

PROTOCOLLO DI STUDIO (Versione 8 febbraio 2023)

PASSI D'ARGENTO: La qualità della vita vista dalle persone con 65 o più anni

INDICE

INTRODUZIONE

Background e rationale	2
Mandato istituzionale e cornice normativa	3
Obiettivo	4
I temi indagati e la loro rilevanza dalla Letteratura	4

METODOLOGIA

Disegno di Studio	8
Popolazione in studio	8
Il flusso dei dati: ASL, Regioni e ISS	8

Tempi, modalità e strumenti della raccolta dati	9
La Piattaforma di centralizzazione dati e di monitoraggio	10

Il campionamento	11
Variabili raccolte	12
Definizione degli indicatori	13

Piano di analisi	16
Diffusione dei risultati	17

ASPETTI ETICI E PRIVACY	17
--------------------------------	-----------

Bibliografia di interesse	18
---------------------------	----

Allegati

- All A1 Questionario standard PASSI d'Argento 2023
- All A2 Lettera informativa al Cittadino PASSI d'Argento

INTRODUZIONE

BACKGROUND E RAZIONALE

Secondo i dati ONU sull'invecchiamento della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Generale del 14 dicembre 2020, tra il 2019 e il 2030, il numero di persone di età pari o superiore a 60 anni è destinato a crescere del 38% e il numero degli anziani a superare il numero globale dei giovani. L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo, con una speranza di vita alla nascita che continua a crescere (attestandosi oggi a 80.1 anni per gli uomini e 84.7 per le donne) e una progressiva contrazione delle nascite, ha raggiunto un indice di vecchiaia pari a 187,9 persone con 65 anni e oltre ogni cento persone con meno di 15 anni al 1° gennaio 2022 (dati ISTAT).

L'allungamento della vita media e il progressivo invecchiamento della popolazione rappresentano certamente un successo della scienza e della medicina, perché sempre più persone raggiungono età avanzate, ma allo stesso tempo una sfida per l'intera società, poiché con l'avanzare dell'età aumenta il peso delle malattie croniche non trasmissibili e i costi sociali ed economici che le accompagnano, dal momento che la disabilità segna spesso l'epilogo di una condizione cronico-degenerativa.

La disabilità implica una diminuzione della qualità di vita delle persone anziane e un aggravio in termini di costi sociali ma anche economici, non solo per il sistema socio-sanitario ma anche per le famiglie.

Nei confronti degli anziani nei paesi industrializzati si impegnano circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica e di non secondaria importanza è poi il costo sociale, soprattutto legato agli anziani non autosufficienti, sostenuto dalle famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e l'assistenza ai loro familiari.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è entrato così fra le priorità assolute nelle politiche sanitarie globali e nei piani strategici che puntano l'attenzione sulla necessità di garantire lo sviluppo di ambienti di supporto alle persone anziane ma anche e soprattutto sulla necessità di mettere in campo tutti gli sforzi possibili per mantenere il benessere anche in età avanzata.

In questa direzione va la strategia internazionale dell'Active Ageing dell'OMS. Riconoscendo l'invecchiamento come un fenomeno complesso, legato non solo a fattori biologici ma anche psicologici, culturali, sociali e economici, che concorrono tutti a determinare la salute, il benessere e la qualità della vita delle persone in età avanzata, le strategie internazionali per la promozione di un invecchiamento sano e attivo puntano a coinvolgere l'intera società affinché si creino le condizioni che consentano alle persone, da una parte, di mantenere nel tempo buone condizioni di salute, garantendo la sicurezza di accesso alle cure e alle tutele di cui si ha bisogno in età avanzata, ma dall'altra di mantenere anche soddisfacenti relazioni sociali, promuovendo e creando opportunità di partecipazione alla vita sociale e riconoscendo e incoraggiando le capacità dell'anziano di essere risorsa per la collettività.

Prevenire le malattie croniche e ridurre il carico che ne consegue è dunque possibile e passa attraverso il contrasto, sin dalla giovane età e per l'intero arco della vita, alle cattive abitudini connesse alla loro insorgenza (tabagismo, abuso di alcool, sedentarietà e cattive abitudini alimentari), attraverso l'offerta di programmi per la diagnosi precoce (come gli screening oncologici) e attraverso la promozione di azioni volte al rafforzamento di condizioni per un "invecchiamento sano e attivo" finalizzate appunto a ridurre il rischio di disabilità e di fragilità nell'anziano.

Per attuare politiche efficaci in tal senso è tuttavia necessario disporre di informazioni utili in questi ambiti di intervento.

PASSI d'Argento nasce in risposta alla strategia internazionale dell'Active and Healthy Ageing dell'OMS e su mandato del Ministero della Salute che, in accordo con le Regioni, affida all'ISS il compito di sviluppare, sperimentare e mettere a regime uno strumento di raccolta dati utili per programmare, a livello locale (ASL e Regione) e nazionale, azioni e interventi finalizzati a migliorare la qualità di vita degli anziani e rafforzare le condizioni alla base di un "invecchiamento sano e attivo".

PASSI d'Argento è dunque un sistema di sorveglianza che, attraverso indagini campionarie, raccoglie informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali connessi alla salute, qualità della vita e bisogni di

cura e assistenza della popolazione ultra65enne residente in Italia e con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, è in grado di descrivere anche la capacità dell'anziano di essere risorsa per la collettività e di partecipare alla vita sociale. Con PASSI d'Argento si "misurano" quindi i bisogni di cura e assistenza di questa fascia della popolazione ma anche il contributo che gli anziani offrono alla società con il lavoro, se lo mantengono, o con il sostegno che danno alla famiglia e alla comunità, con attività di volontariato.

PASSI d'Argento completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI (dedicato alla popolazione adulta 18-69enne) su salute e fattori di rischio comportamentali, con il quale condivide non solo l'acronimo (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ma anche il disegno di studio, l'impianto metodologico e gli strumenti di raccolta e analisi dati.

Come PASSI, PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica ed è disegnato strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale dove, ai fini di programmazione, le ASL raccolgono i dati sui cittadini residenti nei loro territori; le Regioni coordinano le ASL e l'Istituto Superiore di Sanità coordina il sistema a livello centrale, garantendo supporto tecnico-scientifico e rigore metodologico al sistema.

Sperimentato nel 2009, realizzato nel 2012 è attivo dal 2016 come raccolta in continuo.

MANDATO ISTITUZIONALE E CORNICE NORMATIVA

Oggi, la cornice normativa in cui si inserisce questo sistema di sorveglianza è solida: il DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze lo identifica come sistema di sorveglianza a rilevanza nazionale ed è fonte di alcuni indicatori LEA nell'area della prevenzione e degli indicatori che descrivono gli obiettivi del PNP. Di seguito alcuni dettagli.

2004-2016

Dal 2004 il Ministero della Salute e il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), in collaborazione con le Regioni, ha promosso la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età, per raccogliere informazioni sui fattori di rischio modificabili associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili come strumenti per ASL e Regioni, utili alla costruzione dei profili di salute dei propri territori e finalizzati a indirizzare le politiche di prevenzione e promozione della salute e monitorarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali della Prevenzione (PNP), declinati nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP).

Con queste finalità dal 2007 il Ministero della Salute attraverso le Azioni Centrali CCM ha supportato finanziariamente la sperimentazione, l'implementazione e la messa a regime dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento.

