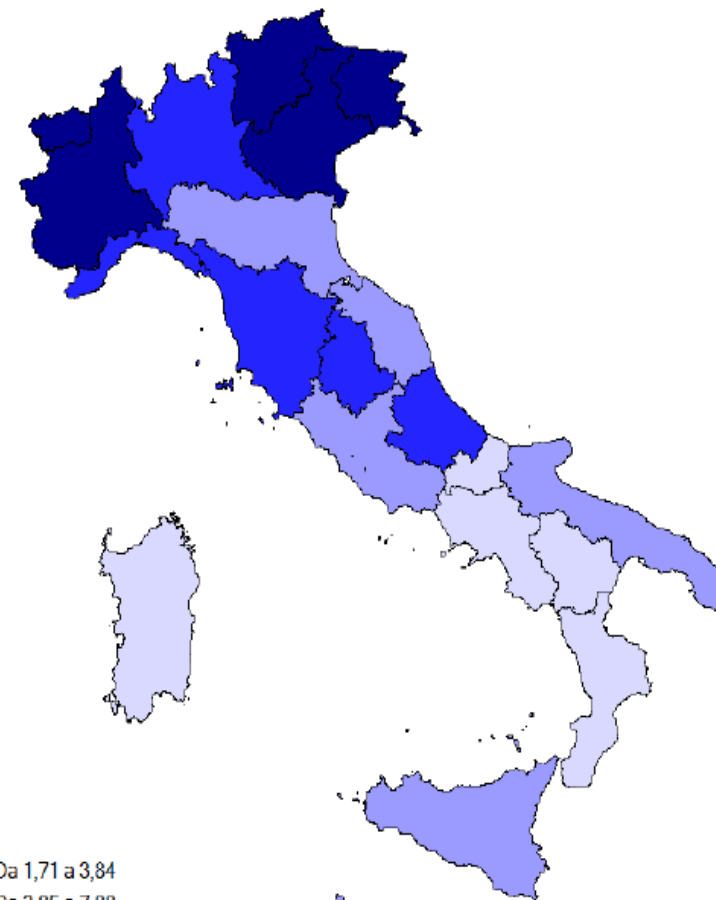
REGIONE	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti			
			Minori	Adulti	Anziani	Totale
Valori assoluti						
Nord Ovest	3.615	150.811	4.658	24.184	115.507	144.348
Nord Est	3.260	103.210	3.666	16.137	79.169	98.972
Centro	2.355	58.005	3.503	11.984	39.631	55.117
Sud	1.646	39.951	2.612	9.794	25.723	38.129
Isole	1.385	32.473	3.147	9.148	18.623	30.919
ITALIA	12.261	384.450	17.586	71.247	278.652	367.485
Tassi per 1.000 residenti						
Nord Ovest	0,22	9,35	1,77	2,46	31,48	8,95
Nord Est	0,28	8,86	1,90	2,26	30,58	8,49
Centro	0,20	4,81	1,81	1,61	14,69	4,57
Sud	0,12	2,82	1,04	1,10	9,49	2,69
Isole	0,20	4,80	2,74	2,15	13,81	4,57
ITALIA	0,20	6,32	1,73	1,89	21,41	6,05

Poco più di ottomila le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-sanitario

FIGURA 1. POSTI LETTO NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI

31 dicembre 2013, tassi per 1.000 residenti

Posti letto Presidi residenziali





PRIMA ONDATA DELLA PANDEMIA. UN'ANALISI DELLA MORTALITÀ PER CAUSA E LUOGO DEL DECESSO | MARZO – APRILE 2020

Covid-19 seconda causa di morte dopo i tumori

➔ Nei mesi di marzo-aprile 2020 i decessi in eccesso sono stati **49mila** rispetto alla media degli stessi mesi nei cinque anni precedenti. Il 60% è attribuibile al Covid-19 (29.210), il 10% a polmoniti e il 30% ad altre cause.

I decessi per polmoniti triplicano e aumentano quelli per demenze, diabete e cardiopatie ipertensive.

Sul totale dei decessi per Covid-19 circa l'85% è di individui di oltre 70 anni.

Tra i 50-59enni un decesso su cinque è dovuto al Covid-19.

L'incremento dei morti è differenziato per luogo di decesso: +155% nelle strutture residenziali o socio-assistenziali, +46% negli istituti di cura, +27% nelle abitazioni.

A marzo-aprile 2020 incremento di decessi in buona parte per Covid-19

Per la prima volta dall'inizio della pandemia è possibile analizzare dettagliatamente le cause di morte, incluso il Covid-19, di tutti i decessi registrati in Italia tra il 1° marzo e il 30 aprile 2020.

In questi due mesi, i deceduti residenti in Italia hanno subito un incremento del 45%. Si tratta di 159.310 decessi, quasi 49mila casi in più rispetto alla media calcolata nello stesso periodo del quinquennio 2015-2019. Solamente una piccola parte dell'incremento è imputabile all'invecchiamento demografico. Si stima infatti che, nel periodo considerato, in assenza di variazioni dei livelli di mortalità e degli effetti diretti e indiretti del Covid-19, avremmo osservato un aumento di soli 6.648 decessi.

DECESSI TOTALI, DECESSI PER COVID-19 E NUMERO MEDIO DI DECESSI NELLO STESSO PERIODO DEL QUINQUENNIO 2015-2019, PER RIPARTIZIONE DI RESIDENZA. Marzo-aprile 2020, valori assoluti.

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DI RESIDENZA	Decessi marzo-aprile 2020	di cui per Covid-19	Decessi marzo-aprile 2015-19 (media)	Decessi 2020 in eccesso rispetto al 2015-2019	di cui dovuti a invecchiamento popolazione	% decessi per Covid-19 sul totale di marzo-aprile 2020	Decessi marzo-aprile 2020 con menzione di Covid-19(a)
Nord-ovest	64.054	18.781	29.605	34.449	1.833	29,3	20.237
Nord-est	30.319	6.025	21.208	9.111	1.216	19,9	6.687
Centro	25.433	2.560	22.415	3.018	1.342	10,1	2.872
Sud e Isole	39.504	1.844	36.840	2.664	2.257	4,7	2.143
Italia	159.310	29.210	110.068	49.242	6.648	18,3	31.939

(a) includono i decessi per Covid-19 e quelli con Covid-19 come concausa.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale. Dati provvisori sulle cause di morte 2020

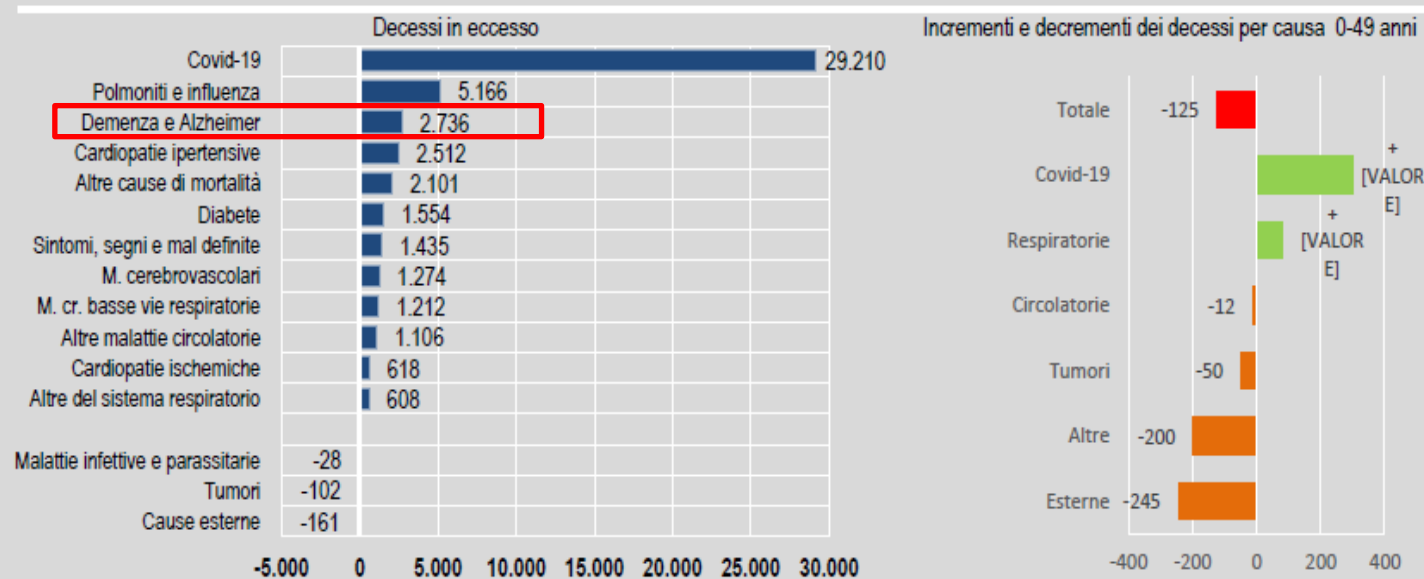
Decessi in aumento per quasi tutte le cause di morte

Il Covid-19 è la seconda causa di morte nel periodo marzo-aprile 2020, con un numero di decessi di poco inferiore a quello dei tumori e più del doppio di quello delle cardiopatie ischemiche. Nel periodo considerato, oltre al Covid-19, i decessi aumentano per quasi tutte le principali cause di morte rispetto a quanto osservato nello stesso periodo del quinquennio precedente.

L'incremento più importante nella frequenza dei decessi si osserva per polmoniti e influenza. Per questo gruppo di cause, rappresentato per oltre il 95% da polmoniti, la frequenza dei morti è tre volte superiore a quella osservata in media nel periodo 2015-2019 (7.610 rispetto a 2.445). A tale aumento si accompagna anche la crescita dei decessi dovuti alle altre patologie a carico dell'apparato respiratorio (+26%), rilevata sia per le malattie croniche broncopolmonari che per il complesso delle restanti malattie respiratorie.

I decessi risultano in aumento anche per demenze e malattia di Alzheimer (+49%), per le malattie cardiache ipertensive (+40%) e per il diabete (+41%), così come si ha un incremento per sintomi segni e cause mal definite o sconosciute (+43%).

FIGURA 2. ECCESSO DI MORTALITÀ: CONTRIBUTO DELLE CAUSE ALL'INCREMENTO DI MARZO-APRILE 2020 RISPETTO ALLA MEDIA 2015-19, NEL COMPLESSO E PER LA CLASSE DI ETÀ 0-49 ANNI. Valori assoluti.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale. Dati provvisori sulle cause di morte 2020

Forte aumento dei decessi nelle strutture residenziali o socio-assistenziali

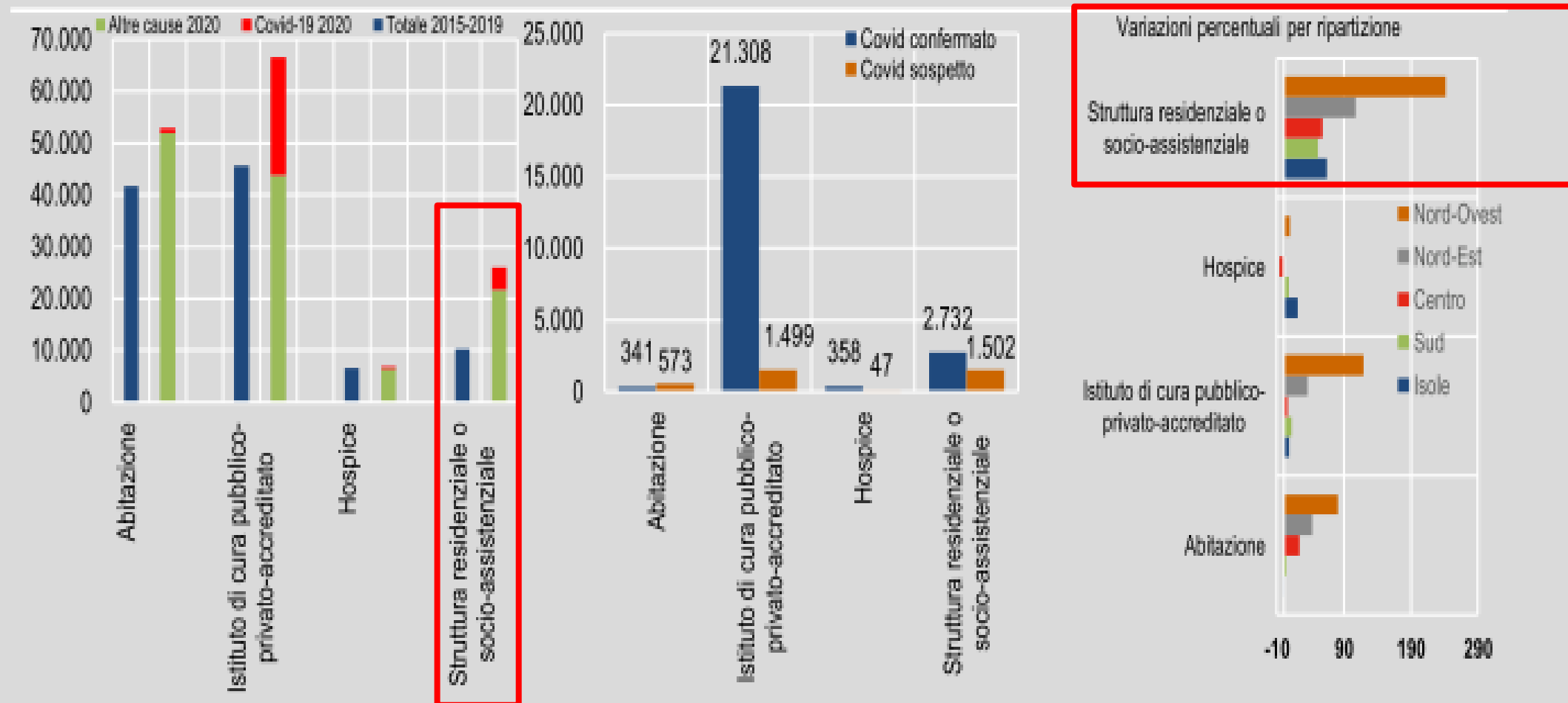
Per studiare le cause dell'eccesso della mortalità osservata a marzo e aprile 2020 può essere di aiuto esaminare il luogo in cui è avvenuto il decesso.

