



Morti da Covid-19 nelle Rsa: tutto quello che non sappiamo

12.06.20

Sara Berlotto, Adelina Comas-Herrera, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo

La diffusione del Covid-19 nelle Rsa è sotto i riflettori in Italia e in tutto il mondo. Sono però profonde le differenze di misurazione e tante le carenze nei dati. Attenzione perciò ai confronti e alle conclusioni affrettate.

Il Covid-19 nelle Rsa

L'emergenza Covid-19 colpisce in modo particolarmente violento la popolazione anziana, in Italia e non solo. L'Istituto superiore di sanità [riporta](#) 31.359 deceduti sopra i 60 anni fino al 10 giugno, pari al 95,4 per cento del totale. A livello globale il 70 per cento dei decessi ufficiali da Covid-19 riguarda gli over65 ([Who](#)); negli [Usa](#), la percentuale sale all'80 per cento e in [Svezia](#) al 90 per cento.

In questo quadro, si è discusso molto della diffusione del virus all'interno di strutture dedicate all'assistenza agli anziani, in primo luogo le residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Ma che cosa sappiamo veramente sull'andamento dei decessi nelle strutture in Italia e nel mondo? Finora ben poco, e i confronti internazionali risentono di importanti limitazioni.

Prime evidenze internazionali

In tutti i paesi dotati di un sistema di welfare strutturato (paesi europei, Nord America e alcuni stati asiatici), la principale risposta alla non autosufficienza degli anziani è costituita da servizi di tipo residenziale. L'*International Long Term Care Policy Network (ILPN)* ha provato a raccogliere le prime evidenze disponibili sulla mortalità nelle Rsa in ventuno paesi distribuiti su quattro continenti (tabella 1). Allo stato attuale, serve essere estremamente cauti nella comparazione internazionale diretta di questi dati per almeno quattro ragioni:

1. la definizione e l'inquadramento giuridico delle residenze (*nursing home*) variano di paese in paese, portando potenzialmente a includere servizi assistenziali diversi e quindi una quota maggiore di decessi;
2. solo un numero contenuto di paesi, seppur in progressivo aumento, ha reso pubblici i dati ufficiali circa la mortalità da Covid-19 nelle Rsa;
3. molti paesi non specificano quanti tra i decessi avvenuti in ospedale siano riferiti a pazienti provenienti da Rsa. I dati inglesi, per esempio, dimostrano come questo dettaglio possa restituire un potenziale informativo molto alto: nel caso specifico, i decessi nelle Rsa sono il 27 per cento del totale, i decessi di pazienti di Rsa è il 38 per cento;
4. ciascun paese ha adottato politiche di screening differenziate e, soprattutto, diverse modalità per registrare i decessi (nella popolazione e, di conseguenza, nelle strutture).

I governi hanno infatti adottato tre approcci principali per quantificare i decessi da Covid-19, che possono includere:

- solo i soggetti accertati, ossia che sono risultati positivi al tampone (prima o dopo la morte). È il caso, tra gli altri, di Italia, Germania, Norvegia e Corea del Sud. Questa modalità coglie in maniera accurata i decessi causati dal virus, tuttavia rischia di restituire un valore sottostimato in quanto [pochi paesi](#) sono in grado di testare tutti coloro che presentano sintomi. Inoltre, in molti paesi i tamponi nelle Rsa sono stati fatti solo in una fase avanzata dell'epidemia, lasciando fuori dai radar i decessi precedenti;
- soggetti accertati e sospetti, questi ultimi identificati sulla base dei sintomi presentati. Questa modalità di calcolo è attualmente adottata da Belgio, Canada, Francia, Irlanda. Il vantaggio è di restituire un dato che non risente del limite legato alla diffusione dei tamponi, il rischio è di compiere un'errata attribuzione dei decessi al virus;
- morti "aggiuntive", comparando i decessi del periodo pandemico con quelli del periodo equivalente degli anni precedenti, utilizzato soltanto nel Regno Unito. Questo approccio è tra quelli [considerati](#) più solidi per capire l'effettivo impatto del virus sulla popolazione, poiché include anche i decessi indirettamente legati a Covid-19.

