

Prevenzione e gestione della pandemia COVID-19 nei servizi di long-term care in Europa

Traduzione a cura di Franco Pesaresi

29/05/2020

NOTA IMPORTANTE

Questo documento **non** è una traduzione ufficiale dell'originale

Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region (May 29, 2020). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (scaricabile al seguente link: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/443605/Tech-guidance-6-COVID19-eng.pdf?ua=1).

Nell'intento di promuoverne gli importanti contenuti, Franco Pesaresi ha ritenuto utile mettere a disposizione dei lettori una versione in italiano, che vuole essere uno strumento di lavoro per gli operatori dei servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti.

Prevenzione e gestione della pandemia COVID-19 nei servizi di assistenza a lungo termine nella Regione europea dell'OMS

29 maggio 2020

INDICE

Sommario	1
Introduzione	3
Le grandi sfide che devono affrontare i decisori nei sistemi di LTC	3
Dieci obiettivi politici per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 tra i servizi di LTC	5
Obiettivo politico 1 : Dare priorità al mantenimento dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19 attraverso un efficace meccanismo di governance	6
Obiettivo politico 2 : Mobilitare fondi aggiuntivi per il sistema di LTC per rispondere efficacemente alla pandemia COVID-19	7
Obiettivo politico 3 : Garantire che gli standard sulla prevenzione e il controllo delle infezioni siano implementati nei servizi di LTC per prevenire e gestire in sicurezza i casi COVID-19	8
Obiettivo politico 4 : Attuare misure di sicurezza che riconoscano i vantaggi reciproci di sicurezza delle persone che ricevono e che forniscono i servizi di LTC	10
Obiettivo politico 5 : Dare priorità ai test, tracciare e monitorare la diffusione di COVID-19 tra le persone anziane che ricevono e forniscono i servizi di LTC	12
Obiettivo politico 6 : Identificare e mobilitare la capacità operativa massima per assicurare personale e risorse adeguate per la fornitura di servizi di LTC appropriati durante la pandemia COVID-19.....	13
Obiettivo politico 7 : Ampliare il supporto per i caregiver familiari durante la pandemia COVID-19	14
Obiettivo politico 8 : Coordinare i servizi per garantire la continuità dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19	16
Obiettivo politico 9 : Garantire l'accesso ad adeguati servizi di cure palliative durante la pandemia COVID-19	17
Obiettivo politico 10 : Dare priorità al benessere delle persone che ricevono e forniscono servizi di LTC durante e dopo la pandemia COVID-19	18
Definizioni	20
Documenti chiave dell'OMS	20
Bibliografia.....	22

Sintesi

Il numero di infezioni e decessi da COVID-19 nelle strutture residenziali per l'assistenza a lungo termine ha allarmato i decisori politici, gli operatori sanitari e le comunità. L'esperienza internazionale ha, tuttavia, dimostrato che la diffusione del COVID-19 non è inevitabile tra le strutture di Long-term Care (LTC) e che alcuni paesi sono stati in grado di evitare le grandi percentuali dei decessi nelle strutture. Le prime prove raccolte nel corso della pandemia COVID-19 suggeriscono che è possibile mitigare l'impatto del virus sui sistemi di LTC attraverso un'azione politica tempestiva e globale che risulta correlata al modo in cui i servizi vengono intesi ed erogati.

Questa guida tecnica identifica 10 obiettivi politici per i decisori, i responsabili politici e nazionali e le autorità sanitarie regionali per tentare di prevenire e gestire la pandemia COVID nelle strutture di LTC.

Mentre coloro che prendono decisioni per i sistemi di LTC sono spesso separati da quelli che hanno il compito di gestire i sistemi sanitari, durante le varie fasi della pandemia, nell'orientamento ufficiale, nella comunicazione pubblica e nella pianificazione delle misure da realizzare determinati obiettivi dovrebbero essere perseguiti in cooperazione e gestiti con uguale peso. Tale collaborazione durante la pandemia COVID-19 non contribuirebbe solo a rafforzare e garantire la disponibilità dei servizi di LTC alle persone che ne usufruiscono, ma aiuterebbe anche a ridurre l'impatto sui sistemi sanitari.

I servizi di LTC vanno a beneficio di persone di tutte le età, ma in questo caso l'attenzione è rivolta agli anziani di età superiore ai 65 anni che utilizzano i servizi di LTC nelle loro case, nei centri diurni o nelle strutture residenziali (RSA, residenze protette, Case di riposo, ecc.). Gli anziani sono suscettibili di esiti severi da COVID-19 a causa della loro età e, in molti casi, delle loro precedenti condizioni di salute.

Questioni urgenti

- Alcuni paesi hanno registrato oltre il 40-60% del totale dei decessi da COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani (LTC) (Comas-Herrera et al., 2020). Gli anziani che usano i servizi di LTC costituiscono gran parte di quelli maggiormente colpiti da COVID-19. Queste infezioni sono trasmesse alle persone anziane dalle persone che si prendono cura di loro (famiglie e personale di assistenza). Se non si affronta questo problema è difficile controllare la diffusione del virus.
- Non rispondere alle esigenze e alla sicurezza di coloro che ricevono i servizi di LTC e di coloro che forniscono assistenza durante l'epidemia da COVID-19 è anche una questione di diritti umani e di dignità poiché lascia due gruppi di popolazione che sono già a rischio di esclusione (sia gli utenti dell'assistenza che i fornitori di assistenza) in un situazione sempre più vulnerabile. Ci sono anche importanti dimensioni etniche e di genere, dato che, le donne dominano la forza lavoro della LTC insieme ad una forte presenza di lavoratori migranti (Christensen, Hussein e Ismail, 2016).
- La mancanza di prevenzione e di gestione del COVID-19 nei sistemi di LTC può essere molto onerosa non solamente per le persone colpite, ma anche per i sistemi sanitari dato che molte persone dovranno essere trasferite negli ospedali per ulteriori trattamenti.
- I sistemi sanitari hanno la responsabilità di prendersi cura di tutte le persone e dovrebbero offrire sicurezza, cure di qualità per le popolazioni più vulnerabili e fragili quando queste richiedono assistenza sanitaria, indipendentemente dalla loro scelta o se stanno già ricevendo cure palliative (piattaforma AGE per l'Europa, 2020).

Introduzione

Le persone anziane (di età superiore ai 65 anni) e le persone con patologie di base che richiedono cure e l'assistenza di terzi, sono particolarmente vulnerabili alle infezioni gravi COVID-19 (United Nations, 2020; OMS, 2020d). Poiché i paesi stabiliscono come proteggere e minimizzare la diffusione della malattia tra le persone di età superiore ai 65 anni, particolarmente colpite dalla malattia respiratoria COVID-19, è importante analizzare le esigenze di questa categoria di persone e ciò che le rende suscettibili di contrarre in modo grave la malattia COVID-19. Nel fare ciò è importante comprendere che non è l'età il determinante del rischio di infezione. Piuttosto, un importante fattore di suscettibilità risulta legato al fatto che, molte delle persone anziane destinatarie e dipendenti dei servizi di assistenza a lungo termine (LTC), di solito hanno molteplici patologie, indipendentemente dal fatto che vivano nelle loro case, nei centri diurni o in strutture residenziali (WHO, 2020d).

Seguire le indicazioni, ad esempio, sul distanziamento fisico è particolarmente difficile per le persone che vivono in strutture residenziali o che si affidano a coloro che si prendono cura di loro ma che non vivono con loro ma che entrano ed escono dalle strutture o dal domicilio degli assistiti. Per questo, non sorprende che in alcuni paesi almeno la metà tutti i decessi per COVID-19 sembrano essere compresi tra gli ospiti delle strutture residenziali per anziani. In Europa, nei paesi con un gran numero di decessi da COVID-19, oltre il 40% del totale dei decessi accertati sono stati confermati nelle strutture residenziali per anziani (Comas-Herrera et al., 2020). Meno si sa dell'impatto su coloro che ricevono cure di lungo termine al loro domicilio.

Il numero di infezioni e decessi nelle strutture residenziali e la mancanza di dati tempestivi ed affidabili hanno allarmato i decisori, i fornitori di assistenza sanitaria e le comunità. Eppure l'esperienza internazionale ha dimostrato che la Repubblica di Corea (Kim, 2020) ed Hong Kong (Wong et al., 2020), sono state in grado di evitare un gran numero di decessi nelle strutture residenziali per anziani.

La diffusione del COVID-19 non è inevitabile tra i servizi di long-term care (LTC), e queste esperienze internazionali dimostrano che è possibile mitigare l'impatto del virus sui sistemi di LTC attraverso un'azione politica tempestiva e globale che tenga conto di quanto appreso su come i servizi sono usufruiti e forniti.

Il setting dei servizi per l'assistenza di lungo termine (LTC), tuttavia, non rientrano esclusivamente nell'ambito dei sistemi sanitari. Infatti, la maggior parte dei servizi vengono erogati al di fuori del sistema sanitario (WHO, 2015). Questo elemento strutturale di come e di chi è responsabile della fornitura di cure di LTC alle persone anziane sembra aver creato difficoltà nello sviluppo di risposte coordinate per prevenire e gestire l'impatto del COVID-19 in molti contesti, e nel mantenere in condizioni di sicurezza coloro che forniscono questi servizi. Prima di considerare come garantire la sicurezza dei servizi nel sistema di LTC durante la pandemia di COVID-19, è quindi importante richiamare i diversi aspetti strategici per i sistemi di LTC in Europa.