Si registra un forte incremento dei decessi negli istituti di cura pubblici e privati rispetto alla media 2015-19 (+46%), quasi interamente attribuibile alla mortalità per Covid-19, mentre si riducono del 4% quelli per altre cause non Covid-19.

Anche nelle abitazioni e nelle strutture residenziali o socio-assistenziali l'aumento dei decessi è rilevante (rispettivamente +27% e +155%) ma solo per una piccola parte risulta spiegato direttamente dal Covid-19: potrebbe essere conseguenza anche di un mancato accesso alle cure ospedaliere nella fase più critica per il sistema sanitario e di una mancata diagnosi di casi Covid-19 all'inizio della pandemia. Normalmente i decessi nelle strutture residenziali o socio-assistenziali costituiscono circa il 9% del totale delle morti mentre nel 2020 la percentuale sale al 17%. L'aumento dei decessi che si osserva negli *hospice* (+4%) può essere invece attribuito interamente al Covid-19.

Nelle strutture residenziali o socio-assistenziali si osserva un aumento per tutte le cause, anche di quelle malattie croniche tipiche di persone assistite in queste strutture. In particolare, la crescita di decessi per demenze e Alzheimer (+132%), così come per le altre malattie croniche, potrebbe essere attribuibile a una sottodiagnosi del Covid-19 o a un effetto indiretto del Covid-19 in soggetti già fragili. Questi incrementi sono particolarmente accentuati nel Nord del Paese dove il sistema sanitario è stato sottoposto a uno stress maggiore.

FIGURA 9. DECESSI PER LUOGO DI DECESSO. Marzo-aprile 2020. Valori assoluti e variazioni percentuali rispetto alla media degli stessi mesi del 2015-2019.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale. Dati provvisori sulle cause di morte 2020

Malattie croniche e rischio di ammalarsi di COVID-19 sintomatica: risultati di uno studio case-population su un campione di casi in AUSL Toscana Centro

Chronic diseases and risk of symptomatic COVID-19: results of a case-population study on a sample of patients in the Local Health Unit 'Toscana Centro' (Tuscany Region, Central Italy)

Francesco Profili,¹ Piercarlo Ballo,² Daniela Balzi,² Benedetta Bellini,¹ Simone Bartolacci,¹ Alfredo Zuppiroli,¹ Fabio Voller,¹ Paolo Francesconi¹

¹ Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze

² AUSL Toscana Centro, Firenze

ep anno 44 (5-6) settembre-dicembre 2020

L'analisi è, quindi, svolta su **1.840 casi** con sintomatologia almeno lieve, di età superiore a 30 anni e non residenti in RSA. È stata considerata come controllo la popolazione generale residente in AUSL Toscana Centro, di età uguale o superiore a 30 anni, non in RSA, come da anagrafe sanitaria al 01.01.2020, pari a **1.121.066** soggetti (98,2% della popolazione residente da Istat).

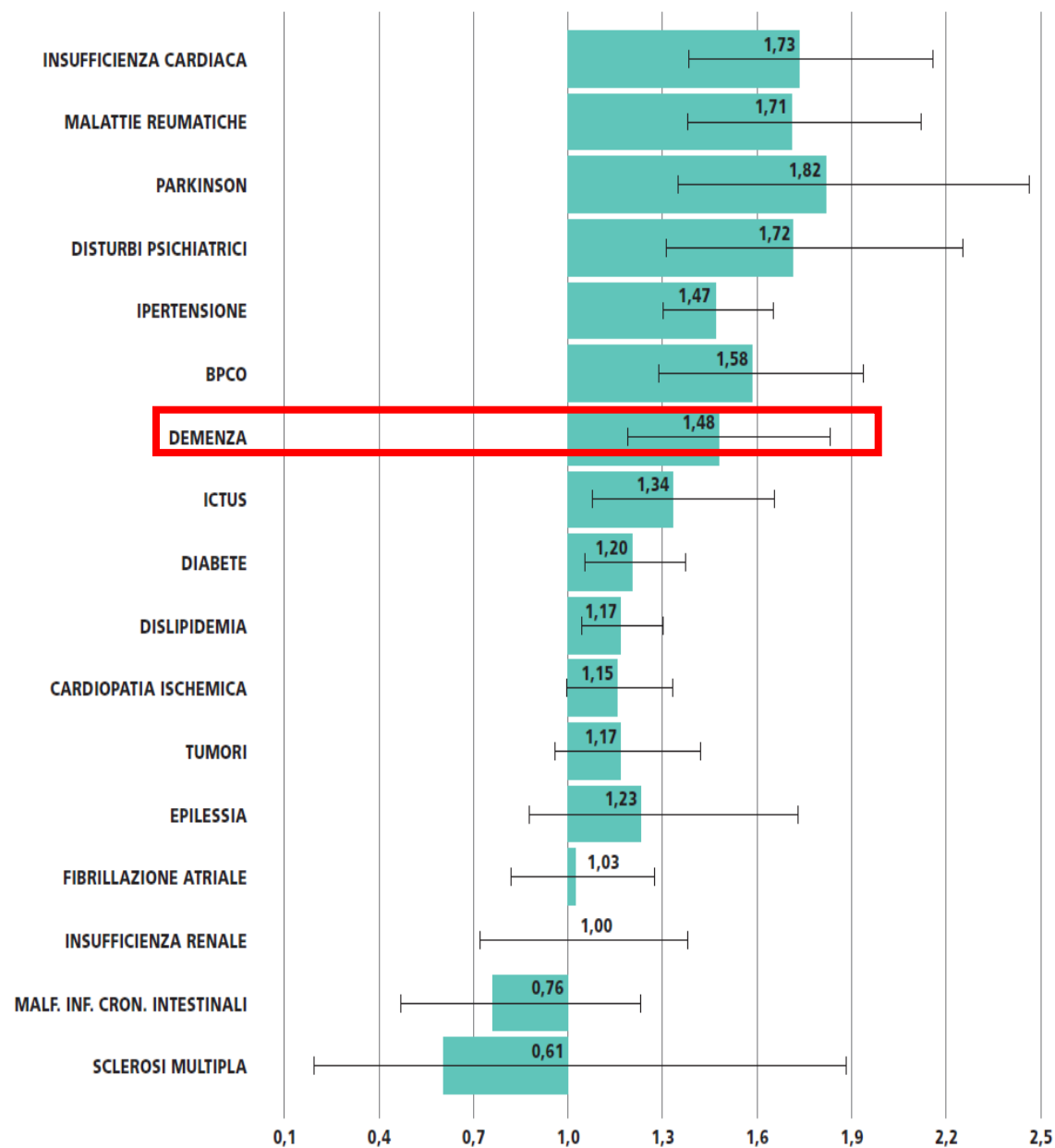


Figura 2. Effetto delle patologie pregresse: OR (genere ed età) di positività sintomatica al COVID-19, aggiustati per età, genere e multimorbilità (IC95%).
Figure 2. Effect of previous diseases: OR (gender and age) of symptomatic positivity to COVID-19, adjusted by age, gender, and multimorbidity (95%CI).

Riconoscere le manifestazioni del COVID-19

Manifestazioni tipiche

(di comune riscontro tra le persone contagiate)

- febbre o brividi
- tosse secca
- affaticamento/astenia
- produzione di espettorato
- dispnea (sensazione o evidenza di "fame d'aria", "affanno")
- mal di gola
- mal di testa
- dolori muscolari e/o articolari
- diarrea
- nausea e/o vomito
- riduzione/perdita del senso del gusto e/o dell'olfatto
- congiuntivite, manifestazioni cutanee (orticaria, petecchie)

Manifestazioni atipiche

(possono essere presenti nella persona con demenza)

- agitazione, irrequietezza
- maggiore confusione
- sopore
- estraniamento, ridotta responsività agli stimoli
- peggioramento dei disturbi del comportamento (agitazione, aggressività, deliri, allucinazioni)
- anoressia
- cadute ripetute
- peggioramento dei livelli di autonomia
- debolezza generalizzata

In presenza di queste manifestazioni, si raccomanda che il caregiver della persona con demenza prenda tempestivamente contatto con il medico di medicina generale o con i servizi di continuità assistenziale, evitando di recarsi direttamente in Pronto Soccorso o di attivare i servizi di assistenza medica di emergenza (118).

Qualora comparissero i seguenti sintomi e/o segni clinici di allarme è invece necessario attivare tempestivamente i servizi di emergenza sanitaria (118, Pronto Soccorso):

- difficoltà respiratoria
- difficoltà/impossibilità ad essere risvegliati
- dolore o oppressione a livello toracico
- cianosi del volto (viso o labbra bluastre)

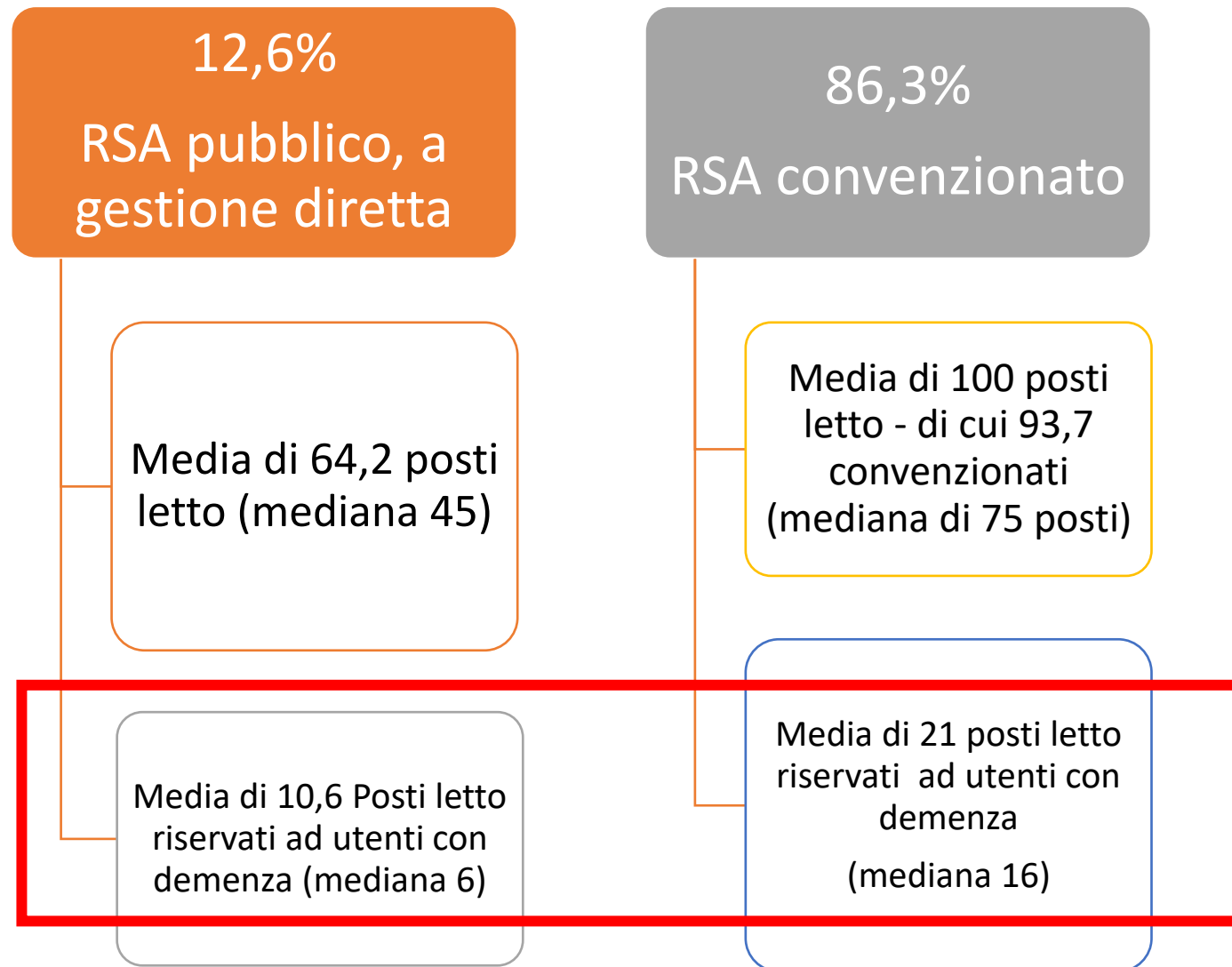
SURVEY PRE COVID-19



PREVALENZA STIMATA DI PAZIENTI CON DEMENZA PARI AL 26% IN UN CAMPIONE DI 330 RSA ITALIANE

Strutture residenziali: Posti letto disponibili per
Forma di gestione

Tasso di risposta: 48.1% (628/1304)





Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie

REPORT FINALE

Aggiornamento 05 maggio ore 20.00

30 marzo

14 aprile

6 aprile

5 maggio

Informazioni dal 1 febbraio 2020 fino al momento della partecipazione alla survey
Le RSA hanno risposto prevalentemente una sola volta.

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

A cura di:

Antonio Ancidoni, Ilaria Bacigalupo, Guido Bellomo, Marco Canevelli, Patrizia Carbonari, Maria Grazia Carella, Annamaria Confaloni, Alessio Crestini, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Carla Faralli, Simone Fiaccavento, Silvia Francisci, Flavia Lombardo, Eleonora Lacorte, Cinzia Lo Noce, Paola Luzi, Tania Lopez, Flavia Mayer, Maria Masocco, Monica Mazzola, Graziano Onder, Ilaria Palazzesi, Luana Penna, Daniela Pierannunzio, Paola Piscopo, Maria Cristina Porrello, Giulia Remoli, Emanuela Salvi, Giulia Scaravelli, Andrea Siddu, Sabrina Sipone, Lucia Speciale, Andrea Tavilla, Nicola Vanacore per ISS,

in collaborazione con Mauro Palma e Gilda Losito (Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale)

e con Gianluca Pucciarelli (Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione-Università di Tor Vergata), Daniela Accorgi (UsL Centro Toscana), Catia Bedosti (Ausl Imola- Emilia Romagna), Gabriella Carraro (Aulss 2 Veneto) Maria Mongardi (Dipartimento di Malattie Infettive – Università di Verona),

Il questionario online è stato preparato da Gianluca Ferrari dell'Area Comunicazione e Informatica srl.