2017

- Il **DPCM del 12 gennaio 2017** di definizione e aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) (*G.U. Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017*) indica la "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale" come un LEA nell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (programma F2) e impegna le Asl a comunicare i dati a istituzioni, operatori sanitari e cittadini.
- Il **DPCM del 3 marzo 2017** "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" (*GU Serie Generale n.109 del 12-05-2017*), identifica PASSI d'Argento fra le **sorveglianze a rilevanza nazionale**

2019

Il **DPCM del 12 marzo 2019** "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (*G.U. il 14 giugno 2019*) nell'ambito del sottoinsieme di indicatori **LEA** scelti per il monitoraggio e valutazione dei LEA, indica PASSI d'Argento come fonte per la definizione di un

indicatore di contesto sulla fragilità dell'anziano (indicatore CO03 "Fragilità nell'anziano (65 anni o più)") e dell'"Indicatore di completezza e qualità dei dati". Ogni anno gli indicatori di cui sopra declinati a livello regionale vengono forniti al Comitato LEA del Ministero della Salute

2020-2025

Nel **PNP 2020-2025** (come in quello precedente) PASSI d'Argento viene indicata come fonte, per lo più unica, di diversi indicatori utili al monitoraggio del "Macro-obiettivo 1 - Malattie croniche non trasmissibili" e del "Macro-obiettivo 3 - Incidenti domestici e stradali"

Ogni anno gli indicatori di cui sopra declinati a livello regionale vengono forniti al Ministero della Salute

OBIETTIVO

Monitorare le condizioni di salute fattori di rischio comportamentali connessi alla salute, la qualità della vita, il benessere psico-sociale e i bisogni di cura e assistenza della popolazione ultra65enne residente in Italia e i diversi aspetti connessi all'invecchiamento attivo, come la partecipazione alla vita sociale e il contributo alla comunità, mettendo a disposizione degli indicatori standardizzati e confrontabili nel tempo e nello spazio utili per il governo locale di Asl e Regioni, riferiti alla popolazione ultra65enne nel complesso e stratificata per caratteristiche sociodemografiche (genere, età, residenza, stato civile, titolo di studio e risorse economiche).

I temi indagati in PASSI d'Argento sono molteplici e consentono di disegnare il profilo della popolazione ultra65enne centrato sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia Active Ageing dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza.

La ricchezza di informazioni socio-anagrafiche raccolte consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute, nella qualità della vita e nei bisogni di tutela e assistenza delle persone anziane

I TEMI INDAGATI E LA LORO RILEVANZA DALLA LETTERATURA

Stato di salute, qualità della vita percepita

Un obiettivo rilevante in termini di sanità pubblica, oltretutto in una società caratterizzata da una grande proporzione di persone in età avanzata, è quello di minimizzare l'impatto delle malattie croniche e della disabilità sullo stato di salute dei più anziani, conservare la loro indipendenza e migliorare la qualità complessiva della loro vita. I parametri che si dimostrano più affidabili e realistici per misurare la qualità della vita salute-correlata sono quelle basate sull'esperienza soggettiva.

Benché il concetto di qualità della vita sia difficilmente definibile, sono stati messi a punto metodi per misurarla in modo da far emergere quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948.

La stima dei "giorni vissuti in salute", che utilizza quattro domande inerenti alla percezione dello stato di salute e i giorni passati in cattiva salute come misura continua della percezione dello stato di salute fisico e mentale, rappresenta un indicatore che si presta bene a identificare i gruppi più vulnerabili della popolazione più anziana. Esiste una stretta relazione tra la percezione dello stato di salute e il numero di giorni in cui non si è stati in buona salute. Si tratta di un metodo diretto, in cui la stima viene calcolata considerando la proporzione di giorni trascorsi in cattiva salute in un arco di tempo definito (per esempio il mese precedente l'intervista). La qualità della vita valutata con questo metodo risulta di solito fortemente correlata all'esercizio fisico, al sovrappeso, all'obesità ed allo stile di vita in generale. È anche correlata allo stato mentale, alla qualità dell'ambiente di vita ed all'accesso alle cure, nonché alla presenza di alcune

malattie croniche.

Isolamento sociale e depressione

La qualità della vita dipende anche dalle relazioni sociali che la persona anziana riesce a mantenere o è aiutata a mantenere. In questo senso è importante la capacità e/o la volontà di utilizzare i mezzi di comunicazione, di scambiare quattro chiacchiere con qualcuno, di utilizzare i servizi e le attività sociali dei comuni, della ASL ecc. Le informazioni su questo tema si ottengono da una serie di semplici domande che riguardano le capacità sopra esposte, nonché le attività di volontariato e l'assistenza fornita ad altri anziani (cosa comune con il congiunto).

La depressione tra le persone anziane è un problema di salute rilevante, che si associa ad angoscia e sofferenza e può portare al deteriorarsi delle funzioni fisiche, mentali e delle relazioni sociali. La presenza di sintomi depressivi fa peggiorare il decorso e complica il trattamento delle malattie croniche, provoca l'aumento del ricorso a visite mediche e al Pronto Soccorso, ma anche del consumo di farmaci e della durata dei ricoveri ospedalieri.

Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il Patient Health Questionnaire che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità, una validità che si ottiene anche con una versione a 8 domande (PHQ-8). PASSI d'Argento utilizza una versione ridotta, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività. Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento generalmente da considerarsi grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Queste ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

Le cadute minacciano l'indipendenza degli anziani e causano una cascata di conseguenze individuali e socioeconomiche rappresentando quindi un problema di salute comune e serio con conseguenze anche gravi, tuttavia possono essere prevenute attraverso numerosi interventi basati sull'evidenza. Identificare i pazienti a rischio è la parte più importante della gestione, poiché l'applicazione di misure preventive in questa popolazione vulnerabile può avere un profondo effetto sulla salute pubblica. L'esatta frequenza delle cadute è di difficile determinazione in quanto molti episodi non vengono riferiti dai soggetti o perché considerati normali per l'età, e quindi privi di importanza, od al contrario negati in quanto ritenuti segno di crescente debolezza.

Riguardo alle cause delle cadute i dati di letteratura riportano due tipologie di fattori di rischio: i fattori intrinseci e quelli estrinseci. I primi sono rappresentati dagli eventi patologici di diversa natura (neurologica, cardiovascolare, metabolica etc.) di cui una persona può soffrire, i secondi includono i rischi connessi all'ambiente di vita, come i pavimenti e gli scalini sdruciolevoli e la scarsa illuminazione. Nello studio delle cadute è importante considerare sempre entrambe le tipologie di fattori.

Altro aspetto importante nella genesi delle cadute degli anziani è l'assunzione di alcune categorie di farmaci come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi; per quest'ultimi in particolare è documentato un rischio relativo di cadute per i consumatori ultrasessantenni 28 volte superiore rispetto ai non consumatori.

La sorveglianza PASSI d'Argento stima la proporzione di cadute avvenute nei 30 giorni e 12 mesi precedenti l'intervista analizzando anche le condizioni personali e ambientali delle persone a maggior rischio di subire l'evento.

Dall'analisi delle informazioni ottenute si potrà evidenziare la presenza o meno di una diversa attenzione alla sicurezza, relativamente alle cadute, tra le varie Regioni partecipanti. I dati raccolti potranno essere utilizzati per individuare ed adottare appropriate ed efficaci strategie di sanità pubblica volte alla riduzione

della frequenza delle cadute tra gli anziani e quindi a prevenire gli esiti negativi associati alle cadute.