Le grandi sfide che i decisori devono affrontare nei sistemi di LTC

Diverse sfide che riguardano il sistema di LTC che precedono la pandemia COVID-19 possono aiutare a spiegare le difficoltà che si sono incontrate nel fornire le risposte alla pandemia COVID-19. Quelle che seguono sono gli aspetti più problematici, illustrati brevemente prima che vengano presentati i 10 obiettivi politici per una risposta più efficace al COVID-19.

a) La governance del sistema di assistenza a lungo termine comporta spesso livelli ed elementi di governo diversi

I servizi di LTC sono spesso gestiti separatamente dal sistema sanitario (WHO, 2019). Di conseguenza, i sistemi di LTC sono spesso esentati e separati dalla supervisione del sistema sanitario per il modo in cui sono finanziati, nella raccolta e gestione dei dati e delle informazioni, nella formazione e

nell'approvvigionamento del personale (OCSE, 2019d) e delle risorse. Inoltre, i paesi spesso distribuiscono verticalmente la responsabilità di LTC tra attori nazionali, regionali e locali (Spasova et al., 2018).

b) *I servizi di assistenza a lungo termine (LTC) sono erogati da un mix di fornitori pubblici e privati a scopo di lucro e senza scopo di lucro*

Oltre a una struttura di governance complessa, i servizi di LTC sono caratterizzati da un mix di fornitori pubblici e privati no profit e for profit (King & Zigante, 2020). La maggior parte di questi fornitori non fanno parte del sistema sanitario. Questo mix di diversi attori coinvolti nella fornitura di servizi per le persone che hanno le complesse esigenze di LTC pongono il problema di come mantenere il controllo della qualità dei servizi forniti (OMS, 2019). Nella maggior parte dei paesi, queste strutture comportano una responsabilità diffusa, problemi di coordinamento e sono caratterizzati da sistemi di informazione sottosviluppati (OMS, 2019).

c) *L'importo del finanziamento pubblico per l'assistenza a lungo termine varia da paese a paese*

La complessità della governance ha anche implicazioni per il finanziamento. Mentre i sistemi pubblico di LTC "maturi" spendono tra l'1,1% del PIL (Austria) e il 3,7% del PIL (Paesi Bassi), i sistemi "emergenti", come l'Ungheria o l'Estonia, spendono solo lo 0,2% circa del PIL (OCSE, 2019c). In Italia la spesa per LTC è pari all'1,71% del PIL (di cui lo 0,77% per l'indennità di accompagnamento). La LTC pubblica nei paesi europei è di solito finanziata tramite sistemi fiscali o previdenziali: ogni sistema ha i suoi vantaggi e svantaggi (Rodrigues, 2015). In molti paesi, i regimi di protezione sociale pubblica coprono una quota dei costi dell'assistenza residenziale che è maggiore rispetto a quella domiciliare.

d) *I benefici pubblici previsti per l'assistenza a lungo termine (LTC) di solito richiedono la prova dei mezzi e spesso una compartecipazione alla spesa*

Il sostegno pubblico per i servizi di LTC, sia in denaro che in natura, richiedono spesso la prova dei mezzi (Coste & Ces, 2019). I cittadini con maggiori necessità spesso ricevono più sostegno, ma alcuni paesi stabiliscono dei limiti nell'importo dell'assistenza che può essere erogato con risorse pubbliche. Mentre alcuni paesi proteggono i più vulnerabili dai costi aggiuntivi, i notevoli costi diretti in capo all'assistito sono presenti in tutti i paesi per la maggior parte delle persone che ricevono servizi di LTC (Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

e) *Gli operatori sanitari sono prevalentemente donne e vivono condizioni di lavoro relativamente disagiate e salari bassi*

La forza lavoro a supporto delle persone con esigenze di LTC è prevalentemente femminile (90%). In tutti i paesi, la carenza di operatori con esperienza è aggravata dalla bassa retribuzione, dalle condizioni di lavoro relativamente disagiate e dalla percezione che il lavoro di cura sia "poco qualificato" (OCSE, 2019e). In alcuni paesi europei, come ad esempio Austria, Francia e Italia, gli stranieri che forniscono assistenza costituiscono una grande parte della forza lavoro della LTC (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012) (soprattutto a livello domiciliare).

f) *I caregiver familiari forniscono un'importante quota di assistenza, ma i servizi di supporto sono limitati*

In tutti i paesi, una quota importante di LTC è fornita dai caregiver familiari, sia come assistenza diretta e sia come aiuto ed integrazione ai servizi formali. La quota maggiore di questa assistenza è fornita da donne (61%). Il numero di caregiver maschi che prestano assistenza a domicilio aumenta con l'età. Le persone anziane, uomini e donne hanno elevate probabilità di fornire una certa quota di assistenza ai loro coniugi (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012). Ci sono anche giovani caregiver, bambini, adolescenti e giovani adulti, che supportano familiari con esigenze di LTC. La fornitura di elevati livelli di assistenza da parte dei caregiver è stata generalmente associata alla riduzione del lavoro (per quelli in età lavorativa), al reddito

più basso ed infine a quote più elevate di povertà (OCSE, 2019a). Inoltre, i caregiver familiari hanno una maggiore prevalenza di problemi di salute mentale (OCSE, 2019a). Alcuni paesi hanno riconosciuto l'impatto che le cure familiari possono avere, ed offrono prestazioni e servizi di supporto, come il congedo per cure retribuite, gli accordi di lavoro flessibile, l'assistenza di sollievo, il supporto psicologico e benefici in denaro per mitigarne l'impatto (OCSE, 2019a). Tuttavia, i supporti per i caregiver familiari, come le cure di sollievo, la formazione o i permessi per le cure di un congiunto rimangono limitati e i caregiver familiari assicurano tradizionalmente il sostegno senza alcun compenso. Inoltre, i governi mirano a trovare un equilibrio tra il sostegno ai caregiver familiari e l'incentivazione alla partecipazione al mercato del lavoro (Hashiguchi & Llana-Nozal, 2020).

g) Le persone con necessità di assistenza a lungo termine (LTC) richiedono spesso un supporto continuo, complesso e personalizzato

La maggior parte delle persone con esigenze di LTC richiedono un supporto regolare per l'assistenza personale (ad es. fare il bagno, vestirsi, mangiare, uso del bagno) e/o per le attività strumentali (ad es. shopping, lavori domestici, pasti, trasporto). In molti paesi, la maggior parte degli ospiti delle strutture residenziali è affetto da demenza (OMS, 2017b; Wang, 2020). In particolare, i compiti di cura del caregiver, richiedono alti livelli di contatto fisico ed emotivo e le persone che ricevono questa assistenza e che dipendono da questo supporto traggono un enorme beneficio dalla continuità delle cure (OMS, 2015). Alcune persone con necessità di LTC, come le persone che sono portatrici di demenza, sperimentano cambiamenti nel loro stato fisico e cognitivo. Per loro, rapidi cambiamenti alla routine possono aumentare la loro vulnerabilità (Alzheimer Europa, 2020).

Dieci obiettivi politici per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 nei servizi di LTC

I seguenti 10 obiettivi politici sono presentati ai decisori politici, ai responsabili politici e alle autorità sanitarie nazionali e regionali quali proposte per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 nei setting di LTC. Queste misure mirano ad aumentare la cooperazione e il coordinamento tra il sistema sanitario e il sistema della LTC e a riconoscere la loro interdipendenza.

Ogni obiettivo politico è presentato con le evidenze scientifiche e una serie di azioni chiave che possono aiutare a raggiungere questi obiettivi politici. Ogni obiettivo politico è anche illustrato usando degli esempi di paesi dell'Europa. Se non diversamente indicato, gli esempi dei paesi provengono dai rapporti forniti dagli esperti internazionali dell'International Long-Term Care Policy Network con sede presso la London School of Economics and Political Science¹.

Questa guida tecnica ha lo scopo di supportare ed integrare le linee guida dell'OMS esistenti per prevenire l'infezione da COVID-19, per la diagnosi rapida e il trattamento di individui con COVID-19, per il mantenimento dei servizi sanitari essenziali, per reperire le risorse aggiuntive per gli interventi in situazioni critiche di grande pressione sanitaria e per proteggere le popolazioni vulnerabili (consultare i documenti chiave dell'OMS).

Dieci obiettivi politici per prevenire e gestire la pandemia COVID-19 nei servizi di LTC

1. Dare priorità al mantenimento dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19 attraverso un efficace meccanismo di governance.
2. Rendere disponibili fondi aggiuntivi per il sistema di LTC per rispondere efficacemente alla pandemia COVID-19.
3. Garantire che le procedure e gli standard sulla prevenzione e il controllo delle infezioni siano implementati nei servizi di LTC per prevenire e gestire in sicurezza i casi COVID-19.

¹ International Long-Term Care Policy Network: <https://ltccovid.org/>

4. Attuare misure di sicurezza che riconoscano i vantaggi reciproci di sicurezza delle persone che ricevono e che forniscono i servizi di LTC.
5. Dare priorità ai test, tracciare e monitorare la diffusione dell'infezione COVID-19 tra le persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC.
6. Prepararsi a mettere in campo la capacità operativa massima per assicurare il personale e le risorse per la fornitura dei servizi di LTC necessari a far fronte alla pandemia COVID-19.
7. Ampliare il supporto per i caregiver familiari durante la pandemia COVID-19.
8. Coordinare i diversi servizi per garantire la continuità dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19.
9. Garantire l'accesso ad adeguati servizi di cure palliative durante la pandemia COVID-19.
10. Dare priorità al benessere delle persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC durante e dopo la pandemia COVID-19.

Obiettivo politico 1:

Dare priorità al mantenimento dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19 attraverso un efficace meccanismo di governance

L'attuale pandemia COVID-19 ha chiarito che occorre coordinare maggiormente monitoraggio, informazioni, linee guida, personale e altre risorse (finanziarie e attrezzature) per garantire qualità e sicurezza per le persone che ricevono i servizi, per coloro che forniscono i servizi, le famiglie e le comunità collegate a queste persone.

La complessa e spesso separata struttura di governance dei sistemi di LTC richiede un'azione immediata per assicurare che i servizi di LTC per le persone vulnerabili siano monitorati e mantenuti e che venga preso in considerazione il bisogno di continuità e di coordinamento. Identificare il numero dei casi e dei decessi (probabili e confermati) che si verificano nelle strutture residenziali sarà di vitale importanza per l'inserimento nelle statistiche dei sistemi di sorveglianza nazionali sulla mortalità (incluse le reti e piattaforme di monitoraggio nazionali e internazionali). Inoltre, mantenendo entrambi i livelli di assistenza, occorrerà fornire assistenza da parte dei servizi di LTC anche a persone che altrimenti potrebbero rimanere più a lungo negli ospedali, e questo richiederà non solo un mantenimento della capacità esistente ma anche un ampliamento di capacità del sistema di LTC.

Poiché i paesi variano enormemente in termini di servizi inclusi nel sistema di LTC, nei diversi paesi, i piani per prevenire e gestire il COVID-19 nei sistemi di LTC dovranno affrontare ciò che è e ciò che non è fornito alle persone anziane nei due sistemi (strutture residenziali e servizi di assistenza domiciliare). Gli Stati europei devono garantire che, sia per le strutture residenziali che per i servizi di assistenza domiciliare, venga fornita la guida più aggiornata, ed acquistate le attrezzature mediche, i farmaci e i dispositivi di protezione (DPI) per il personale (OMS, 2020A). Tuttavia, qualsiasi linea guida, deve anche essere contestualizzata al sistema di LTC con il contributo di esperti.

Azioni chiave

Prendere in considerazione l'istituzione di un sistema di governance così caratterizzato:

- Ogni struttura residenziale deve identificare un referente per il governo complessivo del COVID-19 per gestire i servizi per le persone anziane e le altre persone che hanno bisogno di cure, e i fornitori di servizi di LTC.
- Valutare e monitorare l'erogazione in corso di servizi di LTC durante il COVID-19 per identificare carenze e potenziali necessità di riconfigurazione dei servizi.
- Stabilire soglie/indicatori che attivino una riallocazione graduale della capacità globale di assistenza del servizio sanitario verso i servizi di LTC.