Citare il documento come segue: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 14 aprile 2020.

Il documento è scaricabile in formato pdf dal sito <https://www.epicentro.iss.it/>

Iniziativa

La survey, **iniziata il 24 marzo**, coinvolge **3417** RSA pubbliche o convenzionate che fanno parte dell'Osservatorio Demenze dell'ISS

Sono state contattate **3292** RSA (**96%** del totale) distribuite in modo rappresentativo in tutto il territorio nazionale.

Hanno risposto **1356** strutture pari al **41,3%** delle strutture contattate

In Italy, a national survey, was conducted involving 1356 NHs and 29.0% of them reported COVID-19 cases

Figura 1 Cartogramma delle RSA per regione

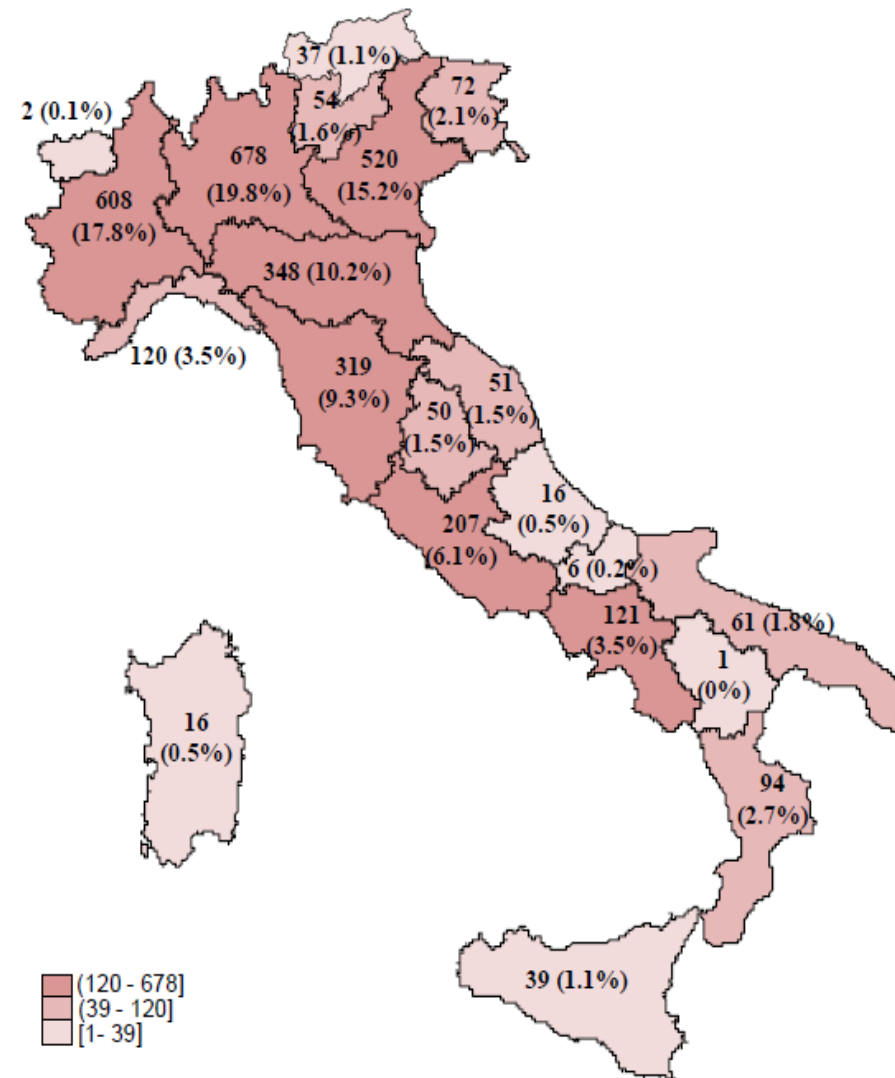
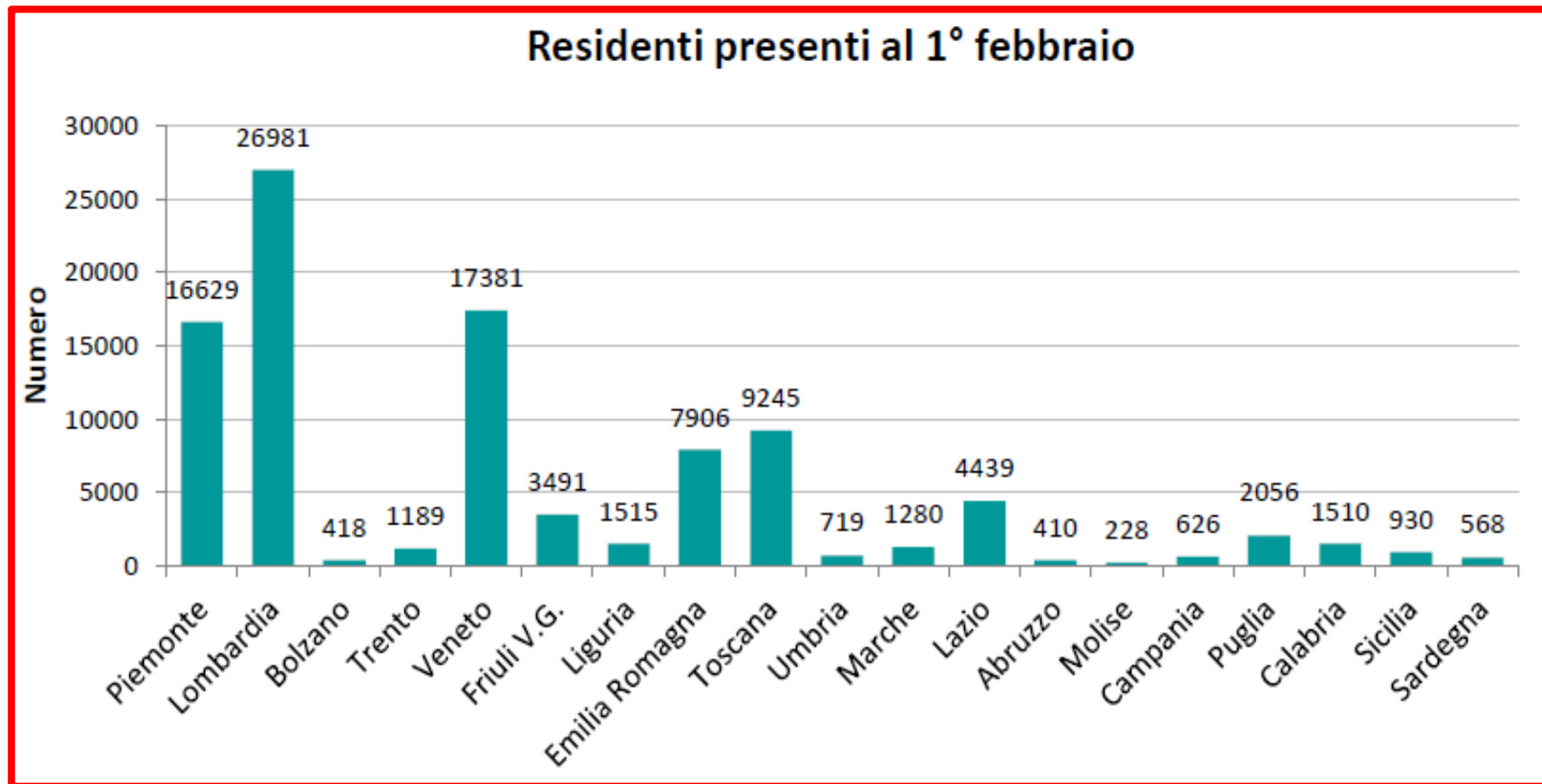




Tabella 1. Descrizione del numero di strutture pubbliche e convenzionate presenti, strutture contattate, risposte ottenute, per regione. Dato aggiornato al 5/05/2020.

	Numero di RSA pubbliche/convenzionate	% sul totale	contattate al 27aprile	Risposte a 5 maggio	% sul totale dei contatti
PIEMONTE	608	17,8	608	249	41,0
VALLE D'AOSTA	2	0,1	2	0	0,0
LOMBARDIA	678	19,8	677	292	43,1
BOLZANO	37	1,1	37	4	10,8
TRENTO	54	1,6	51	15	29,4
VENETO	520	15,2	520	148	28,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	70	2,0	70	39	55,7
LIGURIA	120	3,5	116	20	17,2
EMILIA ROMAGNA	348	10,2	278	128	46,0
TOSCANA	319	9,3	319	200	62,7
UMBRIA	50	1,5	42	16	38,1
MARCHE	51	1,5	40	36	90,8
LAZIO	207	6,1	192	79	41,1
ABRUZZO	16	0,5	16	8	49,0
MOLISE	6	0,2	6	4	66,7
CAMPANIA	121	3,5	121	16	13,2
PUGLIA	61	1,8	61	35	57,4
BASILICATA	1	0,0	1	0	0,0
CALABRIA	80	2,3	80	36	45,0
SICILIA	52	1,5	39	24	61,5
SARDEGNA	16	0,5	16	7	43,8
TOTALE	3417	100,0	3292	1356	41,2

Nelle RSA che hanno risposto vi sono un totale di **97521** residenti alla data del 1° febbraio 2020, con una media di **72** residenti per struttura (**range 7-632**).



Numero dei decessi totali, COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, per regione



Tabella 2. Numero dei decessi totali, COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, per regione

	Totale decessi	COVID19 positivi, N (%) [§]	con sintomi, N (%) [§]	Tasso mortalità* COVID19, %	Tasso mortalità* sintomi, %
Piemonte	1658	161 (9,7)	410 (24,7)	0,9	2,4
Lombardia	3793	281 (7,4)	1807 (47,6)	1,0	6,5
PA Bolzano	28	3 (10,7)	10 (35,7)	0,7	2,4
PA Trento	99	33 (33,3)	45 (45,5)	2,7	3,7
Veneto	1136	38 (3,3)	180 (15,8)	0,2	1,0
Friuli Venezia Giulia	222	6 (2,7)	41 (18,5)	0,2	1,1
Liguria	136	20 (14,7)	34 (25)	1,3	2,2
Emilia Romagna	639	81 (12,7)	265 (41,5)	1,0	3,2
Toscana	640	36 (5,6)	154 (24,1)	0,4	1,6
Umbria	38	0 (0)	11 (28,9)	0,0	1,5
Marche	160	13 (8,1)	59 (36,9)	0,9	4,3
Lazio	158	1 (0,6)	28 (17,7)	0,0	0,6
Abruzzo	47	1 (2,1)	0 (0)	0,2	0,0
Molise	24	0 (0)	2 (8,3)	0,0	0,9
Campania	50	6 (12)	13 (26)	0,9	2,0
Puglia	111	0 (0)	4 (3,6)	0,0	0,2
Calabria	75	0 (0)	1 (1,3)	0,0	0,1
Sicilia	73	0 (0)	11 (15,1)	0,0	1,0
Sardegna	67	0 (0)	17 (25,4)	0,0	2,8

Totale	9154	680 (7,4)	3092 (33,8)	0,7	3,1
---------------	-------------	------------------	--------------------	------------	------------

[§]Percentuale sul totale dei decessi

*Tasso di mortalità espresso per 100 residenti nelle strutture

Decessi- case fatality rate

	Tasso di letalità		
	mortalità COVID-19 per 100 positivi	mortalità sintomi per 100 res con sintomi	CFR feb-mag 2020*
Piemonte	11,8	30,0	12,2
Lombardia	23,2	42,2	17,1
PA Bolzano	20,0	28,6	11,1
PA Trento	40,7	31,6	8,0
Veneto	11,7	25,8	9,1
Friuli V.G.	10,0	19,7	9,9
Liguria	42,6	29,5	14,9
Emilia R.	18,2	32,4	14,4
Toscana	10,9	25,0	9,7
Umbria	0	20,0	4,5
Marche	14,0	40,0	13,5
Lazio	3	26,7	9,4
Abruzzo	100	0,0	12,6
Molise	0	25,0	4,6
Campania	16,7	40,0	9,5
Puglia	0	27,3	10,4
Calabria	0	5,6	7,4
Sicilia	0	13,3	9,1
Sardegna	0	45,5	9,1
Totale	16,8	34,4	13,7

*fonte: Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2021

*Il dato sui residenti presenti con sintomi è disponibile solo su 1088 RSA, pertanto il tasso è calcolato solo su queste

Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per regione



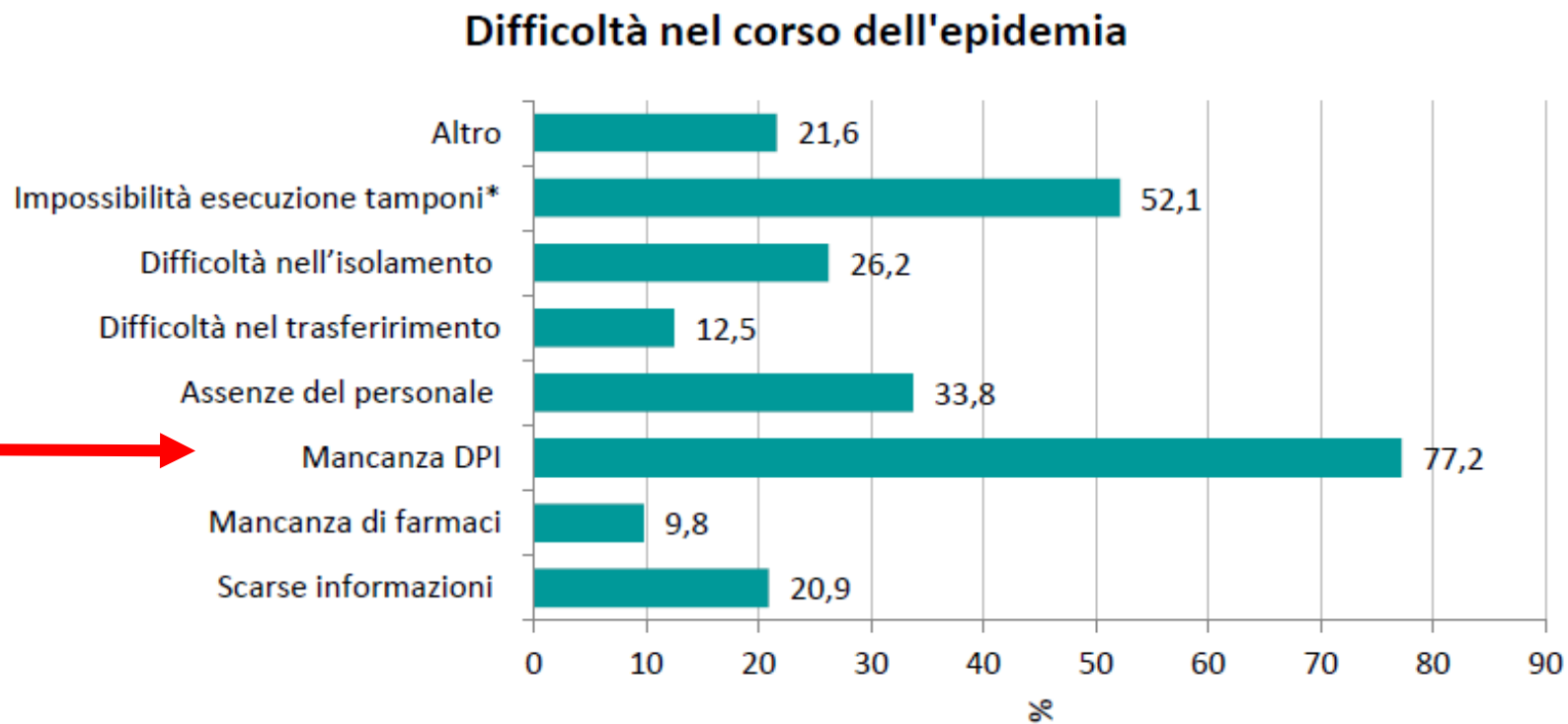
Tabella 4. Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per regione

	Tot.ospedalizzati		positivi COVID-19		sintomi simil influenzali	
	N		N	%	N	%
Piemonte	1048		362	34,5	496	47,3
Lombardia	719		198	27,5	370	51,5
Bolzano	27		5	18,5	6	22,2
Trento	53		4	7,5	38	71,7
Veneto	933		65	7,0	226	24,2
Friuli Venezia Giulia	341		18	5,3	114	33,4
Liguria	111		15	13,5	38	34,2
Emilia Romagna	604		136	22,5	278	46,0
Toscana	732		87	11,9	247	33,7
Umbria	33		1	3,0	19	57,6
Marche	137		30	21,9	60	43,8
Lazio	212		14	6,6	48	22,6
Abruzzo	33		0	0,0	6	18,2
Molise	9		0	0,0	5	55,6
Campania	65		30	46,2	18	27,7
Puglia	68		0	0,0	9	13,2
Calabria	30		0	0,0	5	16,7
Sicilia	92		0	0,0	27	29,3
Sardegna	45		0	0,0	11	24,4
Totale	5292		965	18,2	2021	38,2

Criticità



Figura 11. Principali difficoltà riscontrate



*Informazione sull'impossibilità di eseguire tamponi disponibile dal 9 aprile

RESEARCH ARTICLE

The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes

Flavia L. Lombardo¹ | Ilaria Bacigalupo¹ | Emanuela Salvi² | Eleonora Lacorte¹ | Paola Piscopo³ | Flavia Mayer¹ | Antonio Ancidoni¹ | Giulia Remoli⁴ | Guido Bellomo¹ | Gilda Losito⁵ | Fortunato D'Ancona⁶ | Antonio Bella⁶ | Patrizio Pezzotti⁶ | Marco Canevelli^{1,4} | Graziano Onder⁷ | Nicola Vanacore¹ | the Italian National Institute of Health Nursing Home Study Group

TABLE 4 Crude and adjusted ORs by univariate and multivariate logistic model, estimating the association with n in Nursing Homes

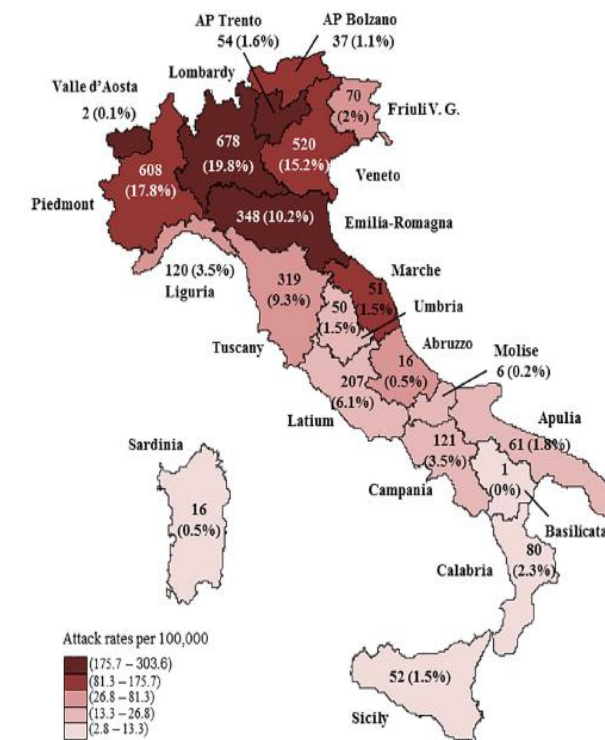
Variables	Crude OR			Adjusted OR ^a	
	OR _{cr}	p-value	95% CI	OR _{adj} ^a	p-value
Lack of PPE (Y vs. N)					
In the first 3 weeks	0.58	0.003	(0.41–0.83)	0.45	< 0.001
After 3 weeks	1.10	0.694	(0.66–1.87)	0.88	0.672
Lack of laboratory tests ^b (Y vs. N)	1.62	0.009	(1.13–2.34)	0.68	0.118
Scarce information (Y vs. N)	1.53	0.003	(1.15–2.05)	1.00	0.995
Lack of personnel (Y vs. N)	4.57	< 0.001	(3.52–5.92)	3.22	< 0.001
Difficulty in transferring (Y vs. N)	10.57	< 0.001	(7.12–15.7)	4.66	< 0.001
Difficulty in isolating (Y vs. N)	3.31	< 0.001	(2.54–4.33)	1.97	< 0.001
Lack of drugs (Y vs. N)	2.76	< 0.001	(1.88–4.04)	1.54	0.072
Median number of beds (upper vs. below 60 beds)	1.98	< 0.001	(1.54–2.53)	1.50	0.013
Beds-to-staff ratio	1.20	0.001	(1.07–1.33)	1.07	0.328
Geographic region					
North-West	15.65	< 0.001	(6.78–36.14)	7.60	< 0.001
North-East	7.56	< 0.001	(3.22–17.78)	6.61	< 0.001
Center	3.88	0.002	(1.62–9.29)	3.30	0.018
South	1			1	

Abbreviations: COVID-2019, Coronavirus disease 2019; PPE, personal protective equipment.

^aAdjusted for all the variables listed in the table, except for lack of laboratory tests. The interaction term between lack of PPE and period of response (≤ 3 or > 3 weeks) was added in the multivariate model since it was significant at 5% level in the univariate analysis.

^bThis information was gathered in a second wave of the survey, therefore the OR is referred to a model performed in a subset of data collected since April 8, that is starting week 3 ($n = 598$).

FIGURE 1 Number of nursing homes (percentage on the total) and COVID-19 attack rates (per 100,000 inhabitants)



BIAS DI NON RISPOSTA – RASSEGNA STAMPA (8.05.2020)

RSA con problemi

	Numero	non risp	si	% non risposta
Italia	73	53	20	72,6
Lombardia	22	18	4	81,8
Piemonte	15	10	5	66,7
Marche	1	0	1	0
Liguria	4	4	0	100
FVG	4	4	0	100
E.Romagna	2	2	0	100
Veneto	2	2	0	100
Toscana	6	2	4	33,3
Lazio	2	1	1	50
Campania	5	4	1	80
Puglia	6	3	3	50
Calabria	2	1	1	50
Sicilia	1	1	0	100
Sardegna	1	1	0	100
Totale	73	53	20	72,6

RSA virtuose

Numero	non risp	si	% non risposta
8	4	4	50

DUE-TRE VOLTE SUPERIORE L'IMPATTO DEL COVID-19 RISPETTO SURVEY ISS

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

RSA Flusso Covid 19

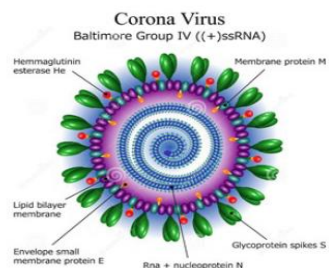
REPORT AL 20/05/2020

Monitoraggio

relativo alla diffusione del nuovo coronavirus (Covid-19)
in alcune tipologie di Unità d'Offerta Socio Sanitarie
presenti sul territorio dell'ATS della Città Metropolitana di Milano

Versione 2.02 del 23/04/2020

Fonte dati: Flusso COVID-19



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Indagine sulla diffusione di Covid-19 all'interno delle RSA della Provincia Autonoma di Trento

Dott. Paolo Bordon

Direttore Generale – APSS

Dott. Pier Paolo Benetollo

Direttore Sanitario – APSS

Dott. Enrico Nava

Direttore integrazione Socio-Sanitaria - APSS



mercoledì 6 maggio 2020

L'eccesso di rischio di morte nelle residenze sanitarie assistenziali prima e durante l'epidemia di COVID-19 nelle province di Mantova e Cremona

Excess mortality risk in nursing care homes before and during the COVID-19 outbreak in Mantua and Cremona provinces (Lombardy Region, Northern Italy)

Paola Ballotari, Linda Guarda, Erica Giacomazzi, Alessandra Ceruti, Luciana Gatti, Paolo Ricci

Osservatorio epidemiologico, ATS Val Padana, Mantova

Corrispondenza: Paola Ballotari; paola.ballotari@ats-valpadana.it

RR (IC95%)	NO RSA		RSA	
	2019 VS 2018	2020 VS 2018	2019 VS 2018	2020 VS 2018
grezzo ATS Valpadana	0,97 (0,91-1,04)	1,41 (1,32-1,50)	0,88 (0,80-0,97)	2,23 (2,05-2,40)
aggiustato* ATS Valpadana	1,06 (0,99-1,14)	1,59 (1,48-1,70)	0,87 (0,79-0,95)	2,22 (2,05-2,42)
aggiustato* Mantova	1,11 (1,02-1,23)	1,34 (1,23-1,46)	0,88 (0,77-1,00)	1,58 (1,40-1,77)
aggiustato* Cremona	1,01 (0,91-1,11)	1,89 (1,73-2,07)	0,85 (0,74-0,98)	2,93 (2,62-3,27)
Probabilità** interazione anno#prov	<0,0001		<0,0001	
RAE ATS Val Padana		37,1%		55,0%
RAE Mantova		25,4%		36,7%
RAE Cremona		47,1%		65,9%

POPOLAZIONE 75+ ANNI	2018		2019		2020	
	NO RSA	RSA	NO RSA	RSA	NO RSA	RSA
MANTOVA						
n.	47.389	3.422	47.580	3.426	47.743	3.427
n. morti (%)	894 (1,9)	462 (13,5)	917 (1,9)	417 (12,2)	1.067 (2,2)	723 (21,1)
Anni-persona	15.536	1.010	15.597	1.022	15.645	1.008
Tassi (x1.000)	57,4	457,6	58,8	407,9	68,2	717,4
CREMONA						
n.	41.065	3.667	41.327	3.665	41.812	3.702
n. morti (%)	783 (1,9)	430 (11,7)	722 (1,7)	378 (10,3)	1.339 (3,2)	1.214 (32,8)
Anni-persona	13.466	1.098	13.567	1.112	13.651	1.043
Tassi (x1.000)	58,1	391,5	53,2	340,0	98,1	1.164,2

Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia

3° Rapporto Osservatorio Long Term Care



Tabella 4.2. Distribuzione dei decessi in RSA osservati e del rapporto osservati attesi (anni 2016-2019 vs 2020). ATS Milano

	1° gennaio – 30 aprile	Marzo	Aprile	1° marzo – 30 aprile
Reference (2016-2019)	2.180	529	462	991
2020	4.754	1.504	2.513	3.657
Differenza	2.574	975	1.691	2.666
Rapporto osservati/attesi	2,18	2,84	4,66	3,69
Differenza %	118%	184%	366%	269%

Fonte: ATS Milano Città Metropolitana, Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia Covid-19 nei residenti delle RSA.