Autonomia nelle attività della vita quotidiana e assistenza

Il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della frequenza di anziani non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche, quindi comporta bisogni di assistenza sia nell'effettuare attività legate alla sopravvivenza, sia per effettuare le cure mediche o infermieristiche. D'altro canto, la perdita di autosufficienza è associata anche ad isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni su questo versante.

Il mantenimento dell'autonomia e di una buona qualità di vita in età anziana è legato sia alle condizioni fisiche dell'individuo e alle abilità cognitive, sia al contesto familiare e di comunità.

Il livello dell'autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle ADL (Activity of Daily Living) e la scala delle IADL (Instrumental Activity of Daily Living) che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e le funzioni complesse (come ad esempio, preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

Perdere autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana, Adl, è considerato, secondo la letteratura internazionale, una condizione di disabilità negli ultra 65enni.

Ancora non si è raggiunta invece una definizione univoca di fragilità dell'anziano, riconosciuta però come uno stato di fisiologica vulnerabilità in termini di salute complessiva e di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale e dunque come un fattore di rischio per la disabilità.

I costi della fragilità e disabilità sono determinati da quelli per le cure sanitarie e per l'assistenza sostenuti direttamente dalle persone coinvolte e dai loro familiari e da quelli del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti locali responsabili delle funzioni di tutela socio-assistenziale.

Accanto a questi costi di tipo sanitario e socio-assistenziale vanno aggiunti i costi di tipo psicologico a carico dei familiari care-giver delle persone non autosufficienti nonché costi indiretti legati alla perdita di produttività a carico degli stessi.

Visto l'atteso invecchiamento della popolazione italiana durante le prossime decadi, prevenire la non autosufficienza negli anziani è una priorità di sanità pubblica.

Abitudini di vita

La prevenzione è importante anche in età anziana. Dopo i 65 anni, mantenere uno stile di vita sano facendo attività fisica, seguendo una corretta alimentazione e smettendo di fumare o bere alcolici in quantità a rischio per la salute, è un fattore fondamentale per contribuire al proprio benessere in una fase della vita in cui c'è un rischio maggiore di incorrere in patologie croniche.

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui si attribuisce circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi (Daly; Disability-adjusted life year). Gli effetti negativi sulla salute causati dal fumo aumentano all'aumentare dell'età: ad esempio, le principali cause di mortalità fumo-correlate negli ultra 60enni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva

Per quanto riguarda l'attività fisica, sono tanti i benefici che comporta nella vita delle persone anziane e, coerentemente con le proprie condizioni di salute, tutti possono e devono svolgere attività fisica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che l'attività fisica aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cronico degenerative e delle cadute.

Gli adulti di età superiore ai 65 anni possono essere considerati fisicamente attivi anche grazie alle attività

svolte nel tempo libero e nel contesto quotidiano, familiare e comunitario (ballare, fare giardinaggio, nuotare), al trasporto attivo (camminare o andare in bicicletta), alle faccende domestiche e alle attività ricreative, oltre che allo sport o all'esercizio pianificato ed eventualmente al lavoro (se l'individuo è ancora impiegato).

Nella prevenzione delle malattie croniche gioca un ruolo importante anche la corretta alimentazione e l'obiettivo nutrizionale efficace corrisponde all'assunzione di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day; equivalenti a circa 400 grammi, ad esclusione di patate e altri tuberi amidacei), con l'ulteriore raccomandazione per la popolazione anziana, di preferire cibi freschi, facilmente masticabili, digeribili e saporiti, in modo da aumentarne l'appetibilità e, quindi, il consumo.

Tra le persone anziane, è ancora più rilevante l'associazione tra salute orale e stato di salute generale: una cattiva salute orale aumenta i rischi per la salute generale in quanto ridotte capacità di masticare e mangiare influiscono negativamente sull'assunzione nutrizionale e a sua volta una nutrizione deficitaria può provocare una risposta immunitaria bassa.

Vaccinazioni

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un importante intervento in Sanità Pubblica: è raccomandata nella popolazione anziana in quanto riduce le complicanze della malattia infettiva, l'ospedalizzazione e l'eccesso di mortalità. Il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% è uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

L'indagine di copertura vaccinale per l'influenza tra gli anziani sarà quindi in grado di fornire informazioni importanti per valutare le attività dei servizi di vaccinazione e migliorare l'offerta a questo specifico gruppo di popolazione. Permetterà anche di individuare i motivi di mancata vaccinazione ed il luogo di esecuzione delle vaccinazioni, in modo da identificare i punti di forza ed i punti deboli delle strategie vaccinali al fine della pianificazione degli interventi.

METODOLOGIA

DISEGNO DI STUDIO

PASSI d'Argento ha la caratteristica di uno studio osservazionale di popolazione, di tipo trasversale, basato su indagini campionarie continue su campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione generale ultra65enne residente in Italia.

Lo studio non prevede il follow-up dei cittadini che entrano a far parte del campione.

POPOLAZIONE IN STUDIO

Persone di età maggiore o uguale a 65 anni non istituzionalizzate residenti in Italia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle ASL

Criteri di esclusione:

- residenti in RSA, RSSA, Case di riposo, Case protette o in comunità (es. convitti, carceri)
- ricoverati in ospedale al momento dell'indagine
- domiciliati durante l'indagine in comuni diversi da quello di residenza
- non conoscenza della lingua italiana (o tedesca se residenti nella P.A. di Bolzano)

IL FLUSSO DEI DATI: ASL, REGIONI E ISS

PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica ed è disegnato come strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale dove le **ASL** raccolgono i dati attraverso indagini campionarie sui cittadini ultra65enni afferenti al proprio bacino di utenza; le **Regioni** coordinano le ASL e contribuiscono a definire i bisogni conoscitivi dei loro territori; l'**Istituto Superiore di Sanità**, con funzioni di sviluppo, formazione e ricerca, coordina il sistema a livello nazionale garantendo il supporto tecnico-scientifico e il rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine in ogni sua fase.

Per il coordinamento centrale l'ISS si avvale del contributo di un **Gruppo Tecnico Nazionale** composto da membri di ISS e altri esperti provenienti dal territorio e ha il compito di: i) definire obiettivi e strategie della sorveglianza; ii) sviluppare e aggiornare il questionario per la raccolta dati in risposta ai bisogni conoscitivi del Paese, delle Regioni e in linea con le strategie internazionali in tema di prevenzione e promozione della salute; iii) definire le procedure e il protocollo operativo; iv) sviluppare e aggiornare la piattaforma per la raccolta e la centralizzazione dei dati e per il monitoraggio delle performance delle ASL, in conformità al protocollo operativo; v) definire i piani di analisi, elaborare i dati e restituire dati e risultati ad ASL e Regioni (ognuno per i dati di propria competenza) e al Ministero della Salute (nell'ambito del monitoraggio dei LEA e dei PRP); vi) definire le strategie di diffusione risultati ai cittadini, ai portatori di interesse e alla comunità scientifica; vii) supportare la formazione specifica degli operatori della rete della sorveglianza.

La raccolta dei dati da parte delle ASL risponde alla sola finalità della sorveglianza PASSI d'Argento, ovvero disporre di informazioni utili alla programmazione di politiche sanitarie in tema di prevenzione e promozione della salute a livello locale; i dati non sono dunque raccolti per altre finalità né sono estrapolati da base di dati già disponibili negli archivi delle ASL.