- Istituire un sistema di sorveglianza che acquisisca il numero di casi e dei decessi (probabili e confermati) che si verificano nei servizi di assistenza a lungo termine e assicurare che ciò avvenga in modo integrato con i sistemi di sorveglianza esistenti.
- Istituire un meccanismo per proteggere e trasmettere informazioni in modo regolare e con una certa frequenza ai fornitori di LTC, alle autorità di sanità pubblica ed al pubblico.
- Istituire un meccanismo per pianificare, stabilire le priorità e supportare l'attuazione delle misure per proteggere il personale e le persone che ricevono LTC dall'infezione o dalla diffusione del COVID-19.
- Creare un team per sviluppare, adattare e aggiornare linee guida e protocolli per i servizi di LTC durante l'infezione COVID-19, sulla base delle migliori evidenze disponibili e la consultazione delle varie indicazioni dell'OMS.
- Creare una collaborazione tra il settore sociale ed il settore sanitario che garantisca l'approvvigionamento continuo e non concorrenziale dei servizi di LTC durante il COVID-19.

Esempi nei diversi paesi:

In **Irlanda**, è stata istituita una squadra nazionale di emergenza per la salute pubblica incaricata di sorvegliare, guidare e sostenere la risposta nazionale. I gestori delle strutture residenziali devono segnalare i focolai di COVID-19 alla Autorità per l'informazione e la qualità in sanità (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

Allo stesso modo, in **Germania**, le autorità sanitarie locali devono essere informate di casi sospetti e confermati. Teams del Robert Koch Institute supportano il contenimento delle epidemie nei contesti di assistenza residenziale. Nello stato federale della Baviera, una task force dedicata alla gestione delle malattie infettive viene mobilitata ogni qualvolta si verifichi un'infezione in una struttura residenziale. Se i fornitori di assistenza domiciliare in Germania non possono più fornire servizi, devono contattare il Servizio sanitario (l'assicurazione statale) e valutare la possibilità di offrire cure alternative in collaborazione con le autorità sanitarie e di regolamentazione (Lorenz-Dant, 2020b).

Durante la pandemia COVID-19 i governi regionali **austriaci** informano un gruppo operativo centralizzato circa la loro capacità ospedaliera (Schmidt et al., 2020).

Obiettivo politico 2:

Rendere disponibili fondi aggiuntivi per il sistema di LTC per rispondere efficacemente alla pandemia COVID-19.

Durante la pandemia COVID-19 saranno necessari finanziamenti aggiuntivi e stabili per fornire ulteriore assistenza a breve e lungo termine e per mantenere sicuri i servizi di LTC per le persone che ricevono servizi e per il personale (OMS, 2020D). L'importo dei fondi aggiuntivi necessari dipenderà dal modo in cui le risorse per i sistemi sono ben finanziate o sotto-finanziate.

Mentre i governi della maggior parte degli Stati europei forniscono finanziamenti statali per i servizi di LTC, spesso erogati da fornitori privati, in alcuni paesi questo finanziamento copre solo un livello di assistenza di base molto inferiore ai livelli richiesti dalle persone (Spasova et al., 2018; OCSE/Unione Europea, 2013). Quindi, è molto comune che si renda necessario aggiungere ulteriori risorse da parte degli individui e delle famiglie; per esempio, ore extra, stanze private, biancheria da letto, prodotti per l'igiene e attrezzature mediche che vengono pagate di tasca propria dalle famiglie. Laddove ciò non sia possibile, la qualità potrebbe essere ridotta e cresce il livello di disuguaglianze e variabilità nella qualità dell'assistenza che le persone ricevono (Hashiguchi & Llana-Nozal, 2020; Muir 2017).

Considerate le crescenti esigenze di attrezzature e personale, e la possibilità di bassi o alti tassi di occupazione nelle strutture residenziali per anziani durante la pandemia COVID-19, i sussidi pubblici dovranno essere stabilizzati e forniti equamente in modo che venga erogato un livello di servizio che soddisfi gli standard necessari per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC).

Oltre a garantire i finanziamenti necessari per pagare le attrezzature/dispositivi e per mantenere sicuri i servizi di LTC, la remunerazione del personale dovrà essere adattata. Data la bassa retribuzione, rispetto ad altri operatori sanitari e alle condizioni di lavoro sfavorevoli, è molto comune per il personale di LTC, per aumentare il proprio reddito, spostarsi tra i diversi setting assistenziali e tra più persone di cui si prendono cura. Questo aspetto fa aumentare il rischio di esposizione al COVID-19. Sarà quindi essenziale garantire un'adeguata compensazione finanziaria del personale in modo da ridurre al minimo tali movimenti e fare in modo che il personale non debba affrontare la perdita di reddito se deve autoisolarsi.

Azioni chiave

- Considerare di aumentare adeguatamente la remunerazione standard per tutto il personale di LTC, riconoscere il loro lavoro e minimizzare gli spostamenti tra setting assistenziali e persone che ricevono servizi di LTC.
- Valutare la possibilità di garantire al personale di LTC una retribuzione in caso di malattia.
- Considerare un eventuale finanziamento extra della LTC per coprire l'aumento dei costi relativi all'incremento del personale, compensare i tassi di occupazione più bassi e pagare per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni IPC (DPI, prodotti per la pulizia, ecc.).

Esempi nei diversi paesi:

In **Irlanda**, è disponibile un fondo da 2,5 milioni di euro per le comunità e le organizzazioni di volontariato che forniscono servizi di prima linea, come la consegna dei pasti. Inoltre, strutture residenziali private e del volontariato possono ricevere immediatamente il pagamento dell'assistenza temporanea fornita per rispondere a un focolaio COVID-19 (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Austria**, sono stati stanziati 100 milioni di euro per sostenere il settore dell'assistenza a lungo termine. Alcuni di questi finanziamenti sono stati destinati ad espandere la capacità di posti letto di assistenza residenziale per le persone che non possono essere curate adeguatamente a casa propria e per fornire pagamenti una tantum di € 500 agli operatori stranieri che forniscono assistenza (domiciliare) che sono rimasti nel paese per fornire assistenza (Schmidt et al., 2020).

In **Slovenia**, i pensionati con basse pensioni possono richiedere un pagamento una tantum (Forno, 2020).

Nei **Paesi Bassi**, la regione olandese, attraverso gli uffici per la LTC, può supportare finanziariamente i fornitori di LTC se affrontano costi aggiuntivi dovuti a COVID-19 (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

Allo stesso modo, in **Germania**, le strutture che sostengono costi aggiuntivi o subiscono perdite nelle entrate dovute a COVID-19 possono essere rimborsate dall'assicurazione di LTC. Inoltre, il salario minimo per gli operatori sanitari delle strutture può essere aumentato. Gli stati federali di Baviera e Schleswig-Holstein hanno annunciato che pagheranno un bonus una tantum per gli operatori sanitari. Inoltre, la Baviera sostiene finanziariamente il catering per il personale che opera nelle strutture residenziali per anziani (Lorenz-Dant, 2020b).

Nel Regno Unito, **Scozia** e **Galles** hanno aumentato i salari e offerto speciali pagamenti una tantum per incentivare il personale (governo della Scozia, 2020b; BBC, 2020a).

Obiettivo politico 3:

Garantire che le procedure e gli standard sulla prevenzione e il controllo delle infezioni siano implementati nei servizi di LTC per prevenire e gestire in sicurezza i casi COVID-19

Ci sono stati problemi importanti nell'ottenere i DPI per i servizi di LTC in tutta Europa. Molti gestori di servizi di LTC (per esempio di strutture residenziali per anziani) precedentemente al Covid-19 non avevano

acquisito grandi quantità di DPI, né i sistemi di approvvigionamento erano state attivati per tempo. Ci sono diversi esempi in Europa relativi ai servizi di LTC che non sono stati inclusi nella distribuzione anticipata dei DPI, nonostante l'elevata necessità in una linea di lavoro che comporta un contatto fisico molto stretto e quindi maggiori rischi di diffusione della malattia, il tutto ulteriormente aggravato dalla tendenza del personale domiciliare di LTC a lavorare in più contesti (International Long-Term Policy Network, 2020). Il settore richiede pertanto un sostegno aggiuntivo per l'approvvigionamento.

Sebbene l'uso dei DPI rappresenti la modalità più semplice di controllo per prevenire la diffusione dell'infezione, essa costituisce solamente una misura di controllo delle infezioni (IPC) accanto a numerose altre, e pertanto non deve essere considerata come l'unica strategia di prevenzione. È anche importante che il personale sia in grado di riconoscere i sintomi e sia in grado di saper gestire le persone che sono positive al COVID-19.

La formazione per stare al passo con le pratiche IPC (OMS, 2020f) richiederà tempo e risorse. I paesi europei possono adattare le linee guida disponibili dell'OMS e dovrebbero verificare come le linee guida vengono applicate (OMS, 2020d). In assenza di efficaci controlli amministrativi e tecnici, i DPI hanno un beneficio limitato, come descritto nel documento "Prevenzione delle infezioni e controllo dell'epidemia e delle infezioni respiratorie acute a tendenza pandemica nell'assistenza sanitaria" (OMS, 2014).

Le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) prevedono:

- I **controlli amministrativi** che includono la garanzia di risorse per le misure IPC, come ad esempio una infrastruttura adeguata, lo sviluppo di chiare politiche IPC, l'accesso facilitato a test di laboratorio, triage e collocazione appropriata dei pazienti, anche separati in aree di attesa/sale dedicate a pazienti con sintomi respiratori e adeguati rapporti personale-paziente e formazione del personale. Nel caso di COVID-19, occorre prevedere, ove possibile, percorsi di cura differenziati che minimizzino la possibilità di contatto di pazienti COVID-19 confermati o sospetti con altri pazienti (ad es. strutture sanitarie separate, reparti, aree di attesa e di triage). Nel contesto della LTC saranno necessari alcuni aggiustamenti (ad es. nessuna area di valutazione) pur mantenendo con chiarezza la delimitazione delle zone a rischio (Fewster, 2020).
- I **controlli ambientali** che mirano a ridurre la diffusione di agenti patogeni e la contaminazione di superfici e oggetti inanimati. Includono la previsione di un adeguato spazio per consentire di mantenere una distanza sociale di almeno 1 metro tra i pazienti e gli operatori sanitari e di garantire la disponibilità di locali di isolamento ben ventilati per pazienti con sospetto o COVID-19 confermato, nonché un adeguato ambiente pulito e disinfettato (OMS, 2020d).
- La **formazione e il supporto decisionale** possono essere modi efficaci di supportare costantemente la forza lavoro, specialmente il personale isolato che fornisce servizi al domicilio delle persone, al fine di esercitare il lavoro secondo le linee guida e migliorare la pratica. Sarà quindi necessaria una comunicazione frequente e regolare con le famiglie e il personale in modo tale che si sentano tutti più sicuri e più informati.