Figura 4.2. Iniziative di policy per contenere l'impatto di Covid-19: il confronto tra Italia e alcune buone pratiche internazionali

	Italia	Altri Paesi
Isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilità di isolare nelle strutture; • Assenza di coordinamento con il mondo sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Luoghi per isolamento casi positivi; • Immediato ingresso in ospedale. • Nessun decesso in Corea del Sud; Germania valori contenuti: policy
Screening 	<ul style="list-style-type: none"> • Dato non disponibile; • Ritardo nella fornitura dei DPI • Ridotto screening del personale nella prima fase 	<ul style="list-style-type: none"> • Screening massivo al personale e ai pazienti dall'inizio; In Belgio emerge forte ruolo asintomatici tra i positivi (73% staff, 69% ospiti)
Finanziamenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di misure nazionali • Le Regioni si sono mosse a macchia di leopardo • Critica la sostenibilità delle strutture 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanziamenti pubblici per l'aumento di personale e per garantire la sostenibilità economica del settore



Sorveglianza COVID-19

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE NELL'EMERGENZA COVID-19

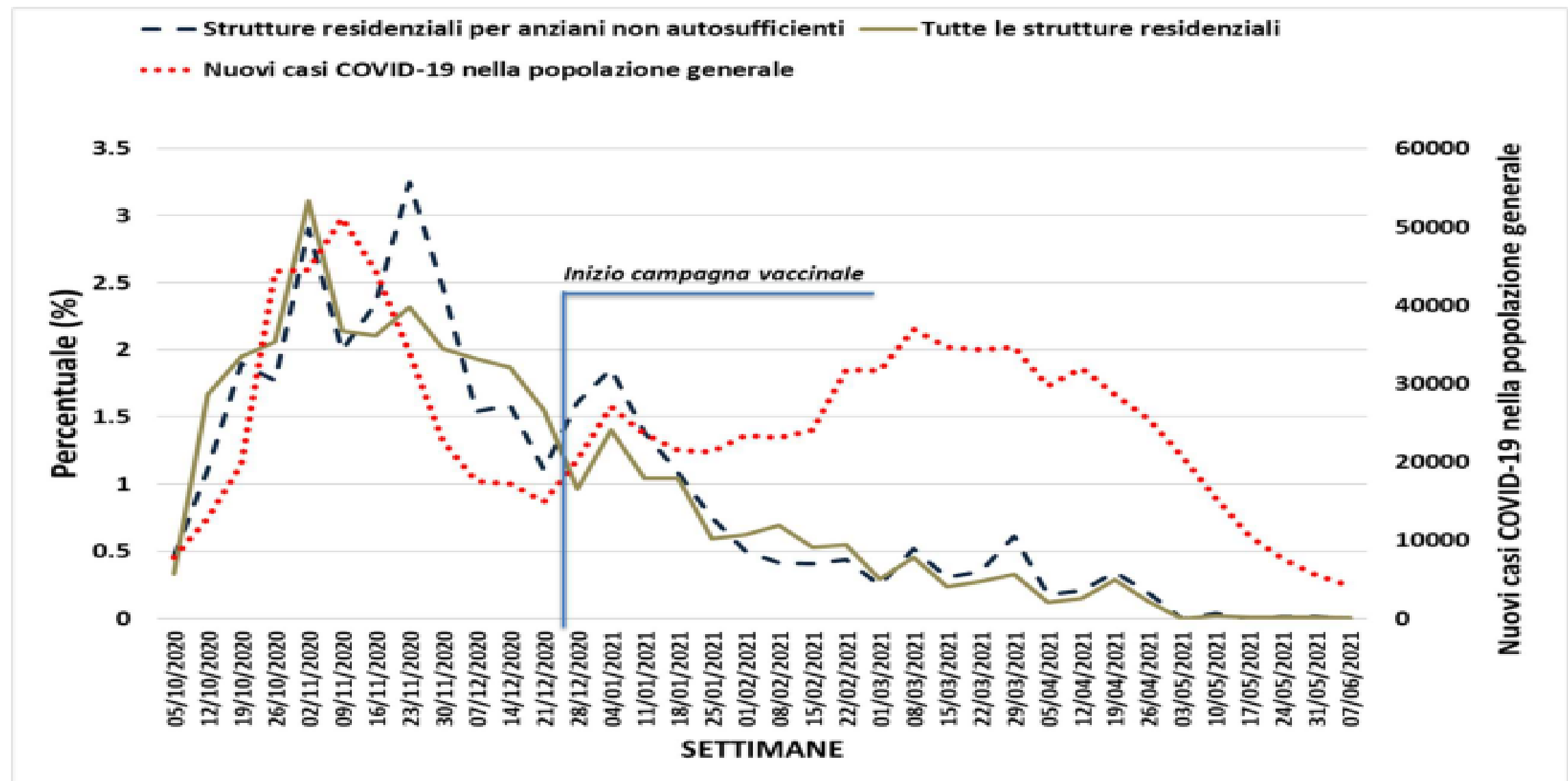
Report Nazionale

Andamento temporale dell'epidemia di COVID-19

5 Ottobre 2020 – 13 Giugno 2021

	Strutture aderenti al monitoraggio Ottobre 2020-Giugno 2021	Posti letto delle strutture aderenti al monitoraggio Ottobre 2020-Giugno 2021	Strutture operanti sul territorio a Luglio 2020	% adesione
ABRUZZO	68	3126	84	81
CAMPANIA	86	2931	185	46
MARCHE	105	3814	469	22
MOLISE	23	1018	25	92
SICILIA	83	2597	161	52
TOSCANA	439	16231	616	71
VALLE D'AOSTA	41	1189	50	82
TOTALE	845	30906	1590	53

Figura 3. Incidenza settimanale di COVID-19 nei residenti e numero di nuovi casi settimanali nella popolazione generale nelle Regioni in esame nel periodo 5 ottobre 2020 – 13 giugno 2021.* *La data sull'asse delle ascisse indica il giorno di inizio settimana di monitoraggio.*



La **figura 3** mostra l'incidenza settimanale di COVID-19 tra i residenti delle strutture partecipanti (numero di nuovi casi di COVID-19 diagnosticati settimanalmente/numero di residenti presenti in struttura nella settimana) e l'andamento complessivo dei casi di COVID-19 nella popolazione generale nelle Regioni che hanno partecipato alla Sorveglianza (Abruzzo, Campania, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta). Si segnala che la definizione di caso è stata modificata a seguito della pubblicazione della circolare 0000705 dell'8 gennaio 2021 da parte del Ministero della Salute. Come risulta dalla figura, l'incidenza di COVID-19 nelle strutture residenziali è aumentata marcatamente nei mesi di ottobre e novembre, in corrispondenza della *seconda ondata epidemica*. Nel mese di novembre 2020 l'incidenza settimanale di COVID-19 ha raggiunto un picco del 3,2% nelle strutture residenziali per anziani e del 3,1% in tutte le strutture residenziali. Questo picco è in linea con quanto osservato nella popolazione generale. L'incidenza di COVID-19 nelle strutture residenziali, come anche nella popolazione generale, si riduce drasticamente nei mesi di novembre e dicembre. Nella popolazione generale si assiste ad un nuovo incremento dei casi con un picco epidemico nei mesi di marzo e aprile, mentre tra i residenti delle strutture residenziali, dalla fine di febbraio, si osserva un calo costante e marcato dei nuovi casi di COVID-19 fino a raggiungere valori prossimi allo 0,01% di nuovi casi per settimana nel mese di maggio e giugno 2021.

Limitazioni

Il presente studio riporta i dati di una parte delle strutture residenziali presenti in alcune Regioni italiane e perciò potrebbe non essere rappresentativo dell'intera casistica nazionale. Inoltre, non tutte le strutture partecipanti hanno fornito i dati per tutte le settimane di monitoraggio quindi non si può escludere che i dati presentati possano fornire una stima non precisa di alcuni degli indicatori.

Art. 1 - ter

Linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità

LEGGE 17 luglio 2020, n. 77.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

1. Entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.32 dell'8 febbraio 2020, adotta linee guida per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private, accreditate, convenzionate e non convenzionate, comunque denominate dal-

le normative regionali, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità.

Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

FLUSSO ASSISTENZA RESIDENZIALE (FAR)

SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI FAR

Allegato – Sistema informativo FAR



2017/2018	Dicembre	<ul style="list-style-type: none"> Dal 15 Dicembre 2017 saranno messe a disposizione le nuove specifiche di tracciato Dal 1 Gennaio 2018 e fino al 16 Marzo 2018 l'acquisizione di tutto l'anno 2017 con il flusso GAF attuale. Al termine i datamart saranno congelati con tali dati e il loro caricamento ripartirà dopo il completo recupero del pregresso da parte di tutte le regioni. Check Test: prima della fase di sperimentazione saranno forniti alle regioni i file per effettuare i check test sulla generazione del CUNI e dell'ID_REC
	Marzo	<ul style="list-style-type: none"> Dal 1 Febbraio 2018 e fino al 31 Marzo 2018 si procede con la sperimentazione del nuovo sistema ad eventi esclusivamente sulle prese in carico e relativi eventi collegati del 2018 prevedendo tutte le tipologie di operazione ammesse (I, C, V); non sarà consentito l'invio dei flussi delle eccezioni sui dati precedenti al 2018.
2018	Aprile	<p>Dal 1 Aprile 2018 al 30 Aprile 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> saranno cancellati tutti i dati di sperimentazione, si procede al recupero del pregresso a partire dalle prese in carico del 2012 utilizzando il flusso dati GAF ID_Assistito-CUNI inviato dalle regioni al Ministero.
	Dopo il recupero del pregresso	<p>Completato il recupero di tutti i dati pregressi si procederà al porting e alla riconduzione delle informazioni inerenti la presa in carico, valutazione, conclusione, etc sul nuovo sistema ad eventi.</p>
	Maggio	<p>Dal 15 Maggio 2018 viene avviata la fase a regime del nuovo sistema ad eventi; sarà possibile aprire il flusso delle eccezioni (con i tracciati record nuovi) per l'aggiornamento dei dati precedenti al 2018 e saranno ripristinate le procedure di caricamento dei DataMart.</p>

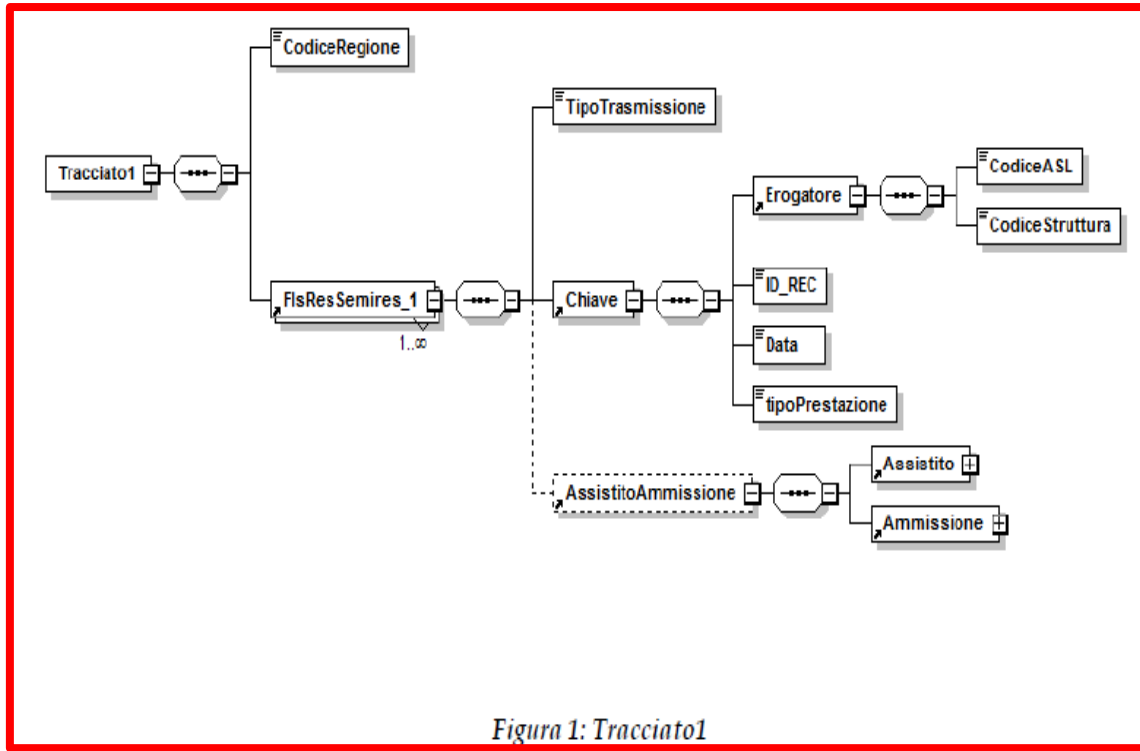


Figura 1: Tracciato1

ITALIA

MARTEDÌ 24 MARZO 2020

<https://www.ilpost.it/2020/03/24/morti-per-coronavirus/>

Si muore “con” o “per” il coronavirus?

È una distinzione che fa spesso il capo della Protezione Civile, ma è probabilmente una cautela comunicativa inutile



LA STAMPA

LUNEDÌ 30 SETTEMBRE 2019



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

EClinicalMedicine

journal homepage: <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>



Commentary

Social media, ageism, and older adults during the COVID-19 pandemic

Enrique Soto-Perez-de-Celis



Department of Geriatrics, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Sección XVI, Tlalpan, 14080 Mexico City, Mexico

COVID-19 and Quarantine, a Catalyst for Ageism

Nathalie Barth^{1,2,3}, Jessica Guyot^{1,2*}, Sarah Anne Fraser⁴, Martine Lagacé⁵, Stéphane Adam⁶, Pauline Gouttefarde³, Luc Goethals^{1,2}, Lauren Bechard⁷, Bienvenu Bongue^{1,2,8}, Hervé Fundenberger^{1,2} and Thomas Célarier^{2,3,9}

BRIEF REPORT

Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19

Maria Renee Jimenez-Sotomayor, BS,* Carolina Gomez-Moreno, MD,[†] and Enrique Soto-Perez-de-Celis, MD, MSc[‡]  

 TRECCANI

Ageismo - Forma di pregiudizio e svalorizzazione ai danni di un individuo, in ragione della sua età; in particolare, forma di pregiudizio e svalorizzazione verso le persone anziane.

Modern Senicide in the Face of a Pandemic:

An Examination of Public Discourse and Sentiment about Older Adults and COVID-19

Using Machine Learning.