Il network: ruoli e funzioni

La rete degli operatori coinvolti nella conduzione della sorveglianza risponde a diverse funzioni e ruoli

Referente regionale: Ha un ruolo politico, è garante del supporto decisionale e amministrativo a livello regionale della sorveglianza e promuove l'utilizzo dei risultati per l'azione, per la programmazione e pianificazione di misure e interventi di prevenzione e promozione della salute e della qualità della vita delle politiche

di prevenzione.

- Coordinatore Regionale: Ha un ruolo operativo ed è responsabile a livello regionale dell'organizzazione e dell'attuazione della sorveglianza in regione; ne monitora lo stato di avanzamento e le performance delle ASL; coordina la rete regionale degli operatori aziendali curandone la formazione e aggiornamento continuo, secondo la strategie e gli obiettivi formativi condivisi con il coordinamento centrale dell'ISS di cui è interlocutore diretto; garantisce la diffusione e l'utilizzo dei risultati ottenuti a livello regionale
- Coordinatore Aziendale: Ha un ruolo operativo e garantisce a livello locale l'operatività della sorveglianza e la conduzione dell'indagine; garantisce a livello di ASL un'organizzazione adeguata allo svolgimento regolare delle interviste; assegna le interviste agli intervistatori e gestisce le sostituzioni e tutte azioni preliminari al contatto degli anziani campionati (invio delle lettere informative e persone campionate e ai loro medici di medicina generale)
- Intervistatore: Operatore socio-sanitario della ASL ha il compito di realizzare le interviste; figura chiave per il rapporto diretto con il cittadino dai quali dipende la qualità dei dati raccolti, partecipa anche all'analisi dei dati e alla comunicazione dei risultati.

TEMPI, MODALITÀ E STRUMENTI DELLA RACCOLTA DATI

I dati sono raccolti attraverso interviste telefoniche (o faccia a faccia sulla base della preferenza dell'anziano). Le interviste sono condotte da operatori socio-sanitari delle ASL o dei Comuni, opportunamente formati attraverso l'uso di questionari standardizzati, a campioni rappresentativi per genere ed età dei cittadini ultra65enni iscritti alle anagrafi sanitarie delle ASL, ovvero residenti nel territorio di competenza delle ASL

I campioni vengono estratti mensilmente dalle liste dei cittadini iscritti alle anagrafi sanitarie di ogni singola ASL partecipante.

Le interviste vengono effettuate continuativamente nel corso dell'anno solare, ogni giorno e ogni mese dell'anno e alimentano un database nazionale gestito da ISS.

La continuità della raccolta offre, per ogni aspetto indagato, la possibilità di osservare i cambiamenti nel tempo di breve, medio e lungo periodo. Consente inoltre di tenere sotto controllo la stagionalità di alcuni fenomeni; si pensi alla vaccinazione, all'attività fisica, alle attività di svago all'aria aperta, alle occasioni di incontro o di partecipazione a eventi sociali o anche alla depressione, tematiche che potrebbero fortemente risentire del momento dell'anno in cui vengono indagate. Un altro vantaggio offerto dalla continuità di raccolta dai è rappresentato dalla possibilità di cumulare i dati nel tempo e dalla sostenibilità per le ASL di distribuire gli sforzi della raccolta dati sull'intero arco dell'anno.

La flessibilità del sistema PASSI d'Argento consente di integrare il questionario per la raccolta standard con nuovi moduli di interesse regionale e/o nazionale che rispondono a particolari esigenze conoscitive utili per pianificare, monitorare o valutare specifiche azioni anche in situazioni di emergenza (come ad esempio è accaduto durante la pandemia COVID-19).

Le proposte vengono vagliate dal Gruppo Tecnico Nazionale che, ogni anno, revisiona l'intero questionario.

Il ricorso al proxy

Per l'intervista l'anziano si può avvalere dell'ausilio di un familiare o persona di fiducia (proxy) nel caso in cui si dimostri in difficoltà (a causa di problemi di udito, difficoltà nel linguaggio o abbia gravi disabilità tali da rendere difficoltosa o impossibile l'intervista). Il ricorso al proxy può avvenire anche nel corso dell'intervista nel caso in cui l'anziano, pur essendo disponibile ad essere intervistato, non è in grado di

superare il test della memoria, presente nella prima sezione del questionario, che si basa su 6 semplici domande tratte dal Mini-Mental Test (ricordare anno, mese e giorno della settimana e tre parole indicate in precedenza). Questo test è stato introdotto al solo fine di constatare una possibile difficoltà nel ricordare eventi del passato e a fornire quindi risposte attendibili. Si considera superato il test quanto l'anziano risponde correttamente almeno 4 di questi 6 quesiti.

Nel caso di ricorso proxy, verranno raccolte anche alcune informazioni personali del proxy (il suo grado di parentela/relazione con la persona campionata e alcune sue caratteristiche socio-anagrafiche) e le motivazioni che hanno indotto questa scelta. Al proxy non vengono poste le domande del questionario che indagano percezioni, sensazioni o stati emotivi che solo l'anziano potrebbe riportare.

LA PIATTAFORMA DI CENTRALIZZAZIONE DATI E DI MONITORAGGIO

Le interviste condotte da ciascuna ASL alimentano il database nazionale e vengono riversate, via web, in una piattaforma digitale <https://sorveglianzepassi.iss.it/> su dominio ISS, ad accesso riservato e gerarchico alla rete degli operatori impegnati nelle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, ognuno con il proprio ruolo e ognuno per i dati di propria competenza.

Tale piattaforma, gestita da ISS, che consente anche di realizzare l'intervista in modalità CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) rappresenta lo strumento unico di gestione e centralizzazione dei dati, di restituzione dei dati e dei risultati ad ASL e Regioni ed è anche uno strumento di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance delle ASL.

La piattaforma rappresenta anche lo strumento di condivisione dei materiali per la rilevazione (questionari), per l'analisi dei dati (file di sintassi per la elaborazione dei dati) e per la formazione degli operatori e un canale comunicativo fra il livello centrale e la rete degli operatori sul territorio.

Ogni anno, al termine della raccolta dati, questa piattaforma diventa anche strumento per la restituzione ad ASL e Regioni dei dataset e dei file dati semi-elaborati aggiornati all'ultimo anno di raccolta. L'accesso in piattaforma è riservato a intervistatori, ai coordinatori di ASL e ai coordinatori Regionali e al Gruppo Tecnico Nazionale, ognuno per i dati di propria competenza e secondo un approccio gerarchico per il ruolo che ricopre.

L'accesso avviene tramite credenziali personali.

La piattaforma viene gestita, per conto di ISS, dalla società M.P.A. Solutions nominata come "Responsabile dei dati" ai sensi dall'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dal Codice Privacy, così come novellato dal D.lgs. 101/2018, dall'ISS in qualità di Titolare della base dati nazionale.