Azioni chiave

- Garantire che tutte le persone coinvolte nella fornitura diretta di cure (operatori sanitari e caregiver familiari), nelle strutture residenziali o nei servizi di assistenza domiciliare, abbiano accesso alla formazione IPC (incluso l'uso razionale di DPI, l'igiene delle mani, la pulizia e la disinfezione degli ambienti, ecc.). Questa attività dovrebbe essere svolta indipendentemente dal loro ruolo e soprattutto per coloro che hanno un contatto diretto con le persone anziane.
- Garantire che i necessari protocolli e le linee guida IPC siano resi disponibili e siano chiaramente visibili in formati di facile comprensione per tutto il personale e i visitatori delle strutture.
- Le strutture di LTC dovrebbero avere un referente IPC per condurre e coordinare le attività IPC, idealmente supportato da un team IPC con responsabilità delegate e consigliato da un comitato multidisciplinare.

- Aumentare la formazione e il supporto decisionale per la forza lavoro sanitaria e sociale che lavora nelle strutture residenziali e nei servizi di assistenza domiciliare per gestire efficacemente le situazioni COVID-19, inclusi i caregiver familiari.
- Realizzare un servizio di assistenza telefonica, online o di persona 24 ore su 24, 7 giorni su 7, affinché durante la pandemia COVID-19 il personale possa contattarlo con domande relative all'assistenza degli anziani.
- Garantire che tutto il personale e i caregiver familiari ricevano una formazione sul riconoscimento precoce, l'isolamento, la cura e il controllo dei casi COVID-19 (prevenzione della diffusione successiva all'identificazione di una persona infetta).
- Stabilire delle linee di comunicazione chiare per garantire che le azioni stabilite siano trasferite su base regolare a tutto il personale di LTC.

Esempi nei diversi paesi:

In **Austria**, il Ministero federale degli affari sociali, della sanità, dell'assistenza e della protezione dei consumatori ha fornito raccomandazioni per le misure preventive e protettive per gli operatori sanitari nei diversi contesti e delle linee guida all'uso di maschere per il personale sanitario e sociale. La responsabilità per lo sviluppo di una linea guida in ambito di LTC, la loro attuazione e il monitoraggio è stato recentemente demandato a delle task force prestabilite (Schmidt et al., 2020).

In **Italia**, le linee guida per le strutture residenziali pubblicate dal Ministero della Salute richiede ai gestori di garantire la formazione degli operatori sanitari (Berloto et al., 2020).

Il governo **olandese** è diventato l'acquirente centralizzato dei dispositivi di protezione. La loro distribuzione è attenta al rischio, il che significa che solo gli operatori di LTC a rischio saranno dotati di DPI (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

In **Germania**, il Ministero federale della sanità e un certo numero di stati federali hanno partecipato all'acquisizione di DPI (Lorenz-Dant, 2020b).

In **Irlanda**, l'esecuzione della valutazione del rischio è stata raccomandata per garantire che le strutture avessero forniture adeguate, compresi i DPI (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Slovenia**, tutte le strutture residenziali hanno adottato piani per la pandemia (Forno, 2020).

Obiettivo politico 4:

Attuare misure di sicurezza che riconoscano i reciproci vantaggi di sicurezza delle persone che ricevono e che forniscono i servizi di LTC

La sicurezza di chi utilizza i servizi di assistenza è indissolubilmente legata alla sicurezza del personale. Oltre ai problemi relativi al controllo delle infezioni affrontate nell'obiettivo politico 3, gli approcci sono stati diversi a causa delle difficoltà in alcuni paesi a realizzare i test diagnostici in misura adeguata. Gli ospiti delle strutture residenziali sono particolarmente vulnerabili; molte persone ad alto rischio vivono in spazi delimitati (spesso condividendo stanze e spazi comuni) oltre al fatto che le strutture residenziali per anziani non sono state progettate per essere strutture di isolamento (OMS, 2017a). Anche l'assistenza domiciliare non è il servizio più favorevole per delle efficaci misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC). Le strutture residenziali dovranno essere riorganizzate, ri-suddivise in aree o, in alternativa, laddove non possano essere attuate le raccomandazioni e le linee guida nazionali, comprese le misure di distanziamento fisico e di isolamento, dovranno essere prese in considerazione altre soluzioni.

Mentre nella maggior parte dei paesi sono state adottate misure che limitano l'accesso dei visitatori nelle strutture residenziali, lo screening del personale, ecc., è importante riconoscere che queste misure da sole

non sono efficaci e che è necessario un approccio globale. Inoltre, i divieti ai visitatori possono avere un impatto negativo sui residenti delle strutture ed è quindi importante cercare anche dei modi per rendere la visita più sicura piuttosto che mantenere i divieti per troppo tempo.

L'OMS ha pubblicato una guida volta a impedire l'ingresso del virus COVID-19 nelle strutture, impedire al COVID-19 di diffondersi all'interno delle strutture e impedire al COVID-19 di diffondersi a strutture esterne (OMS, 2020d).

Azioni chiave

- Rendere disponibili linee guida e formazione per tutto il personale dei servizi di LTC e le famiglie sulle necessarie misure di isolamento e protezione per i malati COVID-19 o sospettati di avere COVID-19.
- Rendere disponibili linee guida e formazione per tutto il personale dei servizi di LTC e le famiglie sulla necessità delle misure per coloro che non sono malati ma che vivono in strutture residenziali per anziani o che ricevono servizi domiciliari di LTC.
- Rendere disponibili le linee guida sulle soglie/indicatori relative a quando e come isolare i residenti delle strutture residenziali.
- Prevedere degli indicatori/soglia e delle linee guida su quando e come limitare i visitatori alle strutture residenziali per anziani.
- Prendere in considerazione lo sviluppo e la circolazione di procedure operative standard che forniscano indicazioni su come e quando isolare rapidamente le persone che ricevono servizi di LTC, usando la linea guida COVID-19 più aggiornata.
- Implementare le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) alle persone dimesse dall'ospedale.
- Fornire delle linee guida su come riorganizzare le strutture residenziali prevedendo le zone di isolamento per sospetto o confermato COVID-19. In alcune strutture il layout fisico può rendere non fattibile la riorganizzazione o potrebbe non esserci abbastanza capacità strutturale, nel qual caso è importante considerare misure come il trasferimento dei residenti della struttura che sono casi sospetti di COVID-19 (a causa di sintomi, contatto con casi positivi), o confermati mediante test, in altri centri per la quarantena.
- Fornire supporto aggiuntivo, risorse finanziarie, umane e materiali ai servizi di LTC per garantire che i servizi di LTC possano attuare queste misure.
- Le procedure operative standard adottate devono essere rese disponibili a tutto il personale che fornisce servizi di LTC.

Esempi nei diversi paesi:

Nei **Paesi Bassi**, l'Ispettorato olandese per la salute e la gioventù valuta in che modo i fornitori di servizi di LTC gestiscono la situazione nelle loro strutture. Ciò include la verifica della disponibilità di DPI, la qualità e la sicurezza delle cure (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

In **Irlanda**, un documento di valutazione ("Regulatory assessment framework") pubblicato dalla Autorità di informazione e qualità nella sanità mira a sostenere i centri per le persone anziane nella preparazione alla pandemia COVID-19. L'autovalutazione sarà seguita da una valutazione in loco (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). Inoltre, il Servizio sanitario fornirà consulenza e formazione con degli esperti. Dove necessario, il responsabile del servizio sanitario può supportare il personale con alloggi alternativi e trasporto. Ogni struttura residenziale identificherà una persona come referente COVID-19. Sono stati istituiti team nazionali e regionali per supervisionare, prevenire e affrontare i cluster (concentrazioni) COVID-19 nelle strutture residenziali di LTC. Il nuovo "Centro di Prevenzione e controllo delle infezioni" offre una guida per i setting residenziali di LTC per la preparazione alle epidemie e loro gestione, offre informazioni sulla prevenzione e il controllo delle infezioni, fornisce supporto con la disponibilità di consulenza in contesti specifici e risponde alle domande del personale relative alla prevenzione e al controllo delle infezioni. Ci

sono anche interventi di tele-mentoring e webinar a supporto delle strutture residenziali. Il servizio sanitario ha anche fornito orientamenti agli operatori di assistenza domiciliare. Inoltre, l'organizzazione nazionale dei fornitori di assistenza domiciliare ha sviluppato un piano d'azione nazionale specifico per COVID-19 (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Germania**, il Robert Koch Institute ha sviluppato delle raccomandazioni per i lavoratori di LTC nei diversi setting, comprese le raccomandazioni per gli operatori di assistenza domiciliare. Raccomandazioni sull'isolamento e la coorte dei pazienti sono state attuate in molti stati federali e gli ospedali di riabilitazione e altre strutture sono stati sgomberati in modo che le persone infette potessero essere trasferite lì temporaneamente quando non era possibile l'isolamento in loco. Lo stato federale della Baviera ha previsto la nomina di un commissario per la pandemia in ogni struttura residenziale (Lorenz-Dant, 2020b).

Obiettivo politico 5:

Dare priorità ai test, tracciare e monitorare la diffusione di COVID-19 tra le persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC

La crescente evidenza di trasmissione asintomatica e pre-sintomatica nelle strutture residenziali evidenzia l'importanza di una regolare sorveglianza prospettica per COVID-19 tra residenti delle strutture, i visitatori e il personale (Arons et al., 2020). I geriatri sollevano anche preoccupazioni relative al fatto che, tra i residenti delle strutture di LTC, i sintomi di COVID-19 potrebbero non essere la tipica tosse e la febbre trattate nelle linee guida per le strutture di molti paesi, ma che una serie di altri sintomi (delirio (ipo e iperattivismo), diarrea, letargia, cadute e riduzione dell'appetito) sono più frequenti negli ospiti con COVID-19 delle strutture residenziali per anziani (British Geriatric Society, 2020a).

Esistono prove del fatto che la diffusione del virus SARS-CoV-2 è più alta all'inizio della malattia (Zou et al., 2020). Il potenziale per la diffusione virale da parte di membri del personale con infezione da COVID-19 durante la fase pre-sintomatica o lievemente sintomatica della malattia rafforza le attuali raccomandazioni per uno screening esteso dei sintomi per il personale sanitario delle strutture di LTC (OMS, 2020d).

L'identificazione precoce, l'isolamento e la cura dei casi di infezione COVID-19 sono essenziali per limitare la diffusione della malattia nelle strutture di LTC (OMS, 2020d; CDC, 2020). Conoscere l'entità del problema aiuta a stabilire le priorità nella allocazione delle risorse (in termini di quali forniture, quali professionisti e quali persone necessitano di maggiore attenzione) (OMS, 2020b); tuttavia, attualmente, l'attività di controllo attraverso i test sembra essere insufficiente nella maggior parte dei paesi proprio per gli anziani colpiti all'interno delle strutture LTC e per il personale (Comas-Herrera et al., 2020).