Xiaoling Xiang, PhD, MSW

University of Michigan, School of Social Work, 1080 S University Ave, Ann Arbor, MI, 48109, USA

Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19

Tavolo per il monitoraggio e implementazione
del Piano Nazionale delle Demenze

Versione del 23 ottobre 2020

Indice

Acronimi

Glossario

Introduzione

1. Riorganizzare le attività cliniche e assistenziali

- 1.1 Introduzione
- 1.2 Interventi da remoto
- 1.3 Interventi in presenza
 - 1.3.1 Pianificazione degli accessi ai CDCD e contatti telefonici preliminari
 - 1.3.2 Recupero delle prestazioni non erogate dai CDCD durante il lockdown
 - 1.3.3 Adattamenti organizzativi strutturali
 - 1.3.4 Osservanza delle norme di igiene e profilassi per operatori ed utenti
 - 1.3.5 Pulizia e disinfezione delle aree comuni
 - 1.3.6 Gestione dei trasporti
 - 1.3.7 Monitoraggio dello stato di salute degli operatori
 - 1.3.8 Separazione fisica e funzionale degli ambienti
 - 1.3.9 Visite ed interventi domiciliari
 - 1.3.10 Condivisione delle procedure
 - 1.3.11 Sensibilizzazione dell'utenza
- 1.4 Bibliografia

2. Assistenza in contesto domiciliare alla persona con demenza

- 2.1 Introduzione
- 2.2 Ridurre il rischio di COVID-19 mentre si assiste la persona con demenza in contesto domiciliare
 - 2.2.1 Misure generali
 - 2.2.2 Misure da seguire in casa
 - 2.2.3 Misure da seguire fuori casa
- 2.3 Riconoscere le manifestazioni cliniche del COVID-19
- 2.4 Fornire assistenza alla persona con demenza in caso di sospetto o diagnosi di COVID-19
- 2.5 Offrire routine e attività appropriate
- 2.6 Gestione delle manifestazioni comportamentali
- 2.7 Garantire la continuità delle cure
- 2.8 Monitoraggio dell'aderenza alle terapie/prescrizioni mediche
- 2.9 Bibliografia

3. Assistenza alla persona con demenza in contesto semiresidenziale e residenziale

- 3.1 Introduzione
- 3.2 Identificare il referente COVID-19 e garantire il coordinamento
- 3.3 Garantire il benessere psicosociale dei residenti e degli operatori: riorganizzazione del servizio, adattamenti organizzativi strutturali e riprogrammazione delle attività
 - 3.3.1 Strutture semiresidenziali
 - 3.3.2 Strutture residenziali (RSA con persone con demenza)
- 3.4 Gestione in sicurezza delle attività di gruppo ed inclusive
- 3.5 Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra ospiti e operatori
- 3.6 Nuovi ingressi di ospiti in strutture residenziali socio-sanitarie e semiresidenziali
- 3.7 Aspetti specifici per le strutture semiresidenziali
 - 3.7.1 Modalità di trasporto
- 3.8 Aspetti specifici per le strutture residenziali
 - 3.8.1 Preparazione della struttura e gestione dei casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19

2. IL CONTESTO INTERNAZIONALE

Venerdì 21 MAGGIO 2021

World Health Statistics 2021. Oms: "Il Covid è diventato una delle principali cause di morte e i decessi reali sono almeno il doppio se non il triplo di quelli accertati"

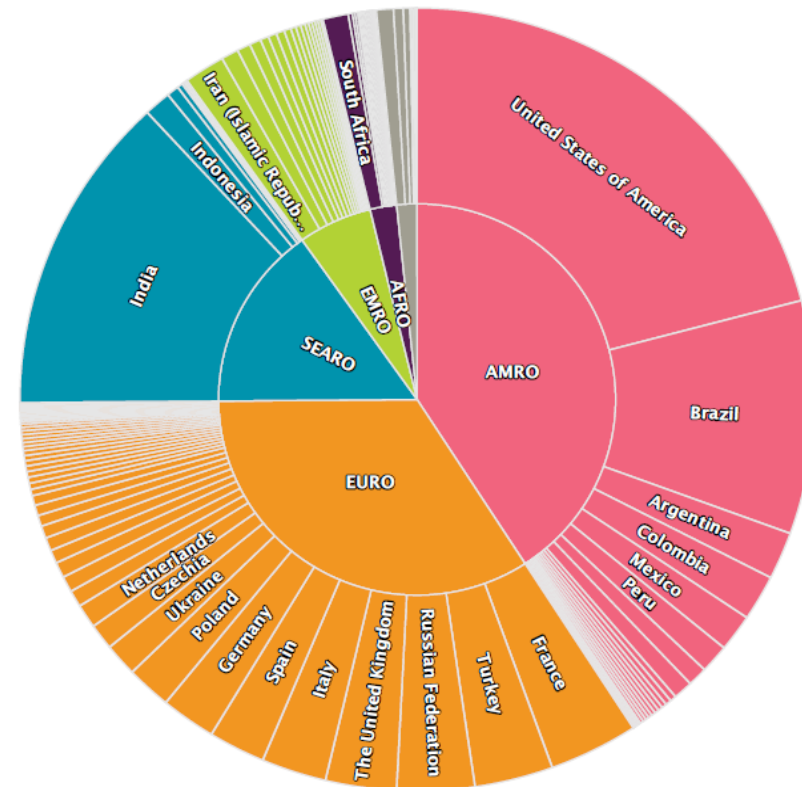
WORLD HEALTH STATISTICS

2021

MONITORING HEALTH FOR THE

SDGs

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Source: WHO Coronavirus (COVID-19) surveillance dashboard (6).

Fig. 1.1. Cumulative confirmed COVID-19 cases as of 1 May 2021, by region: a) in thousands; b) per 100 000 population; and c) by location



INTERNATIONAL
LONG TERM CARE
POLICY NETWORK

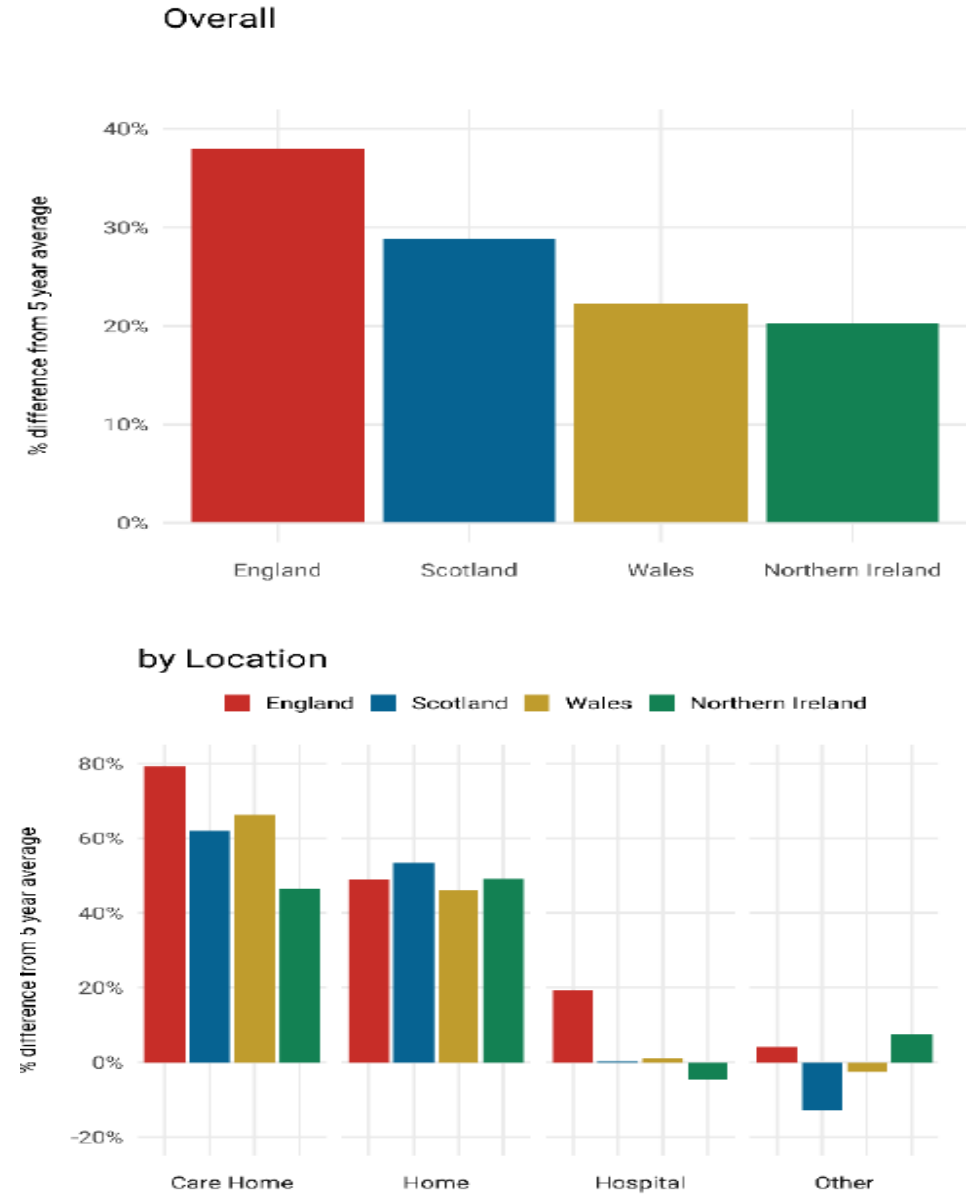
COVID-19 mortality and long-term care: a UK comparison

Last updated August 29th 2020

Table 3: Deaths of care home residents- within and out with care homes attributed to COVID-19 (weeks 11 -26)

	England	Northern Ireland	Scotland	Wales	UK
Number of COVID-19 related deaths in care homes ⁵²	14,166	346	1,935	680	17,127
Number of COVID-19 related deaths of care home residents ^{53,54}	18,562	423	2,094	826	21,775
Total number of COVID-19 related deaths- occurring in all locations ⁵⁵	47,111	824	4,155	2,420	54,510
Share of COVID-19 related deaths within care homes ⁵⁶	30%	42%	47%	28%	31%
Share of COVID-19 related deaths accounted for by care home residents ⁵⁷	39%	51%	50%	34%	40%
Care home resident COVID-19 related deaths as a share of registered adult care home places ⁵⁸	4.06%	2.63%	5.09%	3.23%	4.05%

Figure 6: Excess mortality in the UK. Weeks 11-26 2020 (breakdown).





England and Wales see 20 000 excess deaths in care homes

PPE shortages, lack of testing, and a vulnerable population have seen care homes in England and Wales become hotspots of the COVID-19 epidemic. Talha Burki reports.

On May 15, 2020, the UK Office for National Statistics (ONS) released provisional figures on deaths involving COVID-19 in the care sector in England and Wales. From March 2 to May 1, 2020, COVID-19 was confirmed or suspected in the deaths of 12 526 individuals living in care homes in the two nations. Worrying as these figures are, they only capture official notifications; when taking account of excess mortality, the situation appears even worse. In an average year, the care sector in England and Wales sees roughly 20 000 fewer deaths during March and April than have been recorded in 2020.

Once COVID-19 enters a care home, it moves quickly. By the time the first patient displays symptoms, up to half the residents might already be infected. Care homes have found it difficult to obtain adequate quantities of personal protective equipment in a reasonable time, with providers tending to prioritise the National Health Service. A survey by the Alzheimer's Society found that almost half of care homes were not confident in their supply of personal protective equipment; one facility said it had started taping bags over staff members' hands, feet, and hair.

European Centre for Disease Prevention and Control



Data from HALT on long-term care facilities

Table A1. Number of long-term care facilities by facility type and long-term care facility beds, by country (2010–2017)

Country	Data source	Number of LTCFs				Number of LTCF beds
		General nursing homes	Residential homes	'Mixed LTCFs'	Total	
Austria	HALT	NA	NA	817	817	72 602
Belgium	HALT-3	1 230	329	NA	1 559	146 462
Bulgaria	HALT	NA	NA	33	33	486
Croatia	HALT-3	155	170	ND	325	37 249
Cyprus	HALT-3	ND	43	47	90	3 436
Czech Republic	HALT-2	73	ND	ND	73	17 204
Denmark*	HALT-3	*	*	827	827	42 668
Estonia	HALT-3	59	NA	NA	59	1 849
Finland	HALT-3	350	1 578	NA	1 928	50 373
France	HALT-3	7 428	2 316	NA	9 744	687 936
Germany*	HALT-3	*	*	10 389	10 389	852 849
Greece	HALT-3	NA	NA	263	263	10 849
Hungary	HALT-2	1 067	110	ND	1 177	57 929
Iceland	Eurostat (2015)	ND	ND	ND	43	2 628
Ireland*	HALT-3	*	NA	578	578	30 531
Italy	HALT-3	3 219	NA	ND	3 219	186 872
Latvia	HALT-2	NA	NA	82	82	5 798
Liechtenstein	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Lithuania*	HALT-3	*	*	154	154	11 722
Luxembourg	HALT-3	51	11	NA	62	6 966
Malta	HALT-3	NA	35	6	41	5 035
Netherlands	HALT-3	NA	NA	700	700	92 000
Norway*	HALT-3	*	*	907	907	39 583
Poland	HALT-3	257	116	NA	373	17 291
Portugal*	HALT-3	*	*	*	360	8 400
Romania	Eurostat (2015)	ND	ND	ND	628	37 727
Slovakia	HALT-3	99	300	278	677	27 497
Slovenia	HALT-2	NA	NA	90	90	20 777
Spain*	HALT-3	*	*	5 387	5 387	372 306
Sweden*	HALT-3	*	*	2 300	2 300	93 000
UK	HALT-2/3	4 953	13 510	1 123	19 586	546 974
UK-England	HALT-2	4 684	12 789	ND	17 473	468 658
UK-N. Ireland	HALT-3	NA	195	250	445	15 924
UK-Scotland*	HALT-3	*	*	873	873	37 746
UK-Wales	HALT-3	269	526	ND	795	24 646
EU/EEA + UK	NA	26 674	16 940	16 159	62 471	3 486 999

Ireland has a dedicated outbreak reporting surveillance system for all infectious diseases, which is currently being used for COVID-19. As of 9 May, 418 COVID-19 outbreaks had been notified in residential facilities (including nursing homes for the elderly, direct provision centres and prisons) in Ireland, with 5 698 laboratory confirmed cases and 727 deaths in confirmed cases linked to these outbreaks [1].