Il monitoraggio delle performance di processo

La piattaforma di centralizzazione di dati fornisce anche diversi indicatori di monitoraggio delle performance di processo delle ASL che si aggiornano in tempo reale, man mano che le interviste vengono caricate, utili ai coordinatori (che hanno la responsabilità della realizzazione delle attività di raccolta nei loro territori) per monitorare l'adesione al protocollo operativo e apportare eventuali correttivi se necessari. Sebbene, infatti, siano state messe a disposizione degli operatori una serie dettagliata di procedure e istruzioni per evitare errori, questi non si possono escludere. Monitorare e documentare le fasi operative della sorveglianza è cruciale ai fini della bontà e rappresentatività del dato raccolto e della precisione della stima degli indicatori. Fra gli indicatori di processo coerenti con gli standard internazionali sono stati identificati i seguenti:

- Tasso di risposta / Tasso di risposta AAPOR (*American Association for Public Opinion Research*)
- Tasso di rifiuto / Tasso di rifiuto AAPOR;
- Tasso di eleggibilità /Tasso di eleggibilità AAPOR;
- Tasso di sostituzione
- Tasso di non reperibilità;
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità;

- Modalità di reperimento del numero telefonico;
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni.

La *distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità* consente di individuare le cause che hanno portato all'esclusione di persone inizialmente campionate ma che non rispondono ai criteri di eleggibilità (fuori range di età o deceduto, oppure residente altrove o in RSA o in comunità, ospedalizzato o istituzionalizzato, ecc). In questo caso il rimpiazzo del soggetto non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria. Questo indicatore dà conto anche della qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (per stato in vita o cambi di residenza).

La *modalità di reperimento del numero telefonico* riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile".

La *distribuzione delle interviste per orari* consente di stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore e quindi è un indicatore indiretto dei costi aggiuntivi legati alle risorse umane

L'analisi dei dati di monitoraggio permette di identificare gli aspetti di funzionamento del sistema migliorabili e di mettere in atto azioni correttive sia in corso di indagine, sia nella fase di ri-programmazione.

IL CAMPIONAMENTO

Il disegno campionario prevede l'adozione di una modalità di campionamento fra:

- a) campionamento casuale semplice, proporzionato stratificato (per genere ed età),
- b) campionamento a cluster in due stadi (dove il I stadio individua i Comuni attraverso l'identificazione dei cluster, ossia il gruppo di persone che appartengono allo stesso Comune; nel II stadio l'estrazione delle singole persone da intervistare avviene attraverso un campionamento proporzionato stratificato (per genere ed età) all'interno di ogni singolo cluster).

In entrambi i casi gli strati genere-età specifici, con cui raggruppare la popolazione delle anagrafi sanitarie e dai cui estrarre il campione, devono essere almeno 6 (Uomini 65-74enni, Uomini 75-84enni, Uomini 85+; Donne 65-74enni, Donne 75-84enni, Donne 85+) o preferibilmente 12 con strati suddivisi per classi quinquennali di età per uomini e donne (Uomini 65-69enni, Uomini 70-74, Uomini 75-79enni, Uomini 80-84enni, Uomini 85-89enni, Uomini 90+; Donne 65-69enni, Donne 70-74, Donne 75-79enni, Donne 80-84enni, Donne 85-89enni, Donne 90+).

In questo modo il campione rispecchierà le proporzioni della popolazione garantendo la rappresentatività per genere ed età.

Nel campionamento a cluster è richiesto un maggiore numero di interviste per ottenere lo stesso livello di precisione garantito nel campionamento casuale semplice stratificato ma offre vantaggi compensativi nel costo delle operazioni. La giustificazione del metodo sta proprio negli aspetti pratici ed economici ad esso collegati. Per una prestabilita dimensione campionaria, il campionamento a cluster comporta costi generalmente molto inferiori a quelli del campionamento casuale semplice, in massima parte per la minore dispersione delle unità del campione che facilita l'organizzazione e l'esecuzione della rilevazione.

Le dimensioni campionarie dipendono dal disegno campionario, dalla precisione della stima che si desidera ottenere e dalla prevalenza del fattore oggetto di studio. La numerosità campionaria minima che garantisce una precisione delle stime del 3% per la rappresentatività regionale e del 5% per la rappresentatività aziendale per fenomeni la cui prevalenza attesa è intorno al 50% è non inferiore a:

- 1.200 persone per stime rappresentative a livello regionale e 400 persone per stime rappresentative a livello di ASL e/o Distretto, nel campionamento casuale semplice
- 1.320 persone per stime rappresentative a livello regionale e almeno 440 persone per rappresentatività di ASL e/o di Distretto, nel campionamento a cluster.

Queste sono le soglie minime; dimensioni campionarie più elevate sono raccomandate per garantire una

maggior precisione delle stime di tutti gli indicatori calcolati sul campione totale e in particolare per quelli con una prevalenza attesa più bassa e quelli stimati per sottogruppi specifici e condizioni socio-demografiche (genere, età, livello di istruzione, difficoltà economiche, macro area territoriale).

Il campione è estratto dalla lista completa dell'anagrafe sanitaria delle ASL. È possibile ricorrere alla sostituzione delle persone campionate (titolari), nel caso in cui il titolare (o il proxy) rifiuti l'intervista, o non rientri nei criteri di inclusione (perché residente o domiciliato stabilmente altrove; ricoverato in ospedale o in lunga degenza; ospite in RSA, casa protetta; carcere; deceduto; non conosce la lingua italiana; ha meno di 65 anni) oppure non sia possibile rintracciarlo (anziano non reperibile, dopo aver effettuato almeno 6 tentativi di chiamata in orari e giorni diversi, di cui possibilmente almeno due di sera o nei weekend; numero di telefono non rintracciabile).

È bene ricordare che un eccesso di sostituzioni, generalmente può comportare una "selezione" del campione. Maggiore è il numero dei sostituti e meno precise saranno le informazioni raccolte. La sostituzione è sempre da evitare e da considerare come ultima possibilità dopo aver fatto tutti i tentativi previsti dal protocollo operativo per rintracciare il titolare. È necessario segnalare i motivi della sostituzione.

Il campione estratto quindi conterrà una lista di titolari e di sostituti per ogni strato genere/età specifico. Quindi, quando necessario, si sostituisce un titolare con un sostituto con lo stesso sesso e stessa fascia di età, possibilmente un'età con uno scarto di al massimo più o meno 5 anni da quella del titolare.

Il rapporto tra titolari e sostituti è di 1:5, ovvero in ogni strato, per ogni titolare ci sono 5 sostituti.

VARIABILI RACCOLTE

Il questionario PASSI d'Argento è standardizzato e composto da circa 80 domande a risposta chiusa suddivise in 6 sezioni:

1. Stato di salute e qualità della vita;
2. Cadute
3. Attività della vita quotidiana
4. Attività sociali e stili di vita
5. Attenzione e assistenza agli anziani
6. Dati socio-anagrafici dell'anziano

Di seguito sono riportate le variabili raccolte a partire dalle domande del questionario suddivise anche nelle 3 macroaree salute, partecipazione e sicurezza che richiamano la strategia *Active and Healthy Ageing* dell'OMS, a cui PASSI d'Argento si ispira.