Azioni chiave:

- Implementare la sorveglianza preventiva per COVID-19 tra residenti delle strutture, visitatori e personale.
- Garantire che le strutture che forniscono servizi di LTC stabiliscano aree di isolamento e di quarantena di dimensioni adeguate per il numero di residenti.
- I casi confermati devono essere trasferiti rapidamente in aree di isolamento per evitare la contaminazione incrociata con altri residenti e il personale.
- Accertarsi che i residenti delle strutture che rientrano dall'ospedale o le nuove ammissioni nelle strutture vengano collocati separatamente nell'area di isolamento per 14 giorni.
- Segnalare alle autorità sanitarie i casi COVID-19 che si verificano tra persone che ricevono assistenza in strutture residenziali per anziani o assistenza domiciliare.
- Garantire la tracciabilità e l'isolamento di coloro che hanno avuto contatti con i casi confermati.

- Tracciare eventuali gruppi di infezioni o di decessi di persone ospitate nelle strutture di LTC o in quelle che ricevono i servizi di assistenza domiciliare.
- È necessario istituire un meccanismo per garantire che i dati relativi ai servizi di LTC siano segnalati e analizzati almeno una volta alla settimana dai governi.

Esempi nei diversi paesi:

In **Austria** il governo prevede di testare tutte le persone che vivono e lavorano nelle strutture residenziali e di aumentare i test per le persone ospedalizzate che necessitano di LTC per facilitare la loro dimissione verso le strutture residenziali (Schmidt et al., 2020).

In **Irlanda**, le persone che ricevono e forniscono assistenza nelle strutture residenziali sono incluse come gruppo prioritario per i test. Inoltre, si raccomandano controlli sanitari per le persone che ricevono e forniscono assistenza anche a domicilio. Gli operatori sanitari delle strutture residenziali saranno sottoposti a screening dei sintomi due volte al giorno (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

Nei **Paesi Bassi**, gli operatori sintomatici possono essere testati (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

In **Slovenia**, i team medici itineranti effettuano test nelle strutture residenziali (Forno, 2020).

In **Germania**, le regole per i test variano leggermente tra gli stati federali, ma la maggior parte degli stati richiede test per tutte le persone che ricevono e forniscono assistenza in contatto con un caso confermato COVID-19. In alcuni stati federali tutti i residenti delle strutture e il personale devono essere testati se viene confermato un caso COVID-19. La Germania ha stabilito la priorità di tracciamento dei contatti in contesti di assistenza residenziale. Inoltre, il Robert Koch Institute raccomanda il monitoraggio clinico quotidiano del personale e dei residenti delle strutture e il test delle popolazioni a rischio a bassa soglia (Lorenz-Dant, 2020b).

Obiettivo politico 6:

Prepararsi a mettere in campo la capacità operativa massima per assicurare il personale e le risorse per la fornitura dei servizi di LTC necessari a far fronte alla pandemia COVID-19

La gestione della pandemia richiede più risorse umane e più spazio nelle strutture di assistenza. Sarà pertanto necessario avere più capacità operativa, non meno, per fornire i servizi di LTC poiché i punti di contatto fra operatori e assistiti dovranno essere ridotti al minimo.

Ulteriori risorse umane e spazio fisico (capacità di sovraccarico) saranno necessari sia negli ospedali per gestire gli anziani con dignità e rispetto ma anche nei servizi di LTC. Distribuire personale sanitario aggiuntivo ai sistemi di LTC ha fornito un grande sollievo laddove è stato realizzato e probabilmente ha aumentato la capacità di prevenire e gestire il virus. Nel momento in cui vengono identificati i requisiti strutturali e i piani di isolamento, sarà inoltre necessario più spazio nelle strutture.

Garantire che i servizi di LTC dispongano di adeguate forniture di medicinali e attrezzature è chiaramente vitale per la risposta sanitaria e, date le diverse catene di approvvigionamento, potrebbe essere necessario per il settore sanitario coordinare e intervenire per aiutare con l'offerta di tali prodotti. Ci sono alcuni esempi in cui i governi sono intervenuti con personale dell'esercito e dei vigili del fuoco per alleviare la pressione sul personale di LTC.

Azioni chiave

- Istituire elenchi di personale dipendente del sistema sanitario ai quali può essere richiesto di supportare il personale dei diversi setting di LTC.
- Stimare la capacità operativa massima necessaria per supportare i servizi di LTC.
- Cooperare con il settore sanitario per identificare la forza lavoro sanitaria disponibile per i servizi di LTC.

- Garantire e riorganizzare il personale degli ospedali e dei servizi di LTC per supportare l'accelerazione delle dimissioni e delle ammissioni, per sostenere la creazione di capacità operativa aggiuntiva per far fronte ai pazienti COVID- 19 negli ospedali, pur mantenendo le persone che ricevono servizi di LTC e il personale in condizioni di sicurezza.
- Reclutare personale aggiuntivo: cercare di reclutare pensionati, studenti universitari di formazione sanitaria, volontari, persone con contratti che si possono ampliare e quelli che hanno lasciato il settore.
- Consentire al personale con contratti di lavoro limitati di lavorare più ore e accelerare la registrazione per coloro le cui qualifiche/registrazioni/iscrizioni potrebbero essere scadute.
- Affrontare le questioni contrattuali e mettere in atto politiche che spieghino le misure per mantenere il personale in condizioni di sicurezza ma in grado di lavorare in modo flessibile e di passare dai servizi sanitari ai servizi di LTC.
- Laddove possibile, ridurre il numero degli ospiti delle strutture residenziali per facilitare la gestione dei potenziali focolai o per aumentare gli spazi per gestire le diverse fasi della trasmissione del virus.
- Essere pronti ad organizzare il trasferimento a breve termine di residenti delle strutture in alloggi alternativi.

Esempi nei diversi paesi:

Nei **Paesi Bassi**, le strutture residenziali per anziani possono reclutare operatori sanitari con ampia flessibilità (ad es. studenti di medicina) (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

In **Irlanda**, il Nursing Homes Ireland ha organizzato una campagna di reclutamento per le strutture residenziali (private e non profit). C'è stato anche un accordo che consente al Servizio sanitario (HSE) di redistribuire il personale HSE nelle strutture residenziali private su base volontaria (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Slovenia**, dei team medici possono essere utilizzati nelle strutture residenziali se il personale dipendente delle stesse si riduce o viene sopraffatto (Forno, 2020).

In **Germania**, le strutture residenziali possono discostarsi da alcune regole sul personale. Tre stati federali (Baviera, Brema e Renania-Palatinato) hanno creato un registro online dove poter registrare le persone con qualifiche pertinenti all'assistenza ma che attualmente non esercitano nelle strutture di LTC. In Baviera, questi volontari possono essere liberati da altri impieghi e continuare a ricevere i loro redditi normali (Lorenz-Dant, 2020b) per lavorare nelle strutture residenziali per anziani.

Obiettivo politico 7:

Ampliare il supporto per i caregiver familiari durante la pandemia COVID-19

I sistemi di LTC sono caratterizzati da un'elevata dipendenza dai caregiver familiari, molti dei quali sono essi stessi soggetti vulnerabili (Colombo et al., 2011). Le implicazioni fisiche e mentali dei caregiver familiari sono state ben documentate (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

Durante il COVID-19, poiché molti centri diurni e servizi di sollievo sono stati chiusi, a molti caregiver sono state affidate responsabilità extra dato che le loro strutture di supporto sono state chiuse e molti sono stati abbandonati a loro stessi. Sotto questo profilo, le donne di età compresa tra 65 e 75 anni e gli uomini di età superiore a 80 anni sono stati i più colpiti da questa situazione (Wenham, Smith & Morgan, 2020). In alcuni casi, i caregiver familiari possono essere molto giovani. Comprendere come questi caregiver familiari vivono la loro situazione durante la pandemia è importante (Carers UK, 2020a).

Nonostante svolgano un ruolo importante nella fornitura di servizi di LTC, i caregiver familiari erano già piuttosto trascurati prima del COVID-19 (Brimblecombe et al., 2018). Sarà quindi necessario un supporto su larga scala per i caregiver familiari. Inoltre, nei vari paesi europei, si sono registrate pochi esempi di

ulteriori contributi finanziari o di supporti pratici per i caregiver familiari nell'ambito della pandemia COVID-19 (OCSE, 2019b; Carers UK, 2020B).

Misure importanti includono la fornitura di informazioni e formazione su come prendersi cura del proprio familiare, le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) e le nuove tecnologie, i medicinali e le attrezzature che vengono utilizzati. Linee guida e consigli sono altrettanto importanti per i caregiver familiari che potrebbero aver bisogno anche loro di autoisolarsi (OMS, 2020c). Le linee telefoniche informative (helplines) possono essere utili non solo per le informazioni ma anche per il supporto psicosociale dato che un aumento del rischio di violenza e di abusi è già stato notato durante la pandemia; questo è tema a cui i caregiver familiari sono particolarmente vulnerabili (WHO, 2020f).

Azioni chiave

- Fornire informazioni, supporto e, se possibile, assistenza di sollievo ai caregiver, in particolare a coloro che si prendono cura delle persone anziane con demenza, comprese le informazioni su come gestire una maggiore assistenza, la responsabilità e lo stress.
- Prendere in considerazione la realizzazione della valutazione delle esigenze dei caregiver familiari.
- Fornire informazioni e formazione per i caregiver familiari per mantenere le condizioni di sicurezza per loro e per le persone a cui forniscono assistenza.
- Sviluppare una linea guida chiara per i caregiver familiari su quando e come autoisolarsi.
- Aumentare la vigilanza e il monitoraggio della violenza domestica nei confronti dei caregiver familiari.
- Fornire un maggiore accesso dei caregiver familiari al supporto psicologico.
- Fornire un maggiore accesso ad attrezzature e farmaci.
- Aumentare il sostegno finanziario per i caregiver familiari.

Esempi nei diversi paesi:

In **Austria**, le hotline telefoniche che forniscono consulenza psicologica, le reti di supporto online e le linee guida sono disponibili per i caregiver familiari. La Croce Rossa austriaca offre un corso online dedicato ai caregiver familiari.

In **Scozia** (Regno Unito), nell'ambito della legislazione sull'emergenza del coronavirus, il governo ha proposto un ulteriore investimento di £ 19,2 milioni per l'indennità di assistenza (una sorta di indennità di accompagnamento) da riconoscere ai caregiver per la pressione aggiuntiva provocata dalla pandemia. Ciò significa che a giugno circa 83.000 caregiver idonei riceveranno un extra di £ 230,10 attraverso il supplemento dell'assegno di assistenza. Non dovranno fare nulla per ottenere questo pagamento extra che sarà pagato automaticamente alle persone che già ricevono l'assegno di accompagnamento ordinario (Governo della Scozia, 2020A).