La tabella 1 riporta una panoramica dei decessi legati a Covid-19 tra la popolazione dei paesi analizzati e nelle Rsa. Fino a

oggi, Francia e Regno Unito sono i soli a pubblicare regolarmente dati ufficiali sui morti accertati sia in Rsa che provenienti da Rsa. Sebbene non sia appropriato fare comparazioni dirette tra paesi, la quota di decessi da Covid-19 tra i residenti in Rsa sul totale registrato nella popolazione varia dallo zero di Hong Kong all'82 per cento del Canada. In generale, tra i paesi che considerano unicamente i morti accertati, la quota di decessi di ospiti Rsa è di circa il 30-40 per cento del totale. Interessante è il caso della Corea del Sud, che ha deciso di ospedalizzare tutti i sospetti, registrando di conseguenza solo decessi di pazienti Rsa avvenuti in ospedale. Si rimanda al [report](#) per approfondimenti dei singoli paesi.

Tabella 1 - Decessi da Covid-19 nel mondo: totale registrato, modalità di misurazione, quota avvenuta in Rsa, quota legata a pazienti di Rsa.

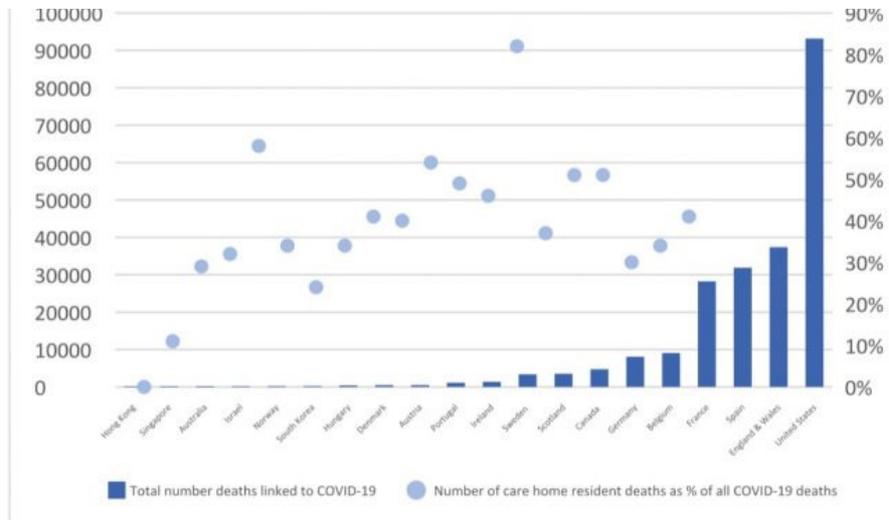
Paese	Data	Modalità di misurazione dei decessi	Totale decessi da Covid-19	Numero di decessi di residenti di RSA legate a Covid-19	Numero di decessi in RSA	Quota di decessi di ospiti di RSA in % del totale morti Covid-19	Quota di decessi in RSA in % sul totale dei morti Covid-19
Austria	22/04/2020	Accertati	510	220		41%	
Australia	18/05/2020	Accertati	99	29		29%	
Belgio	18/05/2020	Accertati + sospetti	9.08		4.646		51%
Canada	08/05/2020	Accertati + sospetti	4.74	3.89		82%	
Danimarca	07/05/2020	Accertati	506	170		34%	
Francia	18/05/2020	Accertati + sospetti	28.239	14.363	10.65	51%	38%
Germania	20/05/2020	Accertati	8.09	3.029		37%	
Hong Kong	20/05/2020	Accertati	4	0	0	0%	0%
Irlanda	06/05/2020	Accertati + sospetti	1.375		857	62%	
Israele	29/04/2020	Accertati	202	65		32%	
Norvegia	18/05/2020	Accertati	233		135		58%
Portogallo	09/05/2020	-	1.125	450		40%	
Singapore	03/05/2020	Accertati	18	2	0	11%	
Corea del Sud	30/04/2020	Accertati	247	84	0	34%	0%
Spagna	10/05/2020	Accertati + sospetti	31.889 (accertati + sospetti)		9.642 (accertati) 16.678 (accertati + sospetti)		30% (accertati)
Svezia	14/05/2020	Accertati	3.395	1.661		49%	
Inghilterra e Galles (Regno Unito)	08/05/2020	Sospetti + morti in eccesso	37.375 (sospetti) 49.470 (morti in eccesso)	12.526 (sospetti) 25.591 (morti in eccesso)	9.980 (sospetti) 21.753 (morti in eccesso)	38% (sospetti) 52% (morti in eccesso)	27% (sospetti) 44% (morti in eccesso)
Ungheria	11/05/2020	Accertati	421	100		24%	
Scozia (Regno Unito)	17/05/2020	Sospetti + morti in eccesso	3.546 (sospetti) 3.946 (morti in eccesso)		1.623 (sospetti) 2.006 (morti in eccesso)		46% (sospetti) 51% (morti in eccesso)
Stati Uniti	20/05/2020	Accertati	93.163	30.13		41%	