➤ SALUTE

Stato di salute e qualità di vita:

- Stato di salute percepito
- Giorni in cattivo stato di salute per motivi fisici e mentali
- Giorni vissuti con limitazione delle attività quotidiane
- Livello di soddisfazione della propria vita
- Diagnosi riferite di patologie croniche (insufficienza renale, mal. croniche respiratorie; mal. cerebrovascolari; cardiopatie; diabete; tumori; mal. croniche del fegato e cirrosi; ipertensione)
- Ricovero nell'ultimo anno (2 o più giorni di ricovero)
- Uso dei farmaci
- Presenza di Problemi di vista, udito e masticazione
- Sintomi depressivi (PHQ-2)
- Richiesta di aiuto per la cura del malessere psicologico
- Isolamento sociale (mancanza di contatti con altre persone, ovvero incontrare e/o parlare con

qualcuno)

- Ricorso alla vaccinazione antinfluenzale

Cadute

- Caduta nell'ultimo anno e nei 30 giorni precedenti l'intervista
- Esiti della caduta
- Utilizzo di ausili per la prevenzione delle cadute in casa

Attività della vita quotidiana

- Autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana (ADL)
- Autonomia nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

Stili di vita

- Fumo
- Alcol
- Attività fisica
- Alimentazione (consumo di frutta e verdura)

➤ **PARTECIPAZIONE**

Attività sociali

- Svolgimento di attività lavorative, retribuite e non
- Essere una risorsa per sé stessi e per la società (assistenza fornita a familiari, conoscenti e amici, attività di volontariato)
- Partecipazione ad attività sociali
- Partecipazione a corsi di formazione

➤ **SICUREZZA, CURE E TUTELE**

Attenzione e Assistenza

- Consigli medici per la prevenzione delle cadute
- Consigli medici per il contrasto al tabagismo e al consumo di alcol, per la promozione di attività fisica
- Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci
- Assistenza ricevuta e livello di soddisfazione per l'aiuto ricevuto nelle attività per le quali non si è autonomi
- Condizioni dell'abitazione e sicurezza del quartiere
- Ricorso alla vaccinazione antinfluenzale
- Accessibilità ai servizi ai servizi sanitari e di uso comune (comune, farmacia, supermercati e alimentari)

Rinuncia alle cure

- Rinuncia a visite mediche o esami diagnostici negli ultimi 12 mesi e motivazioni
- Ricorso al servizio privato

Infine, vengono raccolte **informazioni socio-anagrafiche**: età, genere, stato civile, convivenza, titolo di studio, difficoltà economiche percepite, lavoro retribuito.

Le interviste sono condotte da personale specificamente formato dai servizi sociali e sanitari. Il questionario viene somministrato per telefono o faccia a faccia, a seconda delle condizioni di salute dell'anziano e delle sue preferenze sul tipo di intervista. L'intervista faccia a faccia viene effettuata presso la sede dell'ASL o a casa dell'intervistato. Nella fase sperimentale della sorveglianza (2009) è stato effettuato un test di affidabilità sull'intercambiabilità tra le interviste telefoniche e quelle faccia a faccia. È emerso che la scelta delle risposte del questionario non è stata influenzata dal tipo di intervista.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Autosufficienza

Capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana fondamentali (Activities of Daily Living; ADL) o strumentali (Instrumental Activities of Daily Living; IADL).

Il livello di autosufficienza per le due diverse tipologie di attività verrà calcolato al fine di stimare nella popolazione anziana residente in Italia la proporzione di persone fragili e/o con disabilità:

- **Fragili:** Persone non autonomia in 2 o più IADL ma completa autonomia nella ADL (IADL: preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono)
- **Disabili:** Non autonomia in 1 o più ADL (ADL: mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni)

Qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito

Il livello di qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito viene misurato individuando il numero dei giorni trascorsi in cattiva salute per motivi fisici e/o mentali ed il numero di giorni con limitazione delle normali attività della vita quotidiana, nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Bisogni assistenziali

Necessità di supporto o aiuto a persone non autonome in 1 o più attività della vita quotidiana (IADL o ADL).

Isolamento sociale

Verrà definito come "isolato socialmente" un individuo che presenta contemporaneamente le due condizioni seguenti:

- persona che non ha contatti, neanche telefonici, con amici, vicini e/o familiari non conviventi (ridotte relazioni interpersonali);
- persona che non partecipa ad incontri collettivi (chiesa, circolo, etc.) (ridotte relazioni sociali).

Vaccinazioni

Vaccinazione antinfluenzale:

- **vaccinato:** anziano che ha ricevuto la vaccinazione nella campagna vaccinale precedente il momento della intervista;
- **non vaccinato:** persona che non ha ricevuto il vaccino al momento dell'intervista.

Depressione

Il Phq 2 è un test validato a livello internazionale come test di screening per i sintomi di depressione maggiore. **La persona con sintomi di depressione** è una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo. In base alla durata, in giorni, dei sintomi, viene assegnato un punteggio. Quando la somma dei due punteggi è uguale o superiore a 3, la persona viene considerata affetta da sintomi depressivi.

Fumo

Le domande su abitudine tabagica poste in PASSI d'Argento sono molto semplici e consentono di distinguere il campione di intervistati in:

- **Fumatore** attuale (secondo la definizione dell'Oms): è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 1 anno.
- **Ex fumatore:** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 1 anno.
- **Non fumatore:** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.

Abuso di alcol

Nell'assunzione di alcol non esiste rischio per la salute pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporta un rischio tanto più elevato quanto maggiore è la quantità di alcol consumata. Con l'età, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo; a partire all'incirca dai 50 anni la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico in età più avanzate risulta più elevato e gli effetti dannosi. Le linee guida dell'Iran (Istituto nazionale per la ricerca sugli alimenti e la nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli ultra65enni di non superare 1 Unità Alcolica al giorno, sia per gli uomini che per le donne. PASSI d'Argento raccoglie informazioni sul consumo di alcol con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche durante una settimana abituale e stima come "consumo a rischio" per la salute negli ultra 65enni il consumo di oltre 1 Unità Alcolica al giorno, sia per uomini che per donne. Dove 1 Unità Alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Eccesso ponderale

Nella sorveglianza epidemiologica il metodo comunemente usato per la stima dell'eccesso ponderale si fonda sul calcolo dell'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI) definito dal rapporto fra peso corporeo espresso in chilogrammi e l'altezza espressa in metri, elevata al quadrato (Kg/m^2). La stima del BMI in PASSI d'Argento si basa sui valori autoriferiti dagli intervistati di peso e altezza, e in linea con le soglie indicate a livello internazionale ogni intervistato può essere classificato come segue:

- **Sottopeso:** $\text{BMI} < 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$
- **Normopeso:** $18.5 \leq \text{BMI} < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$
- **Eccesso ponderale:** $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ (persona in sovrappeso o obeso)
 - **Sovrappeso:** $25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg}/\text{m}^2$
 - **Obesa:** $\text{BMI} \geq 30.0 \text{ kg}/\text{m}^2$

Alimentazione

Una nutrizione corretta costituisce uno degli elementi fondamentali per evitare l'insorgenza di numerose condizioni patologiche o per controllare l'evoluzione di malattie preesistenti e frutta e verdure, essendo alimenti privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre, giocano un ruolo protettivo nella prevenzione di cardiopatie e tumori. L'OMS raccomanda un consumo giornaliero di almeno 400 grammi di frutta e verdura, corrispondente a circa cinque porzioni da 80 gr (**five a day**).

In PASSI d'Argento, il consumo giornaliero di frutta e verdura è rilevato attraverso domande che indagano il numero di porzioni di frutta e/o verdura consumate abitualmente al giorno. Per motivi pratici, una porzione di frutta o verdura viene descritta come un quantitativo di frutta e/o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta (entrambi corrispondenti

all'incirca a 80 grammi).

Il **"Five a day"** stima la quota di persone che aderiscono alle indicazioni OMS e consumano abitualmente almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.