In **Irlanda**, i caregiver che ricevono l'assegno di assistenza (una specie di indennità di accompagnamento) erogato in base alla prova dei mezzi continuano a riceverlo. I caregiver familiari che hanno perso il lavoro a causa della pandemia ricevono una Indennità di disoccupazione di € 350. La Irish Life Insurance Company ha donato € 350.000 alla organizzazione irlandese dei caregiver. La stessa organizzazione poi ha distribuito informazioni e consulenza a supporto dei caregiver familiari (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Germania**, le persone con necessità di cura che ricevono supporto in natura, come ad esempio il servizio di asilo nido, che non è stato disponibile durante la pandemia COVID-19 possono essere rimborsati (fino a un limite) per il supporto sostitutivo. Inoltre, le persone con necessità di assistenza hanno diritto al sostegno finanziario (€ 125 al mese) per il rimborso delle spese per i supporti riconosciuti. Alcuni stati federali hanno ridotto le soglie per ottenere un sostegno pubblico. Inoltre, la legislazione vigente consente ai familiari che prestano assistenza di provvedere e/o organizzare l'assistenza sostitutiva. I caregiver familiari possono anche ridurre l'orario della propria occupazione per un certo periodo di tempo per fornire

assistenza. Inoltre, è possibile accedere ad un prestito senza interessi per compensare la perdita di reddito (Lorenz-Dant, 2020b).

Obiettivo politico 8:

Coordinare i servizi per garantire la continuità dei servizi di LTC durante la pandemia COVID-19

Diversi paesi europei hanno pubblicato delle linee guida che cercano di evitare l'accesso alle cure ospedaliere per le persone anziane. Tali misure, tuttavia, non sono raccomandate laddove gli standard di cura clinici di base non sono forniti dai servizi di LTC. Nel contesto di un'infezione acuta, come il COVID-19, è raccomandato il monitoraggio della saturazione e dell'erogazione dell'ossigeno con maschera o altro una volta che l'ossigeno sia inferiore al 95% (OMS, 2020h). Se i servizi e le strutture di LTC non sono in grado di fornire questo trattamento al paziente dispnoico, al paziente dovrebbe essere offerto un altro setting assistenziale in cui tale trattamento può essere erogato. Trascurare di farlo significa negare a queste persone l'accesso alle cure (OMS, 2020h).

Esempi di assistenza negata alle persone anziane (es. consulenza, accesso all'ossigeno, monitoraggio della saturazione o accesso agli ospedali o alle cure in area critica) in base all'età cronologica, alla vulnerabilità o ad una distorta nozione di utilità sono preoccupanti e non sono raccomandate.

Le linee guida disponibili per il mantenimento dei servizi sanitari essenziali sono state fornite dall'OMS (2020f). Nel mentre i paesi cercano di mantenere la continuità dei servizi di LTC, una maggiore attenzione dovrà essere dedicata al coordinamento tra il sistema sanitario e il sistema di LTC.

Mentre le tecnologie possono essere talvolta utilizzate per interagire con le persone anziane, le stesse tecnologie sono spesso inadeguate per le persone anziane.

Le persone con bisogni di cura (specialmente alcuni gruppi, come le persone con demenza) instaurano relazioni con i loro caregiver. Per loro è difficile adattarsi ad altre persone o agli operatori che indossano i dispositivi di protezione.

Gli anziani ospiti delle strutture residenziali hanno una vita organizzata in una certa routine (comprese le attività di animazione) che ora è stata in qualche modo interrotta. È quindi importante sottolineare il fragile equilibrio che deve essere considerato tra la sicurezza delle persone anziane per quanto riguarda COVID-19 e il turbamento che deriva dall'isolamento e dalla sensazione di abbandono, che sembrano emergere con evidenza (Diamantis et al., 2020).

Il ricovero in ospedale può essere molto stressante (specialmente per le persone con deficit cognitivo). Le dimissioni improvvise o non pianificate dagli ospedali creano molto turbamento per le persone anziane, ma durante COVID-19 possono essere anche pericolose, dato che alcuni anziani potrebbero ancora avere il virus ed essere contagiose per gli altri anziani che incontreranno nelle strutture residenziali dopo la dimissione (OMS, 2020c) (Lorenz-Dant, 2020a). Occorre, inoltre, concentrare gli sforzi su come evitare i ricoveri dalle strutture di LTC o dal domicilio agli ospedali. A questo proposito occorre attivare dei team di operatori sanitari che diano risposte rapide, che possano visitare le persone anziane nelle loro case o nelle strutture residenziali; sarà necessario assicurare che le persone anziane vengano trasferite negli ospedali solo quando è appropriato e, se del caso, fornire la necessaria assistenza sanitaria all'interno delle strutture di LTC.

Azioni chiave

- Stabilire criteri chiari per i servizi di LTC su come e quando gli anziani che vivono nelle strutture di LTC possono essere ricoverati in ospedale per proteggere sia il personale che gli altri residenti.
- Prendere in considerazione la redazione di protocolli chiari per lo sviluppo delle cure primarie e secondarie per assistere coloro che evidenziano i sintomi COVID-19 e non-covid-19.

- Istituire teams di operatori sanitari con formazione geriatrica che forniscano risposte rapide per ridurre i ricoveri evitabili.
- Attivare le tecnologie di teleassistenza e di ICT per le consultazioni sanitarie per le persone anziane fornendo eventuali supporti per utilizzare questa tecnologia in modo efficace.

Esempi nei diversi paesi:

Nei **Paesi Bassi** ai medici di medicina generale è stato chiesto di monitorare le persone fragili costrette a casa e di assumere il ruolo di case manager se sviluppano sintomi COVID-19 (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

I residenti delle strutture residenziali in **Slovenia**, ove possibile, saranno trasferiti in altre strutture se emerge un caso COVID-19 (Forno, 2020).

In **Germania**, l'Associazione nazionale dei fondi di assicurazione sanitaria consente il rimborso del sostegno sostitutivo se l'assistenza abituale non può essere fornita. Il Robert Koch Institute ha pubblicato delle raccomandazioni per la dimissione dei pazienti dagli ospedali ai diversi setting assistenziali. Alcuni stati federali hanno previsto la realizzazione dei test diagnostici prima di trasferire gli anziani nelle strutture residenziali; altri stati federali hanno previsto e creato delle nuove aree di ricovero, per esempio, negli ospedali di riabilitazione (Lorenz-Dant, 2020b).

Obiettivo politico 9:

Garantire l'accesso ad adeguati servizi di cure palliative durante la pandemia COVID-19

Fornire l'accesso a cure di qualità include anche l'accesso a cure palliative laddove ciò sia stato richiesto da una persona in modo informato e una volta prese in considerazione tutte le altre possibilità di cura. In nessuna circostanza è appropriato fornire cure palliative senza un'adeguata consulenza. I piani di assistenza palliativa, le dichiarazioni anticipate di trattamento o le direttive di non rianimazione non dovrebbero essere lasciate senza un nuovo passaggio con le persone interessate e le loro famiglie nel nuovo contesto COVID-19, con la riaffermazione che i loro desideri sono di proseguire le cure palliative nonostante il COVID-19. I piani di cure palliative e le direttive anticipate di trattamento sul fine vita, in alcuni casi, potrebbero cambiare nel contesto COVID-19 e dovranno pertanto essere rivisitati; la pandemia ha posto un'ulteriore pressione sulle cure palliative che dovranno essere affrontate.

Inoltre, per coloro che richiedono di continuare le cure palliative, queste cure dovranno essere fornite in un modo sicuro e protetto. La gestione clinica specifica dei casi COVID-19 deve essere confermata, compresa la fornitura di ossigeno (OMS, 2020h). Le cure palliative sono necessarie per le persone ospitate nelle strutture residenziali ma anche per le persone assistite nelle loro case. Molte persone ricevono le cure palliative a casa anche perché la maggior parte delle persone desidera morire a casa, il che rende le cure palliative un servizio essenziale che deve essere integrato e mantenuto (OMS, 2018a).

Gli ostacoli alla fornitura di cure palliative e di fine vita di qualità comprendono la mancanza di standard IPC (misure di prevenzione e controllo delle infezioni), l'accesso ai farmaci per le cure palliative e le misure finanziarie insufficienti a supporto delle cure palliative (Bauer, Dixon e Comas-Herera, 2020).

Infine, tutte le persone che muoiono di COVID-19 dovrebbero avere il diritto di morire con dignità e di avere accesso a cure palliative se sono state prese tutte le altre misure per fornire cure di qualità, compresa l'ossigenoterapia.

Nessuna persona che necessita di cure palliative, comprese le cure di fine vita, deve essere abbandonata o trascurata. Questo richiederà un aumento della capacità di fornire cure palliative in ambito ospedaliero e il coinvolgimento del personale che non ha familiarità con i metodi di cura palliativa.

Azioni chiave

- Garantire che tutti i piani di cure palliative e le direttive anticipate di trattamento siano rivisitati nel nuovo contesto di COVID-19.
- Garantire che le politiche, i programmi e le linee guida nazionali e regionali a supporto della fornitura delle cure palliative nelle strutture residenziali per anziani vengano rivisitati nel contesto di COVID-19.
- Inserire un percorso formativo sulle cure palliative per il personale che non ha già familiarità con le cure palliative e per chi potrebbe aver bisogno di queste competenze.
- Garantire che le persone anziane che ricevono le cure palliative e di fine vita e i loro cari continuino ricevere supporto psicologico e spirituale.
- Includere i dati sulle cure palliative nelle strutture residenziali come parte del set di dati minimi nazionali da fornire.
- Garantire che siano stabiliti standard di qualità e che il personale sia addestrato a trattare la pianificazione delle cure sulla base di decisioni informate, inclusive ed autonome.

Esempi nei diversi paesi:

In **Austria**, l'associazione nazionale per le cure palliative ha pubblicato un documento di sintesi sulle cure palliative durante la pandemia COVID-19 e ha fornito indicazioni su come garantire l'accesso alle cure palliative a chi non riceverà le cure intensive normalmente fornite. L'associazione ha anche pubblicato le linee guida per caregiver familiari ed operatori sanitari di LTC. Inoltre, sono disponibili le linee guida multidisciplinari fornite dal governo per supportare le persone con COVID-19 che si stanno avviando verso la fine della vita. Ci sono anche le linee guida cliniche e altra documentazione su come facilitare il sostegno sociale e supportare il lutto per i caregiver familiari e gli operatori sanitari che assistono una persona che muore durante la pandemia COVID-19 (Schmidt et al., 2020).

In **Germania**, le persone in età avanzata che vivono in strutture residenziali e che sono in fase terminale possono ricevere i visitatori. Inoltre, lo stato federale del Baden-Württemberg ha prodotto le linee guida sulle direttive anticipate di trattamento nel contesto del COVID-19 (Lorenz-Dant, 2020b).

Obiettivo politico 10:

Dare priorità al benessere delle persone che ricevono e forniscono i servizi di LTC durante e dopo la pandemia COVID-19

Il benessere del personale deve essere una delle principali preoccupazioni durante la pandemia COVID-19 dato che potrebbe esserci una riduzione del loro benessere attribuito ai maggiori tassi di infezione e al burn-out. Varie risorse sono state sviluppate per supportare gli operatori sanitari. Man mano che le iniziative vengono messe in campo, sarà importante che il personale di LTC abbia la stessa parità di trattamento degli operatori dei servizi sanitari in termini di supporti messi a loro disposizione. Allo stesso modo dovranno essere prese misure straordinarie per sostenere l'alto numero di lavoratori stranieri che operano a domicilio (Erizanu, 2020).