Fonte: tradotto da Comas-Herrera e al. "Mortality associated with Covid-19 outbreaks in care homes: early international evidence", in [LTCcovid.org](#), International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 21 maggio 2020.

La figura 1 dà una rappresentazione grafica dei dati della tabella 1, confrontando il totale dei decessi da Covid-19 nella popolazione in relazione alla quota di decessi in Rsa.

Figura 1. Confronto tra totale decessi legati a Covid-19 e quota di decessi di pazienti in RSA.





E l'Italia?

L'Italia non rientra nei dati esposti, per due ordini di ragioni: oggi non esistono dati ufficiali a livello nazionale sui decessi in Rsa legati a Covid-19. L'unica fonte disponibile è una [survey](#) avviata e promossa tra le Rsa dall'Istituto superiore di sanità a partire dal 24 marzo 2020 (quasi due mesi dopo i primi casi registrati allo Spallanzani di Roma) con l'obiettivo di tracciare i decessi Covid-19 accertati e sospetti nelle strutture avvenuti tra febbraio e aprile. I risultati non vengono aggiornati dal 14 aprile. In secondo luogo, l'assenza di politiche di screening a tappeto nelle strutture, salvo un parziale cambio di rotta di alcune regioni (per esempio, Toscana, Emilia-Romagna e Liguria) da fine marzo, ha limitato fortemente l'emersione di casi.

L'indagine dell'Iss ha un tasso di risposta contenuto, tuttavia sembra confermare l'ipotesi che i decessi legati a Covid-19 nelle strutture siano [ben superiori](#) a quelli riportati nei bollettini ufficiali. Dai dati raccolti, riferiti al periodo 1° febbraio - 14 aprile, emerge un tasso di mortalità medio del 8,2 per cento tra i residenti delle strutture. Tra i 6.773 soggetti deceduti, solo 364 (il 5,3 per cento) erano risultati positivi al tampone per Covid-19 e 2.360 (il 34,8 per cento) avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 40,2 per cento dei decessi (2.724/6.773) potrebbe essere riconducibile a Covid-19. Non sono tuttavia disponibili i dati per un confronto con gli stessi periodi degli anni precedenti.

I dati [pubblicati](#) da Ats Milano (Agenzia tutela salute) sui decessi nelle Rsa del proprio territorio di competenza sono ancora più allarmanti: il 59,6 per cento dei morti del periodo 20 febbraio - 20 maggio risulta riconducibile al Covid (accertato o sospetto).

Un fenomeno enorme, ma non sappiamo ancora quanto

Con il passare delle settimane, le evidenze nazionali e internazionali consolidano la consapevolezza che gli anziani ospiti di Rsa sono particolarmente colpiti da forme acute di Covid-19 e che, di conseguenza, registrano alti tassi di mortalità. Allo stesso tempo, più fattori limitano la possibilità di fare confronti internazionali per valutare le diverse strategie di gestione del fenomeno, complice la scarsa precisione nella raccolta dati di molti paesi. L'Italia, se la si confronta con altri stati sulla disponibilità e affidabilità delle informazioni, appare comunque meno attrezzata: mancano dati ufficiali e sistematici sulla mortalità e sulla diffusione del contagio, partendo così da una posizione svantaggiata nell'impostare una fase di convivenza con il virus per le residenze per anziani.