In Norway, 136 (61%) of all 224 fatal cases reported by 11 May 2020 were in 'home care' or 'other health institutions' [13].

In Spain, as of 11 May, 17 730 fatalities have been reported from 5 400 affected care-home residents, representing 66% of all fatal cases linked to COVID-19 [14].

In Sweden, 212 of 400 LTCFs in the Stockholm region have reported 1 711 COVID-19 cases, representing 630 (45%) of 1 406 deaths in Stockholm [15-18]. In Stockholm county, 400 LTCFs participated in a survey during the period 12-15 April 2020, with 212 (53%) reporting that they had had confirmed COVID-19 cases. Of these 212 LTCFs, 123 indicated the size of their outbreaks, with 37% reporting 4-10 cases, and 22% reporting >10 cases. Across Sweden, 541 care homes have been affected and 2 866 confirmed COVID-19 cases with 948 deaths have been reported from LTCF residents aged over 70 years, representing 50% of all COVID-19 related deaths in this age group [19]

In the United Kingdom, the Office for National Statistics lists 6 997 (21%) deaths in care homes as COVID-19-related out of a total 33 337 registered COVID-19 deaths in England and 404 (25%) deaths in care homes out of a total of 1 641 COVID-19 deaths in Wales between 28 December 2019 and 1 May/9 May 2020 [20]. The Care

In Belgium, as of 17 May 2020, 51% of the 9 052 COVID-19 related fatal cases were reported from LTCFs, with only 23% of cases laboratory-confirmed [9]. Systematic testing for SARS-CoV-2 among all LTCF residents revealed that 4% (5 640/141 089) were positive and more commonly symptomatic than asymptomatic (25% and 3%, respectively). Tests were also performed among LTCF staff, with 3 106/136 282 (2%) testing positive. The overall test positivity is higher in symptomatic than asymptomatic staff (11% and 2%, respectively). However, the overall number of asymptomatic cases among residents and staff was 75% (6 540/8 746) of all cases that tested positive at these facilities.

France has established a dedicated notification system for COVID-19 cases reported by LTCFs. Between 1 March and 11 May 2020, 7 469 facilities reported cases, of which 4 367 (66%) were in nursing homes for the elderly and 2 245 (34%) were at other LTCFs, such as facilities for disabled persons or children and young adults. Of the 73 435 reported confirmed and probable cases among residents, 13 539 (17%) died, 3 321 in hospitals and 9 501 at the facilities, which represent 50% of all deaths [10]. In addition, 39 294 cases were reported among staff members.

As of 17 May 2020, Germany had reported 22 071 infections related to institutions caring for elderly (long-term care, nursing homes), disabled people, homeless people, migrants, or those in prisons. Of these, 8 536 cases were in staff (42 died) and 14 740 cases were in residents. Of the residents 2 966 died (20%), representing 37% of all 7 914 deaths related to COVID-19 in Germany [11].

Covid-19 related fatal cases – Assenza dell'Italia nel report



Surveillance data from public online national reports on COVID-19 in long-term care facilities

This webpage presents data related to cases and fatal cases of COVID-19 amongst long-term care facility residents in EU/EEA countries (**Table 1**). The data are contained in surveillance reports published by national authorities, such as ministries and agencies.

To aid interpretation, **Table 2** presents attributes of the national surveillance systems and surveillance reports; and **Table 3** contains a list of caveats for those two tables. On 21 January 2021, ECDC sent Coordinating Competent Bodies (<https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/governance/competent-bodies>) in EU/EEA countries the draft tables, to verify the data sources.

Table 1. Surveillance data regarding COVID-19 cases and related deaths among long-term care facility residents in the EU/EEA, as of 31 March 2021

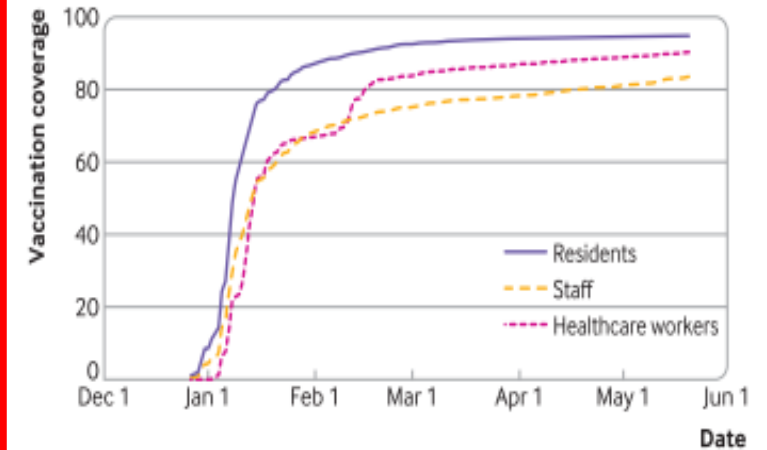
Country	Most recent data included in the report	COVID-19 cases in LTCF residents (c)	COVID-19-related deaths in LTCF residents (c)	Total COVID-19-related deaths (b,c)	Proportion of total COVID-19-related deaths that were in LTCF residents (%)	COVID-19-related deaths in LTCF residents per 100 LTCF beds	Number of LTCFs beds (d)	Ref. (COVID-19 data)	Ref. (Number of LTCFs beds)
Italy	5 May 2020	965 (a)	680 (a)	30 560	2	0.7	97 521	[IT1]	[IT1]

OPEN ACCESS

Check for updates

Associations of BNT162b2 vaccination with SARS-CoV-2 infection and hospital admission and death with covid-19 in nursing homes and healthcare workers in Catalonia: prospective cohort study

Carmen Cabezas,¹ Ermengol Coma,² Nuria Mora-Fernandez,² Xintong Li,³ Montse Martinez-Marcos,¹ Francesc Fina,² Mireia Fabregas,² Eduardo Hermosilla,⁵ Angel Jover,² Juan Carlos Contel,⁶ Yolanda Lejardi,⁴ Belen Enfedaque,² Josep Maria Argimon,⁷ Manuel Medina-Peralta,² Daniel Prieto-Alhambra^{3,8}



**1.08% nei vaccinati (265/24484)
e del 4.7% nei non vaccinati
(1335/28456).**

Table 2 | Number, incidence rates, and adjusted hazard ratios for covid-19 according to vaccination status in nursing home residents, nursing home staff, and healthcare workers

Cohort and period	Population	Cases	Exposure person days	Exposure days (mean)	Rate per 10 000 person days	Adjusted hazard ratio (95% CI)
Nursing home residents						
Unvaccinated	28 456	1335	590 956	20.77	22.59	Reference
Days 0-14 after first dose	26 044	620	360 880	13.86	17.18	0.77 (0.69 to 0.86)
Vaccinated (from day 14 after first dose)	25 375	527	2 841 387	111.98	1.86	0.21 (0.19 to 0.24)
Vaccinated—one dose, from day 14	26 044	882	616 788	23.68	14.3	0.53 (0.49 to 0.58)
Vaccinated—two doses, from second dose date	24 484	265	2 585 479	105.6	1.03	0.09 (0.08 to 0.11)
Nursing home staff						
Unvaccinated	26 170	1,144	1 121 942	42.87	10.19	Reference
Days 0-14 after first dose	21 269	338	291 473	13.70	11.6	0.89 (0.71 to 1.02)
Vaccinated (from day 14 after first dose)	20 429	346	2 151 971	105.34	1.61	0.22 (0.19 to 0.24)
Vaccinated—one dose, from day 14	21 269	433	490 062	23.04	8.84	0.62 (0.55 to 0.69)
Vaccinated—two doses, from second dose date	19 513	251	1 953 382	100.11	1.28	0.20 (0.17 to 0.24)
Healthcare workers						
Unvaccinated	61 791	1961	2 269 003	36.72	8.64	Reference
Days 0-14 after first dose	54 848	649	758 224	13.82	8.56	0.97 (0.87 to 1.08)
Vaccinated (from day 14 after first dose)	53 585	358	5 528 745	103.18	0.65	0.13 (0.11 to 0.14)
Vaccinated—one dose, from day 14	54 848	785	1 409 807	25.70	5.57	0.60 (0.55 to 0.66)
Vaccinated—two doses, from second dose date	51 019	222	4 877 162	95.6	0.46	0.13 (0.11 to 0.16)

Design for *Care Compare* Nursing Home Five-Star Quality Rating System:

Technical Users' Guide

October 2021

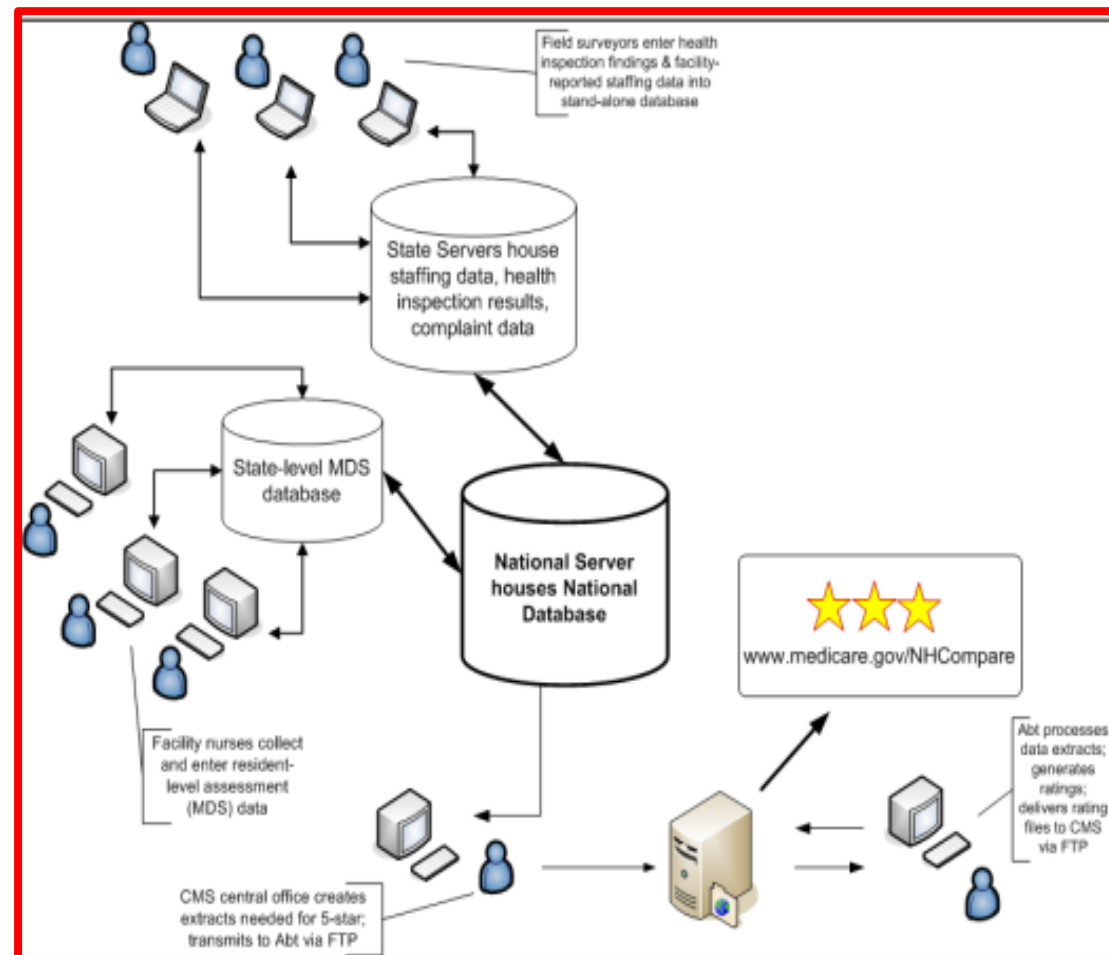


Figure 4. Data Flow Process for Generation of 5-Star Ratings for Nursing Home Compare

- ***Health Inspections - Measures based on outcomes from state health inspections:*** Ratings for the health inspections domain are based on the number, scope, and severity of deficiencies identified during the three most recent annual inspection surveys, as well as substantiated findings from the most recent 36 months of complaint investigations and focused infection control surveys. All deficiency findings are weighted by scope and severity. The health inspections rating also takes into account the number of revisits required to ensure that deficiencies identified during health inspection surveys have been corrected.
- ***Staffing - Measures based on nursing home staffing levels:*** Ratings for the staffing domain are based on two measures: 1) Registered nurse (RN) hours per resident per day; and 2) total nurse (the sum of RN, licensed practical nurse (LPN), and nurse aide) hours per resident per day. Other types of nursing home staff, such as clerical or housekeeping staff, are not included in the staffing rating calculation. The staffing measures are derived from data submitted each quarter through the Payroll-Based Journal (PBJ) System, along with daily resident census derived from Minimum Data Set, Version 3.0 (MDS 3.0) assessments, and are case-mix adjusted based on the distribution of MDS 3.0 assessments by Resource Utilization Groups, version IV (RUG-IV groups). In addition to the overall staffing rating, a separate rating for RN staffing is also reported.
- ***Quality Measures - Measures based on MDS and claims-based quality measures (QMs):*** Ratings for the quality measures are based on performance on 15 of the QMs that are currently posted on the *Care Compare* website. These include nine long-stay measures and six short-stay measures. Note that not all of the quality measures that are reported on *Care Compare* are included in the rating calculations. In addition to an overall quality of resident

The association of nursing home quality ratings and spread of COVID-19

Christianna S. Williams PhD¹ | Qing Zheng PhD¹ | Alan J. White PhD¹ |
Ariana I. Bengtsson MPP¹ | Evan T. Shulman MS² | Kurt R. Herzer MD, PhD² |
Lee A. Fleisher MD²

¹Division of Health and Environment, Abt Associates, Durham, North Carolina, USA

²Center for Clinical Standards and Quality, Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, Maryland, USA

Correspondence

Christianna S. Williams and Alan J. White, Division of Health and Environment, Abt Associates, Central Park West Suite 210, 5001 South Miami Boulevard, Durham, NC 27703, USA. Email: christianna_williams@abtassoc.com and alan_white@abtassoc.com

Funding information

Centers for Medicare & Medicaid Services, Grant/Award Number: GS-00F-252CA

Abstract

Objectives: The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has severely affected nursing home residents. Given the continued high incidence of COVID-19, and the likelihood that new variants and other infectious agents may cause future outbreaks, we sought to understand the relationship of nursing home quality ratings and measures of COVID-19 outbreak severity and persistence.