Il Comitato permanente inter-agenzie dell'OMS ha descritto i supporti psicologici e sociali che possono essere erogati nei seguenti quattro livelli (IASC, 2020): 1) consulenza individuale; 2) consulenza non specializzata, ma fornita in modo individuale da professionisti sanitari o operatori formati (OMS, 2011); 3) rafforzare i sostegni familiari e territoriali; 4) servizi di base e di sicurezza sociale. I sistemi sanitari possono implementare le misure relative ai primi due livelli garantendo che tali risorse siano disponibili, ma i servizi sanitari possono anche lavorare con altri ministeri per stabilire il supporto necessario negli ultimi due livelli. Per quel che riguarda le persone che ricevono assistenza, è già stato chiarito che molte persone che ricevono i servizi di LTC traggono un enorme vantaggio dalle interazioni con il personale, con i loro caregiver e le loro famiglie. La partecipazione sociale, il coinvolgimento in attività significative e i contatti

sociali sono importanti per il benessere degli anziani. Queste interazioni riducono anche il tasso di errori medici e quindi anche i ricoveri in ospedale ed è quindi importante mantenerle.

In un contesto COVID-19 che promuove il distanziamento fisico, le persone anziane isolate e soprattutto quelle con declino cognitivo/demenza possono diventare più ansiose, irritabili, stressate, agitate, ed eccessivamente turbate durante l'epidemia e l'eventuale quarantena (Social Care Institute for Excellence, 2012; IASC, 2020; NICE 2015; Wang et al., 2020). Inoltre, la letteratura scientifica mostra un aumento degli abusi nei confronti delle persone anziane. Prima della pandemia, è stato stimato che il 16% degli adulti di età superiore ai 60 anni fosse colpito da qualche forma di abuso (Yon et al., 2017; 2019). Quella percentuale era ancora più alta per gli individui più a rischio, comprese le persone con disabilità fisiche o mentali e gli anziani che vivono in strutture di LTC (Storey, 2020). Dall'inizio della pandemia, si ritiene che l'abuso nei confronti degli anziani sia aumentato di dieci volte (CTV, 2020). Ciò è accaduto nelle abitazioni, nelle strutture residenziali per gli anziani e online, con un'ondata di truffe dirette proprio agli anziani. Il lockdown e le disposizioni di rimanere a casa, che probabilmente dureranno più a lungo per le persone anziane, stanno alimentando proprio quei fattori che mettono gli anziani più a rischio di violenza (Storey, 2020) e che sono: maggiore isolamento sociale, più problemi di salute mentale, maggiore dipendenza da coloro che prestano assistenza, maggiore abuso di alcol e di sostanze e aumento delle difficoltà finanziarie. La discriminazione nei confronti di una persona in base alla sua età (ageismo), pervasivo prima della pandemia e fattore di rischio per la violenza contro gli anziani, è peggiorata durante questa pandemia che colpisce in modo sproporzionato gli anziani (Han e Mosqueda, 2020) e, fra queste, sono aumentati i rischi di abusi contro le donne anziane (OMS, 2020g). L'impatto della pandemia nelle strutture residenziali per anziani, che ha portato a riduzioni del personale a causa di malattia e alla sospensione delle visite familiari, sta aumentando l'isolamento dei residenti e il rischio già elevato di violenza (Gardner, States & Bagley, 2020). È quindi importante per i decisori politici assumere un ruolo attivo nel monitoraggio e nella prevenzione degli abusi, anche per sostenere le famiglie nel comprendere cosa costituisce un abuso sugli anziani e quali sono i segnali delle possibili violenze in modo che possano chiedere aiuto agli uffici preposti (McMaster Optimal Ageing Portal, 2020).

Azioni chiave

- Istituire un gruppo di lavoro intersettoriale per monitorare lo stress e il burn-out del personale di LTC, per valutare e attuare strategie per fornire il supporto psicosociale e psicologico al personale che eroga prestazioni di LTC.
- Stabilire una linea telefonica dedicata per il supporto psicologico di chiunque lo richieda.
- Ampliare l'accesso alle risorse di supporto per gli stranieri che forniscono assistenza domiciliare.
- Prendere in considerazione l'introduzione di una formazione psicologica per volontari e membri della comunità per supportare il personale che opera in aree ad alto stress, utilizzando piattaforme digitali e di altro tipo. Considerare la possibilità di fornire servizi per l'infanzia e altri servizi di supporto per gli operatori sanitari; per esempio, quando le scuole chiudono a causa delle misure di distanziamento sociale o per gli operatori sanitari impegnati anche nella cura dei parenti più anziani.
- Incrementare il reclutamento di pensionati e volontari per favorire l'interazione sociale per gli anziani soli che vivono nelle strutture residenziali.
- Sensibilizzare l'opinione pubblica sull'aumento del rischio di violenza nei confronti del personale di LTC e delle persone anziane fornendo informazioni via radio, TV, carta stampata e internet su come le vittime possono chiedere aiuto e ricevere sostegno in condizioni di sicurezza.
- Supportare il monitoraggio della violenza nei confronti delle persone anziane comunicando i dati sugli eventi; facilitare il contatto degli ospiti delle strutture residenziali con la famiglia e gli amici per telefono, internet o tramite messaggi scritti se le visite sono sospese; rivedere le procedure di gestione del personale (ad es. orari flessibili, interruzioni di lavoro) per gestire meglio il peso della cura; cercare di ridurre l'uso delle restrizioni fisiche.
- Garantire che il supporto psicologico ed emotivo a cura degli specialisti sia disponibile anche per le famiglie che utilizzano, quando da loro richiesto, gli strumenti di comunicazione digitale.

Esempi nei diversi paesi:

In **Austria**, un'organizzazione supporta le persone con demenza lieve attraverso la consulenza telefonica, chiamate e incontri video di gruppo. I servizi di consulenza per gli stranieri che forniscono assistenza domiciliare sono invece disponibili attraverso la Camera di Commercio. Inoltre, sono state sviluppate delle reti di supporto online (Schmidt et al., 2020).

In **Irlanda**, sono state fornite informazioni sulle attività che potrebbero essere offerte alle persone che vivono nelle strutture residenziali per gli anziani e sui modi per mantenere i contatti con le famiglie per mitigare l'impatto sulle restrizioni alle visite. Inoltre, l'iniziativa nazionale "Comfort Words" incoraggia i bambini a scrivere alle persone che vivono nelle strutture residenziali. Per le persone che vivono al domicilio, l'iniziativa basata sul volontariato denominata "Community Call" supporta le persone vulnerabili con la raccolta e la consegna di generi alimentari o di pasti. Una linea telefonica di aiuto è stata inoltre attivata (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

In **Slovenia**, lo Stato ha annunciato che sarà avviata una rete di assistenza psicosociale per sostenere il personale delle strutture residenziali (Forno, 2020).

Definizioni

Servizi di assistenza a lungo termine (LTC). Le attività realizzate per garantire che le persone con una significativa perdita di capacità possano mantenere un livello di capacità funzionale coerente con i loro diritti di base, le libertà fondamentali e la dignità umana (OMS, 2015). In tutto il documento, l'uso del termine servizi di assistenza a lungo termine (LTC) copre necessariamente sia l'assistenza a domicilio che quella residenziale (o altre strutture abitative di gruppo), se non diversamente specificato.

Sistemi di long-term care (LTC) ovvero di assistenza a lungo termine. Sistemi nazionali che garantiscono assistenza a lungo termine integrata, appropriata, conveniente, accessibile e che sostiene i diritti degli anziani e dei caregiver. A seconda del contesto nazionale, i finanziamenti e l'assistenza possono essere forniti da una combinazione di famiglie, società civile, settore privato e/o settore pubblico. I governi non devono fare tutto, ma dovrebbero assumersi la responsabilità di assicurare il funzionamento complessivo del sistema (OMS, 2015).

Caregiver familiare. Questo documento utilizza il termine caregiver familiare per fare riferimento a qualcuno che fornisce assistenza non retribuita a un familiare, un amico, un vicino (OMS, 2015). Il lavoro di cura non retribuito è definito come l'attività dell'individuo atta a fornire ciò che è necessario per la salute, il benessere, il mantenimento e la protezione di qualcuno. Il lavoro di cura non retribuito comporta uno sforzo fisico e mentale, richiede la disponibilità di tempo e non è remunerata (OMS, 2018b).

Documenti chiave dell'OMS

COVID-19

COVID-19 WHO (2020). Infection prevention and control for long-term care facilities in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/infection-preventionand-control-for-long-term-care-facilities-in-the-context-of-covid-19>, accessed 15 May 2020).

- WHO (2020). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/homecare-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptomsand-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/homecare-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptomsand-management-of-contacts), accessed 15 May 2020).
- WHO (2020). Contact tracing in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020). Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)outbreak), accessed 15 May 2020).
- WHO (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rightsroles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-andhealth](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rightsroles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-andhealth), accessed 15 May 2020).
- WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining essential health services and systems. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>, accessed 15 May 2020).

Regional Office for Europe

- WHO (2019). Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2019/country-assessment-framework-for-the-integrated-delivery-of-long-termcare-2019>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2018). Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/377481/afeeindicators-monitoring-eng.pdf?ua=1, accessed 15 May 2020).
- WHO (2017). Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF?ua=1, accessed 15 May 2020).
- WHO (2016). Creating age-friendly environments in Europe: A tool for local policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/333702/AFEE-tool.pdf?ua=1, accessed 15 May 2020).
- WHO (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>, accessed 15 May 2020).

WHO headquarters

- WHO (2020). Full final proposal for the Decade of Healthy Ageing (2020–2030). Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2019). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/publications/icopeframework/en/>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2017). WHO guidelines on integrated care for older people (ICOPE). Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primaryhealth-care>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed 15 May 2020).

BIBLIOGRAFIA

- AGE Platform for Europe (2020). COVID-19: Older persons' rights must be equally protected during the pandemic. Coronavirus COVID-19 (<https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-olderpersons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>, accessed 15 May 2020).
- Alzheimer Europe (2020). Alzheimer Europe recommendations on promoting the wellbeing of people with dementia and carers during the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Alzheimer Europe. (<https://www.alzheimer-europe.org/Policy/Our-opinion-on/Wellbeing-of-people-with-dementia-duringCOVID-19-pandemic>, accessed 15 May 2020).
- Arons M, Hatfield KM, Reddy, SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New Engl J Med*. doi: 10.1056/NEJMoa2008457. (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457?query=featured_coronavirus, accessed 15 May 2020).
- Bauer A, Dixon J, Comas-Herera A (2020, May 1). End-of-life support for people in care homes in the context of COVID-19: international report. LTC-COVID/International Long-Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Palliative-care-in-care-homes-and-COVID-1-May2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- BBC (2020a). Coronavirus in Wales: Social care workers to get £500 bonus. 1 May, BBC News. (<https://www.bbc.co.uk/news/uk-wales-52502325>, accessed 15 May 2020).
- Bennold K (2020). A German exception? Why the country's coronavirus death rate is low. 4 April, *New York Times* (<https://www.nytimes.com/2020/04/04/world/europe/germany-coronavirus-deathrate.html?smid=fb-share>, accessed 15 May 2020).
- Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A (2020). Italy and the COVID-19 long-term care situation. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network.