In questo articolo si parla di: [Adelina Comas-Herrera](#), [Andrea Rotolo](#), [covid-19](#), [Eleonora Perobelli](#), [Elisabetta Notarnicola](#), [Rsa](#), [Sara Berloto](#)

BIO DELL'AUTORE

SARA BERLOTO

Sara Berloto è ricercatrice CERGAS SDA Bocconi nell'Area Social Policy and Social Innovation. Ha partecipato a numerosi progetti legati alla programmazione delle politiche sociali e sociosanitarie delle istituzioni pubbliche e al management del Terzo Settore. I suoi interessi di ricerca riguardano la filantropia globale e il settore no profit, le politiche sociali e i processi di innovazione nei sistemi di welfare, le relazioni internazionali con un focus sul sistema politico cinese. Contribuisce al Rapporto OASI e al Rapporto sull'Innovazione e il Cambiamento nel settore della LTC. È autrice del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi". Ha conseguito la Laurea Specialistica in Economics and Management of Government and International Organisations presso l'Università Bocconi e la Laurea Triennale in Relazioni Internazionali presso l'Università Statale di Milano.

[Altri articoli di Sara Berloto](#)

ADELINA COMAS-HERRERA

Adelina Comas-Herrera è Assistant Professorial research Fellow presso il Care Policy and Evaluation Centre della London School of Economics and Political Science. È responsabile di LTCcovid.org, una iniziativa legata all'International Long-Term Care Policy Network che raccoglie dati internazionali sull'impatto del Covid-19 sui pazienti e gli operatori di RSA e sulle policy di risposta al virus che stanno adottando i diversi paesi. È co-responsabile del progetto Strengthening Responses to Dementia in Developing countries (STRiDE), che mira a rafforzare la ricerca sul tema della demenza in 7 Low e Middle-Income countries. Le sue principali aree di ricerca riguardano i sistemi di long term care e il loro finanziamento, oltre alle politiche sulla demenza. Ha lavorato sia per i policy maker del Regno Unito e che a livello internazionale (ha redatto i World Alzheimer Report 2016 e 2019 della Commissione Europea, oltre ad aver fatto da consulente all'Organizzazione Mondiale della Sanità e all'Inter-American Development Bank).

[Altri articoli di Adelina Comas-Herrera](#)

ELISABETTA NOTARNICOLA



Elisabetta Notarnicola è Associate Professor of Practice, in Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of management. Coordina l'area Social Policy and Social Innovation del CERGAS SDA e l'Osservatorio Long Term Care. Presso CERGAS e SDA Bocconi ha partecipato a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali, del coordinamento e integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario, dei servizi per la non autosufficienza e della innovazione nei servizi sociali, con attenzione alle tematiche di progettazione dei servizi e di applicazione delle teorie di sharing economy ed economia collaborativa. La sua attività di ricerca include anche l'area di bilancio pubblico. È curatrice della Prima e Seconda Edizione del Rapporto Annuale Osservatorio Long Term Care. Nel 2019 è stata autrice del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi" Contribuisce stabilmente

al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano.

[Altri articoli di Elisabetta Notarnicola](#)

ELEONORA PEROBELLI

Eleonora Perobelli è ricercatrice CERGAS nell'Area Social Policy and Social Innovation, dove fa parte dell'Osservatorio Long Term Care. Ha partecipato a numerosi progetti legati alla programmazione locale delle politiche sociali, all'innovazione nei servizi sociali e sociosanitari. Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano. I suoi interessi di ricerca riguardano i processi di innovazione nei sistemi di welfare e le forme di gestione e progettazione nei servizi sociali e sociosanitari. Dal 2018 coordina il corso di perfezionamento universitario Casamanager rivolto ai manager delle aziende casa. È autrice del White Paper OCAP 1/2019 "L'innovazione digitale nei servizi di Welfare" e del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi".

[Altri articoli di Eleonora Perobelli](#)

ANDREA ROTOLO

Andrea Rotolo è SDA Lecturer di Government, Health & Not for Profit presso SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca e le pubblicazioni scientifiche si concentrano attorno ai temi del management sanitario, in particolare il management strategico, il performance management, l'organizzazione e integrazione dei servizi sanitari e servizi sociosanitari e l'innovazione digitale. Autore di paper su riviste nazionali e internazionali, dal 2012 contribuisce al Rapporto OASI sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale. È autore del White Paper OCAP 1/2019 "L'innovazione digitale nei servizi di Welfare" ed è coordinatore del Master of International Health Care Management, Economics and Politics (Mihmep).

[Altri articoli di Andrea Rotolo](#)