Attività Fisica

In PASSI d'Argento l'attività fisica praticata dagli ultra 65enni, viene valutata attraverso il "Physical Activity Scale for Elderly" (PASE), uno strumento validato a livello internazionale e specifico per la popolazione anziana, che considera tutti i tipi di attività comunemente svolte da persone di questa età, dalle attività di svago e sportive (strutturate e non) alle attività casalinghe (lavori domestici, giardinaggio, cura dell'orto o prendersi cura di altre persone) fino a eventuali attività lavorative non sedentarie.

Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi.

Nel calcolo del punteggio PASE ogni attività partecipa con un preciso peso specifico che riflette in qualche modo l'intensità dello sforzo fisico necessario per compierla. Il punteggio PASE totale, riferito a ogni individuo, è stimato sommando i punteggi ottenuti per le singole attività svolte dal rispondente.

A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica.

Poiché non esiste un valore soglia del PASE che discrimini le persone fisicamente attive dalle persone sedentarie, in PASSI d'Argento si ricorre alla distribuzione in percentili dei punteggi PASE e si è, convenzionalmente, identificato il 40° percentile, come "valore soglia" al di sotto del quale i livelli di attività fisica possono essere considerati insufficienti o comunque migliorabili, dal momento che la gran parte delle persone (60%) raggiunge livelli di attività fisica più elevati.

Le domande del PASE sono somministrate solo alle persone autonome nella deambulazione e considerate valide solo per gli intervistati che non abbiano fatto ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia per sostenere l'intervista.

Il PASE è uno strumento molto specifico che, da una parte permette di "quantificare" l'attività fisica svolta dall'anziano e valutarne i cambiamenti nel tempo (anche quando contenuti) per tipo di attività, ma dall'altra può risultare complesso e di non semplice comparazione.

La possibilità di disporre di informazioni sul tipo di attività svolta, l'intensità e la durata (quest'ultima non disponibile per le sole attività casalinghe, considerate routinarie) permette di ricostruire, a partire dal questionario PASE, anche un indicatore coerente con le raccomandazioni dell'OMS, più facilmente comparabile e intuitivo.

Utilizzando le informazioni del questionario PASE e la stima dei punteggi PASE per le attività domestiche, gli ultra65enni eleggibili (autonomi nella deambulazione e nella capacità di sostenere l'intervista senza l'aiuto di una persona di fiducia) sono classificati secondo i livelli dell'attività fisica raccomandati dall'OMS in persone "fisicamente attive" i cui livelli di attività fisica rispondono alle raccomandazioni OMS (indicate fino al 2020), persone "parzialmente attive" che praticano attività fisica senza raggiungere i livelli raccomandati e persone completamente "sedentarie".

In queste definizioni entrano in gioco tutte le attività (di svago e sportive, casalinghe e lavorative che richiedono uno sforzo fisico) rilevate nel questionario PASE, con esclusione della sola attività riferita come "passeggiata o uscita per portare a spasso il cane" considerata poco significativa e non riconducibile alle indicazioni date dall'OMS in merito ai livelli raccomandati.

PIANO DI ANALISI

I membri del Gruppo Tecnico Nazionale, dipendenti ISS, eseguono le analisi a livello nazionale, regionale e locale e i risultati vengono restituiti alla rete tramite la piattaforma <https://sorveglianzepassi.iss.it/> dove sono resi disponibili anche gli strumenti per l'analisi statistica, al fine di rendere autonomi i referenti della sorveglianza sul territorio nella gestione dei dati di loro competenza.

I dati raccolti da PASSI d'Argento vengono analizzati per condizioni spazio-temporali e specifiche caratteristiche della popolazione anziana.

Per ogni fenomeno indagato, le analisi statistiche tengono conto della pesatura delle unità campionarie: un approccio necessario per ottenere stime rappresentative a livello regionale e aziendale. I pesi sono dipendenti dagli strati genere-età specifici e per ogni ASL vengono utilizzati sei diversi valori di peso, uno per ogni strato specifico. Per la stima dei pesi vengono utilizzate le popolazioni residenti nelle ASL Italiane, fornite ogni anno dal Ministero della Salute.

Tutte le stime di prevalenza sono accompagnate dai relativi intervalli di confidenza al 95%.

I risultati sono presentati anche stratificati per sottogruppi della popolazione e standardizzati per età nel confronto fra regioni.

Le analisi statistiche vengono effettuate attraverso il software STATA versione 16 ed il programma R.

DIFFUSIONE DEI RISULTATI

Oltre la restituzione dei risultati a livello di pool, di regione e di ASL sulla piattaforma ad accesso riservato alla rete PASSI e PASSI d'Argento, la diffusione dei risultati, in forma aggregata, al grande pubblico continua sul sito di Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>) con pagine dedicate a PASSI d'Argento.

Questo website ospita materiale informativo sulla sorveglianza e un'area dedicata ai principali risultati, a livello nazionale e regionale, inerenti tutte le tematiche indagate, commentati con grafici e tabelle, mappe e trend.

Un'area ad accesso riservato ai coordinatori regionali della sorveglianza ospita inoltre ulteriori risultati con maggiore dettaglio, anche a livello aziendale.

La predisposizione di questo strumento risponde all'esigenza di massimizzare la fruizione e la diffusione dei risultati della sorveglianza e di gestire adeguatamente una grande mole di informazioni.

ASPETTI ETICI E PRIVACY

L'indagine è rivolta alla sola popolazione residente e domiciliata nei territori delle ASL

Non si rivolge dunque a pazienti ospedalizzati o ospiti di RSA, RSSA, Case di riposo, Case protette o in comunità (es. convitti, carceri).

Prima del contatto telefonico, una **lettera informativa** sull'indagine e sul trattamento dei dati personali viene inviata dalla ASL a tutte le persone entrate a far parte del campione da intervistare. La lettera invita le persone a fornire il numero telefonico cui si desidera essere contattati per programmare l'intervista o altresì ad esprimere il proprio dissenso a partecipar e a questo scopo viene indicato il nominativo e/o un recapito telefonico della ASL cui rivolgersi.

Una lettera informativa viene inviata dalle ASL anche ai medici di medicina generale delle persone entrate a far parte del campione affinché forniscano chiarimenti ai loro assistiti e promuovano l'adesione all'indagine.

Al primo contatto telefonico l'informativa viene nuovamente fornita, l'anziano decide liberamente se rilasciare l'intervista, interromperla in qualunque momento, chiedere di riprogrammarla in un momento più opportuno o può decidere di non concederla e rifiutare.

Poiché l'intervista è telefonica risulta non praticabile l'acquisizione e archiviazione del **consenso** al trattamento dei dati personali sottoscritto dall'interessato, sarebbe dispendioso e soprattutto inefficace invitare l'interessato a inviare via posta o email il suo consenso; è altresì dispendioso per la ASL registrare la telefonata.

Per l'intervista l'anziano si può avvalere dell'ausilio di un familiare o persona di fiducia (**proxy**) nel caso in cui sia in difficoltà (es. problemi di udito, difficoltà nel linguaggio, gravi disabilità) o nel caso in cui non superi il breve test della memoria posto all'inizio del questionario. Nel caso di ricorso proxy, verranno raccolte anche alcune informazioni personali del proxy (il suo grado di parentela/relazione con la persona campionata e alcune sue caratteristiche socio-anagrafiche) e le motivazioni che hanno indotto questa scelta. Anche al proxy si chiederà il consenso all'intervista, specificando che questa può essere rifiutata o interrotta in qualsiasi momento. Il proxy non risponde alle domande del questionario che indagano percezioni, sensazioni o stati emotivi che solo l'anziano potrebbe riportare.