Design: We analyzed nursing home facility-level data on COVID-19 cases and deaths, county-level COVID-19 rates, and nursing home data from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), including ratings from the CMS Nursing Home Five-Star Quality Rating System. We used regression analysis to examine the association between star ratings and cumulative COVID-19 incidence and mortality as well as persistent high resident incidence.

Setting: All nursing homes in the CMS COVID-19 Nursing Home Dataset reporting data that passed quality assurance checks for at least 20 weeks and that were included in the January 2021 Nursing Home Care Compare update.

Participants: Residents of the included nursing homes.

Measurements: Cumulative resident COVID-19 incidence and mortality through January 10, 2021; number of weeks with weekly resident incidence of COVID-19 in the top decile nationally.

Results: As of January 10, 2021, nearly all nursing homes (93.6%) had reported at least one case of COVID-19 among their residents, more than three-quarters (76.9%) had reported at least one resident death, and most (83.5%) had experienced at least 1 week in the top decile of weekly incidence. In analyses adjusted for facility and county-level characteristics, we found generally consistent relationships between higher nursing home quality ratings and lower COVID-19 incidence and mortality, as well as with fewer high-incidence weeks.

Conclusion: Nursing home quality ratings are associated with COVID-19 incidence, mortality, and persistence. Nursing homes receiving five-star ratings, for overall quality as well as for each domain, had lower COVID-19 rates among their residents.

TABLE 1 Description of facility sample (N = 14,693)

	Mean	SD, IQR, or %
Nursing home and community characteristics		
Facility % Medicaid residents, mean (SD)	59.6	(24.1)
Facility number of certified beds, mean (SD)	107.0	(60.7)
Urban facility, N (%)	10,589	(72.1%)
COVID-19 cases per 1000 county population, ^a mean (IQR)	60.7	(44.4–74.4)
County area deprivation index (1–100), mean (SD)	54.2	(20.5)
COVID-19 among residents		
Incidence of confirmed COVID-19 among residents (cumulative, through 1/10/2021)		
Any confirmed COVID-19 among residents, N (%)	13,692	(93.6%)
COVID-19 cases per 1000 residents (all), ^b mean (IQR)	550.6	(172.4–860.5)
COVID-19 cases per 1000 residents (conditional), ^c mean (IQR)	588.5	(235.1–883.2)
COVID-19 deaths among residents (cumulative, through January 10, 2021)		
Any COVID-19 deaths among residents, N (%)	11,247	(76.9%)
COVID-19 deaths per 1000 residents (all), ^b mean (IQR)	108.9	(11.4–160.0)
COVID-19 deaths per 1000 residents (conditional), ^c mean (IQR)	141.6	(49.2–189.2)
Weeks in top decile of resident COVID-19 incidence		
Any weeks in top decile, N (%)	12,268	(83.5%)
Number of weeks in top decile, mean (SD)	3.3	(2.6)

Abbreviations: IQR, interquartile range; N, number; SD, standard deviation.

^aCumulative, 5/24/20–1/3/2021.

^bIncludes all participating nursing homes, including those with 0 cases/deaths.

^cIncludes only those nursing homes with one or more cases/deaths.

TABLE 2 Distribution of nursing home star ratings^a

Rating domain	★ N (%)	★★ N (%)	★★★ N (%)	★★★★ N (%)	★★★★★ N (%)
Overall quality	2050 (14.1)	2740 (18.9)	2637 (18.2)	3196 (22.1)	3868 (26.7)
Health inspections	2794 (19.3)	3508 (24.2)	3318 (22.9)	3378 (23.3)	1493 (10.3)
Nurse staffing	852 (6.4)	2920 (21.9)	3737 (28.0)	3403 (25.5)	2417 (18.1)
Resident quality measures	781 (5.4)	1738 (12.0)	2906 (20.1)	3766 (26.0)	5286 (36.5)

^aRatings are those publicly reported in January 2021 on *Care Compare*. Excludes nursing homes that are not rated, including special focus facilities ($N = 83$); those too new to rate ($N = 119$); or those that have insufficient data to calculate a rating ($N = 1162$ for staffing, 14 for resident quality measures).

TABLE 3 Multivariable regression of nursing home resident COVID-19 on facility star ratings

Rating domain	Cumulative resident incidence		Cumulative resident mortality		Number of weeks with high resident incidence	
	IRR ^a	(95% CI)	IRR ^a	(95% CI)	IRR ^a	(95% CI)
Overall quality						
★	1.16	(1.11–1.21)****	1.10	(1.03–1.17)**	1.08	(1.04–1.13)***
★★	1.13	(1.08–1.18)****	1.08	(1.02–1.14)**	1.10	(1.06–1.15)****
★★★	1.15	(1.11–1.20)****	1.10	(1.04–1.17)***	1.09	(1.05–1.14)****
★★★★	1.08	(1.04–1.12)****	1.04	(0.99–1.10)	1.06	(1.02–1.09)**
★★★★★	1.00	Reference	1.00	Reference	1.00	Reference
Health inspections						
★	1.13	(1.07–1.19)****	1.08	(1.00–1.17)*	1.13	(1.07–1.18)****
★★	1.09	(1.04–1.15)***	1.08	(1.01–1.16)*	1.12	(1.06–1.17)****
★★★	1.08	(1.02–1.13)**	1.06	(0.98–1.14)	1.11	(1.06–1.17)****
★★★★	1.03	(0.97–1.08)	1.01	(0.94–1.09)	1.07	(1.02–1.12)***
★★★★★	1.00	Reference	1.000	Reference	1.00	Reference
Nurse staffing						
★	1.23	(1.15–1.31)****	1.03	(0.94–1.13)	1.18	(1.11–1.26)****
★★	1.30	(1.24–1.37)****	1.06	(0.99–1.13)	1.21	(1.15–1.26)****
★★★	1.30	(1.24–1.36)****	1.07	(1.01–1.14)*	1.22	(1.17–1.28)****
★★★★	1.21	(1.15–1.26)****	1.06	(1.00–1.00)*	1.17	(1.12–1.22)****
★★★★★	1.00	Reference	1.00	Reference	1.00	Reference
Quality measures						
★	1.07	(1.00–1.14)*	1.10	(1.01–1.19)*	1.01	(0.95–1.01)
★★	1.07	(1.02–1.12)**	1.04	(0.98–1.11)	1.04	(1.00–1.09)
★★★	1.05	(1.01–1.08)*	1.05	(1.00–1.10)	1.02	(0.98–1.06)
★★★★	1.05	(1.01–1.08)*	1.06	(1.02–1.11)**	1.01	(0.98–1.05)
★★★★★	1.00	Reference	1.00	Reference	1.00	Reference

Abbreviations: CI, confidence interval; IRR, incidence rate ratio.

^aIRR modeled using zero-inflated negative binomial regression. Each rating domain is modeled separately. Estimates adjusted for the following covariates: county cumulative COVID-19 case count per 1000 population, % Medicaid residents, number of certified beds, urban versus rural, and county area deprivation index. The zero portion of the model is a logit model predicting the likelihood of having zero cases or deaths or high incidence weeks and includes the following covariates: county cumulative COVID-19 case count per 1000 population, number of certified beds, urban versus rural, and county area deprivation index.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; **** $p < 0.0001$.

RESEARCH ARTICLE

Interpreting COVID-19 deaths among nursing home residents in the US: The changing role of facility quality over time

Debasree Das Gupta^{1*}, Uma Kelekar², Sidney C. Turner³, Anupam A. Sule⁴, Taya G. Jerman¹

1 Department of Kinesiology and Health Science, Emma Eccles Jones College of Education and Human Services, Utah State University, Logan, Utah, United States of America, **2** School of Business, College of Business, Innovation, Leadership and Technology, Marymount University, Arlington, Virginia, United States of America, **3** Fors Marsh Group, Arlington, Virginia, United States of America, **4** St. Joseph Mercy Oakland, Pontiac, Michigan, United States of America

* debasree.dasgupta@usu.edu



OPEN ACCESS

Citation: Das Gupta D, Kelekar U, Turner SC, Sule AA, Jerman TG (2021) Interpreting COVID-19 deaths among nursing home residents in the US: The changing role of facility quality over time. PLoS ONE 16(9): e0256767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256767>

Editor: Jianguo Wang, China University of Mining and Technology, CHINA

Received: May 7, 2021

Accepted: August 13, 2021

Published: September 1, 2021

Copyright: © 2021 Das Gupta et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The data are uploaded to the ICPSR repository and the corresponding access URL is <https://www.icpsr.org/studies/dat/20210101>

Abstract

A report published last year by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) highlighted that COVID-19 case counts are more likely to be high in lower quality nursing homes than in higher quality ones. Since then, multiple studies have examined this association with a handful also exploring the role of facility quality in explaining resident deaths from the virus. Despite this wide interest, no previous study has investigated how the relation between quality and COVID-19 mortality among nursing home residents may have changed, if at all, over the progression of the pandemic. This understanding is indeed lacking given that prior studies are either cross-sectional or are analyses limited to one specific state or region of the country. To address this gap, we analyzed changes in nursing home resident deaths across the US between June 1, 2020 and January 31, 2021 (n = 12,415 nursing homes X 8 months) using both descriptive and multivariable statistics. We merged publicly available data from multiple federal agencies with mortality rate (per 100,000 residents) as the outcome and CMS 5-star quality rating as the primary explanatory variable of interest. Covariates, based on the prior literature, consisted of both facility- and community-level characteristics. Findings from our secondary analysis provide robust evidence of the association between nursing home quality and resident deaths due to the virus diminishing over time. In connection, we discuss plausible reasons, especially duration of staff shortages, that over time might have played a critical role in driving the quality-mortality convergence across nursing homes in the US.



PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA


Italia
domani



Missione 4: Istruzione e ricerca

Punta a colmare le carenze strutturali, quantitative e qualitative, dell'offerta di servizi di istruzione nel nostro Paese, in tutto in ciclo formativo. Prevede l'aumento dell'offerta di posti negli asili nido, favorisce l'accesso all'università, rafforza gli strumenti di orientamento e riforma il reclutamento e la formazione degli insegnanti. Include anche un significativo rafforzamento dei sistemi di ricerca di base e applicata e nuovi strumenti per il trasferimento tecnologico, per innalzare il potenziale di crescita.



Missione 5: Coesione e inclusione

Investe nelle infrastrutture sociali, rafforza le politiche attive del lavoro e sostiene il sistema duale e l'imprenditoria femminile. Migliora il sistema di protezione per le situazioni di fragilità sociale ed economica, per le famiglie, per la genitorialità. Promuove inoltre il ruolo dello sport come fattore di inclusione. Un'attenzione specifica è riservata alla coesione territoriale, col rafforzamento delle Zone Economiche Speciali e la Strategia nazionale delle aree interne. Potenzia il Servizio Civile Universale e promuove il ruolo del terzo settore nelle politiche pubbliche.



Missione 6: Salute

È focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

IL SOSTEGNO AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

La pandemia ha dimostrato quanto sia necessario prendersi cura della salute psicofisica delle persone anziane, le più vulnerabili, anche rispetto alle conseguenze della solitudine e dell'esclusione sociale.

Attualmente in Italia le persone con un'età superiore ai 65 anni sono il 23 per cento, dato destinato ad aumentare gradualmente nei prossimi anni. Inoltre, secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030. Questi dati pongono una vera e propria sfida per i servizi di welfare e per l'assistenza sociosanitaria.

Per le persone anziane non autosufficienti, il Piano introduce diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al

mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata sul territorio (Missione 6).

Nella Missione 5, €500 milioni sono stanziati per il sostegno alle persone fragili e anziane per rafforzare i servizi sociali territoriali e "di prossimità". Di questi, €300 milioni riguardano la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi. L'obiettivo è assicurare, per quanto possibile, la massima autonomia e indipendenza delle persone anziane, in un contesto nel quale viene garantita una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Questi interventi sono affiancati da una riforma tesa a introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti, finalizzato all'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni.

Tale intervento è strettamente integrato con i progetti proposti nel capitolo sanitario del Piano (Missione 6), in particolare con la riforma dei servizi sanitari di prossimità e con l'investimento sull'assistenza domiciliare. In questa linea di intervento sono infatti stanziati fondi per il potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale. In particolare, €2 miliardi saranno investiti per l'attivazione di 1.288 "Case della Comunità", cioè punti di assistenza continuativa per la popolazione, in particolare per le persone fragili e gli anziani. Altre risorse sono invece stanziati per il potenziamento dei servizi domiciliari e la telemedicina.

Tali investimenti hanno l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità e domiciliari al fine di garantire un'assistenza sanitaria più vicina ai soggetti più fragili, come gli anziani non autosufficienti, riducendo così la necessità di istituzionalizzarli, ma garantendogli tutte le cure necessarie in un contesto autonomo e socialmente adeguato.

Inoltre, questi investimenti si legano anche all'investimento previsto dalla Missione 5 per la valorizzazione delle aree interne. Infatti, una delle linee di questo intervento mira a potenziare i servizi e le infrastrutture sociali di comunità dedicati ai soggetti fragili, come gli anziani.