- (<https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R (2018). Unpaid care in England: Future patterns and potential support strategies. London: London School of Economics. (<http://www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/Economics-of-caring-2018.pdf>, accessed 15 May 2020).
- British Geriatric Society (2020a). Atypical Covid-19 presentations in older people – the need for continued vigilance. 14 April, British Geriatric Society Blog. (<https://www.bgs.org.uk/blog/atypical-covid-19presentations-in-older-people-%E2%80%93-the-need-for-continued-vigilance>, accessed 15 May 2020).
- Carers UK (2020a). Caring behind closed doors: Forgotten families in the coronavirus outbreak, April 2020. London: Carers UK. (https://www.carersuk.org/images/News_and_campaigns/Behind_Closed_Doors_2020/Caring_behind_closed_doors_April20_pages_web_final.pdf, accessed 15 May 2020).
- Carers UK (2020b). Coronavirus guidance, 12 May. London: Carers UK. (<https://www.carersuk.org/help-andadvice/coronavirus-covid-19/coronavirus-covid-19>, accessed 15 May 2020).
- CDC (2020). Interim additional guidance for infection prevention and control for patients with suspected or confirmed COVID-19 in nursing homes. In: Coronavirus Disease 2019 [website]. Atlanta: Centre for Disease Control. (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-termcare.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019ncov%2Fhealth-care-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html, accessed 15 May 2020).
- Christensen K, Hussein S, Ismail M (2016). Migrants' decision-process shaping work destination choice: the case of long-term care work in the United Kingdom and Norway. *Eur J Ageing*. 14(3):219-23. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0405-0>, accessed 15 May 2020).
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing.
- Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu A, Lane N, Fernandez J-L (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-3-Mayfinal-5.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Coste S, Ces S (2019). Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report. Brussels: European Commission.
- CTV (2020). Tenfold increase in elder abuse during COVID-19 pandemic, advocates say. 14 April, CTV News (<https://bc.ctvnews.ca/tenfold-increase-in-elder-abuse-during-covid-19-pandemic-advocates-say1.4896176>, accessed 15 May 2020).
- Diamantis S, Coralie N, Vignier N, Gallien S (2020). SARS-Cov-2 related deaths in French long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 15(25):30354-6. ([https://www.jamda.com/article/S15258610\(20\)30354-6/pdf](https://www.jamda.com/article/S15258610(20)30354-6/pdf), accessed 15 May 2020).
- Erizanu P (2020). Stranded or shunned: Europe's migrant workers caught in no-man's land. 16 April, The Guardian. (<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/16/stranded-or-shunned-europes-migrantworkers-caught-in-no-mans-land>, accessed 15 May 2020).
- Fewster E (2020). Resource: Care homes strategy for infection prevention control of COVID-19 based on clear delineation of risk zones (update). LTC-COVID/International Long-Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/05/01/resource-care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-ofcovid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones-update/>, accessed 15 May 2020).
- Gardner W, States D, Bagley N (2020). The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy*. Apr 3:1-6. doi: 10.1080/08959420.2020.1750543. Online ahead of print.
- Government of Scotland (2020a). Extra payment for unpaid carers, 6 May. In: News [website]. (<https://news.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers>, accessed 15 May 2020).
- Government of Scotland (2020b). Pay rise for social care staff, 12 April. In: News [website]. (<https://www.gov.scot/news/pay-rise-for-social-care-staff/>, accessed 15 May 2020).
- Han S, Mosqueda L (2020). Elder abuse in the COVID-19 era. *J Am Geriatr Soc* Apr 20. doi: 10.1111/jgs.16496. Online ahead of print.

- Hashiguchi T, Llana-Nozal A (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection. OECD Health Working Papers. Paris: OECD. (<https://www.oecdilibrary.org/docserver/2592f06een.pdf?expires=1588850530&id=id&accname=guest&checksum=F040925481929783523C7820A8504299>, accessed 15 May 2020).
- IASC (2020). Interim briefing notes: Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. Geneva: Inter-Agency Standing Committee. (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/202003/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf, accessed 15 May 2020).
- International Long Term Care Policy Network (2020). Country reports [website]. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/>, accessed 18 April 2020).
- Kim H (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. LTCCOVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/04/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-27-April-2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- King D, Zigante V (2020). Quality assurance practices in long-term care in Europe. Emerging evidence on care market management. Brussels: Publications Office of the European Union. (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bd0899c2-3293-11ea-ba6e01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>, accessed 15 May 2020).
- Kruse F, Remers T, Jeurissen P (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. LTCCOVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/04/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-26-April-2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Lamura G, Chiatti C, Barbabella F, Di Rosa M (2013). Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options. Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies. Berlin: National Institute of Health Science on Ageing, p. 40. (https://www.researchgate.net/profile/Mirko_Di_Rosa/publication/258859028_Migrant_longterm_care_work_in_the_European_Union_Opportunities_challenges_and_main_policy_options/links/00b495294678b43481000000/Migrant-long-term-care-work-in-the-European-Union-Op, accessed 15 May 2020).
- Laurent M (2020). Report: Lessons from failed COVID-19 control in Belgian nursing homes. LTCCOVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/04/06/report-lessons-from-failed-covid-19-control-in-belgian-nursing-homes/>, accessed 15 May 2020).
- Lorenz-Dant K (2020a). Comparing COVID-19 guidance on hospital discharges to care homes in England and Germany. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/04/17/comparing-covid-19-guidance-on-hospital-discharges-to-care-homes-in-england-and-germany/>, accessed 15 May 2020).
- Lorenz-Dant K (2020b). Germany and the COVID-19 long-term care situation. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID19-6-May-2020.pdf, accessed 15 May 2020).
- McMaster Optimal Ageing Portal (2020). Elder abuse in a COVID-19 era. 13 May, McMaster University. (<https://www.mcmasteroptimalaging.org/hitting-the-headlines/detail/hitting-the-headlines/2020/05/13/elder-abuse-in-a-covid-19-era>, accessed 15 May 2020).
- Muir T (2017). Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-longterm-care_a411500a-en, accessed 15 May 2020).
- National Center on Elder Abuse (2020). COVID-19 and elder abuse [website]. Alhambra: National Center on Elder Abuse. (<https://ncea.acl.gov/Resources/COVID-19.aspx>, accessed 15 May 2020).
- NICE (2015). Older people: independence and mental wellbeing. London: NICE. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/chapter/Recommendations#principles-of-good-practice>, accessed 15 May 2020).

- OECD (2019a). Health at a glance 2019. Paris: OECD. (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, accessed 15 May 2020).
- OECD (2019b). Informal carers. In: Health at a glance 2019: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecdilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/11/8/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, accessed 15 May 2020).
- OECD (2019c). Long-term care spending and unit costs. In: Health at a glance: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09en/1/2/11/11/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, accessed 15 May 2020).
- OECD (2019d). Long-term care workers. In: Health at a glance: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecdilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/11/9/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, accessed 15 May).
- OECD (2019e). Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions. In: Gender equality. Paris: OECD. (<https://www.oecd.org/gender/data/womenare-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-workingconditions.ht>, accessed 15 May 2020).
- OECD/European Union (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. In: OECD Health Policy Studies. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migrationhealth/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en, accessed 15 May 2020).
- Oven A (2020). COVID-19 and long-term care in Slovenia: Impact, measures and lessons learnt. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessonslearnt-21-April-2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Pierce M, Keogh F, O'Shea E (2020). The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Ireland-COVID-LTC-report-updated-28-April2020.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Rodrigues R (2015). Long-term care – the problem of sustainable financing. Luxembourg: European Commission.
- Rodrigues R, Huber M, Lamura G (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre.
- Schmidt A, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A (2020). The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria28-April-2020-1.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Social Care Institute for Excellence (2012). At a glance 60: Preventing loneliness and social isolation among older people. London: Social Care Institute for Excellence (<https://www.scie.org.uk/publications/atag glance/atag glance60.asp>, accessed 15 May 2020).
- Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Brussels: European Commission.
- Storey J (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Behav.*50:1–13.
- United Nations (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on older persons. Geneva: United Nations. (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-OlderPersons.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. (2020). Dementia care during COVID-19. *Lancet.*395(10231):1190–1191. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(20\)30755-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(20)30755-8/fulltext), accessed 15 May 2020).

- Wenham C, Smith J, Morgan R (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *Lancet*.395(10227):846–848.
- WHO (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/, accessed 15 May 2020).
- WHO (2014). Infection prevention and control of epidemic-and pandemic prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/, accessed 15 May 2020).
- WHO (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2017a). Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEEhandbook.PDF?ua=1, accessed 15 May 2020).
- WHO (2017b). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization. WHO (2018a). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. In: Integrating palliative care and symptom relief into primary health care [website]. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publicationsdetail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2018b). The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach. Copenhagen: World Health Organization. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1, accessed 15 May 2020).
- WHO (2019). Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2019/country-assessment-framework-for-the-integrated-delivery-of-long-termcare-2019>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020a). Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Interim Guidance. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)outbreak), accessed 15 May 2020).
- WHO (2020b). Contact tracing in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020c). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/homecare-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptomsand-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/homecare-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptomsand-management-of-contacts), accessed 15 May 2020).
- WHO (2020d). Infection prevention and control for long-term care facilities in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/infection-preventionand-control-for-long-term-care-facilities-in-the-context-of-covid-19>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020e). Technical guidance #1. Strengthening the Health Systems Response to COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/436354/strengthening-health-systemsresponse-COVID-19-technical-guidance-1.pdf, accessed 15 May 2020). WHO (2020e). Responding to COVID-19: Real-time training for the coronavirus disease outbreak [website]. Geneva: World Health Organization. (<https://openwho.org/channels/covid-19>, accessed 15 May 2020).

- WHO (2020f). Gender and COVID-19. Advocacy brief, 14 May 2020. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332080/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender2020.1-eng.pdf, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020h). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance, 13 March 2020. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>, accessed 15 May 2020).
- WHO (2020i). Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>, accessed 15 May 2020).
- Wong K, Lum T, Wong G (2020). The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: Impact and measures. International Long Term Care Policy Network (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/HongKong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>, accessed 15 May 2020).
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta analysis. *Lancet Glob Health*. 5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214109X(17)30006-2.
- Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*.29(1):58–67. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359898/>, accessed 15 May 2020).
- To KK, Tsang OT, Leung WS, Tam AR, Wu T-C, Lung DC et al. (2020). Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV2. *Lancet Infect Dis*.20:565–574.

Franco Pesaresi: direttore Azienda servizi alla persona “Ambito 9” di Jesi (AN); Network Non Autosufficienza (NNA).