La raccolta dei dati da parte delle ASL risponde alla sola finalità della sorveglianza PASSI d'Argento, ovvero disporre di informazioni utili alla programmazione di politiche sanitarie in tema di prevenzione e promozione della salute a livello locale; i **dati non sono dunque raccolti per altre finalità** né sono estrapolati da base di dati già disponibili negli archivi delle ASL.

La piattaforma web di inserimento e centralizzazione dei dati e monitoraggio delle performance <https://sorveglianzepassi.iss.it> viene gestita, per conto di ISS, dalla società M.P.A. Solutions nominata come "**Responsabile dei dati**" ai sensi dall'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dal Codice Privacy, così come novellato dal D.lgs. 101/2018, dall'ISS in qualità di Titolare della base dati nazionale.

I dati nella piattaforma vengono **pseudoanonimizzati**, gli identificativi diretti (nome e cognome e ubicazione) funzionali alla gestione dell'intervista e all'invio della lettera per il primo contatto alla persona entrata a far parte del campione, sono visibili ai soli coordinatori aziendali, responsabili del campionamento, e agli intervistatori incaricati da questi di condurre l'intervista in CATI.

Questi identificativi non sono mai resi accessibili al livello regionale né nazionale.

Il solo dato sull'ubicazione di residenza, viene trasformato con procedure di geo-codifica in coordinate geografiche e reso disponibile al coordinamento nazionale (e su richiesta restituito alle ASL) per analisi finalizzate alla costruzione dei profili di salute delle popolazioni residenti in prossimità di aree ad elevato impatto ambientale.

Bibliografia di interesse

- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017.
- Italia. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 138 del 14 giugno 2019.
- Italia. Circolare applicativa. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Art.3, comma 1) del 27 ottobre 2020. Schede tecniche degli indicatori NSG. www.salute.gov.it/...; ultimo accesso 15/12/2021.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. www.salute.gov.it/...; ultimo accesso 15/12/2021.
- World Health Organization. Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. 2012

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

- United Nations, Economic Commission for Europe. Introducing the active ageing index policy brief. 2012. Available from: [www.euro.centre.org/data/aa/1220536245_72192.pdf](http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home), <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
- World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: WHO; 2020.
- World Health Organization. Physical Activity. Key Facts. 26 November 2020. Available online: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/physical-activity> (accessed on 7 October 2022).
- Istituto nazionale per gli alimenti e la nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Inran; 2003. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf
- Thombs, B.D.; Benedetti, A.; Kloda, L.; Levis, B.; Nicolau, I.; Cuijpers, P.; Gilbody, S.; Ioannidis, J.P.; McMillan, D.; Patten, S.B.; et al. The diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting major depression: Protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *Syst. Rev.* 2014, 3, 124.
- Löwe, B.; Kroenke, K.; Gräfe, K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J. Psychosom. Res.* 2005, 58, 163–171.
- Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Med. Care* 2003, 41, 1284–1292.
- Wallace, M.; Shelkey, M. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urol. Nurs.* 2007, 27, 93–94.15.
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9, 179.
- Washburn, R.A.; Smith, K.W.; Jette, A.M.; Janney, C.A. The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *J. Clin. Epidemiol.* 1993, 46, 15362.17.
- Washburn, R.A.; McAuley, E.; Katula, J.; Mihalko, S.L.; Boileau, R.A. The physical activity scale for the elderly (PASE): Evidence for validity. *J. Clin. Epidemiol.* 1999, 52, 643–651.
- Contoli B, Possenti V, Minardi V, Binkin NJ, Ramigni M, Carrozzi G, Masocco M. What Is the Willingness to Receive Vaccination Against COVID-19 Among the Elderly in Italy? Data From the PASSI d'Argento Surveillance System. *Front Public Health.* 2021 Nov 5;9:736976. doi: 10.3389/fpubh.2021.736976. PMID: 34805065; PMCID: PMC8602068.
- Contoli B, Possenti V, Minardi V, Gori S, Beretta G, Masocco M. Modifiable Risk Factors, Health Profile and Well-Being of the Elderly Diagnosed with Cancer in Italy: Passi d'Argento Surveillance System 2016-2019 Results. *Cancers (Basel).* 2022 Dec 14;14(24):6185. doi: 10.3390/cancers14246185. PMID: 36551670; PMCID: PMC9776525.
- Contoli B, Possenti V, Gallo R, Minardi V, Masocco M. Data from the PASSI d'Argento Surveillance System on Difficulties Met by Older Adults in Accessing Health Services in Italy as Major Risk Factor to Health Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 19;19(16):10340. doi: 10.3390/ijerph191610340. PMID: 36011973; PMCID: PMC9408778.
- Contoli, B.; Possenti, V.; Gallo, R.; Minardi, V.; Masocco, M. Data from the PASSI d'Argento Surveillance System on Difficulties Met by Older Adults in Accessing Health Services in Italy as Major Risk Factor to Health Outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 10340. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610340> (IF 3.390 (2020))
- Nobile F, Gallo R, Minardi V, Contoli B, Possenti V, and Masocco M. Urban Health at a Glance in Italy by PASSI and PASSI d'Argento Surveillance Systems Data. *Sustainability* 2022, 14, 5931. <https://doi.org/10.3390/su14105931>
- Santoro V, Minardi V, Contoli B, Gallo R, Possenti V; PASSI and PASSI d'Argento National Coordinating Group; Masocco M. Monitoring cardiovascular diseases and associated risk factors in the adult population to better orient prevention strategies in Italy. *Ann Ist Super Sanita.* 2022 Apr- Jun;58(2):109-117. doi: 10.4415/ANN_22_02_06. PMID: 35722797.
- Possenti V, Minardi V, Contoli B, Gallo R, Lana S, Bertozzi N, Campostrini S, Carrozzi G, Cristofori M, D'Argenzio A, De Luca A, Fateh-Moghadam P, Ramigni M, Trinito MO, Vasselli S, Masocco M. The two behavioural risk factor surveillances on the adult and elderly populations as information systems for everaging data on health-related sustainable development goals in Italy. *Int J Med Inform.* 2021 Aug;152:104443. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2021.104443. Epub 2021 May 15. PMID: 34004398.
- Masocco M, Minardi V, Contoli B, Possenti V, Fateh-Moghadam P, per il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):1-11. DOI:

https://doi.org/10.53225/BEN_031

- Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021).
- Ministero della Salute. L'Italia per l'Equità nella salute. Roma: Ministero della Salute; 2017
- Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento e Paola Luzi. Sperimentazione PASSI d'Argento (progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). Verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/9).
- Contoli B, Carrieri P, Masocco M, Penna L, Perra A; PDA Study Group. PASSI d'Argento (Silver Steps): the main features of the new nationwide surveillance system for the ageing Italian population, Italy 2013-2014. *Ann Ist Super Sanita*. 2016 Oct-Dec;52(4):536-542. doi: 10.4415/ANN_16_04_13. PMID: 27999225.
- Baldissera S, Ferrante G, Quarchioni E, Minardi V, Possenti V, Carrozzi G, et al. Field substitution of nonresponders can maintain sample size and structure without altering survey estimates: the experience of the Italian behavioral risk factors surveillance system (PASSI). *Ann Epidemiol* 2014;24(4):241-5. doi 10.1016/j.annepidem.2013.12.003
- Epicentro. Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi d'Argento. www.epicentro.iss.it/passi-argento; ultimo accesso 15/12/2021.