



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 5/2021

PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19

Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento

Versione del 9 marzo 2021

PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19

Versione del 9 marzo 2021

Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento

Responsabile Scientifico:

Maria MASOCCO, *Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Componenti:

Valentina MINARDI, *CNaPPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Benedetta CONTOLI, *CNaPPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Nicoletta BERTOZZI, *Dipartimento di Sanità pubblica Ausl Romagna, Cesena*
Stefano CAMPOSTRINI, *Dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia*
Giuliano CARROZZI, *Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena*
Marco CRISTOFORI, *Unità operativa sorveglianza e promozione della salute, AUSL Umbria 2, Orvieto*
Angelo D'ARGENZIO, *Igiene, Sicurezza Luoghi di Lavoro e OER, Regione Campania, Napoli*
Amalia Maria Carmela DE LUCA, *Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro, Catanzaro*
Pirous FATEH-MOGHADAM, *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*
Susanna LANA, *CNaPPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Valentina POSSENTI, *CNaPPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Mauro RAMIGNI, *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 2 Marca Trevigiana, Treviso*
Massimo Oddone TRINITO, *Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 2*
Stefania VASSELLI, *Ministero della Salute, Roma*

con il contributo di:

Paola LUZI, *CNaPPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

in collaborazione con:

Rete PASSI e PASSI d'Argento*

* in Appendice A1 i Coordinatori e i Referenti sul territorio della Rete

Istituto Superiore di Sanità

PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021.

Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento

2021, ii, 39 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021

La pandemia COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ha investito la collettività su molteplici aspetti di vita e non solo relativi alla salute, ma anche economici, sociali e culturali. L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, la percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, la disponibilità a vaccinarsi contro SARS-CoV-2, l'uso delle mascherine, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni, sono aspetti indagati in PASSI (dedicato agli adulti di 18-69 anni) e PASSI d'Argento (dedicato agli ultra 65enni). In questo report sono presentati i risultati su un campione preliminare di complessive 4.901 persone, di tutte le età dai 18 anni in su, intervistate fra agosto e dicembre 2020.

Istituto Superiore di Sanità

PASSI and PASSI d'Argento and the COVID-19 pandemic. Version of March 9, 2021

PASSI and PASSI d'Argento Coordinating Group

2021, ii, 39 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021 (in Italian)

Since the beginning, the COVID-19 pandemic has been impacting on the whole community as per multiple life issues: not only concerning the health-related domain, but also the economic, social and cultural dimensions. PASSI and PASSI d'Argento surveillance systems are focusing onto what extent the pandemic has been affecting several aspects such as economic and working conditions, emotional status and access to care in the general population. Other elements analysed are contagion risk perception and its outcomes, attitudes toward vaccination against SARS-CoV-2, mask use, citizens' trust in institutions. The present report shows the results from a 4,901 individuals' preliminary sample, gathered between August and December 2020.

Si ringraziano gli operatori socio-sanitari per la realizzazione delle interviste.

Per informazioni su questo documento scrivere a: maria.masocco@iss.it

Citare questo documento come segue:

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).

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2021
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



Indice

Destinatari del rapporto.....	ii
Scopo del rapporto.....	ii
Acronimi.....	ii
1. Pandemia COVID-19 e le sorveglianze di popolazione in Italia	1
1.1. Pandemia COVID-19 e sue conseguenze	1
1.2. PASSI e PASSI d'Argento e il loro potenziale informativo nel contesto pandemico.....	1
2. Modulo COVID in PASSI e PASSI d'Argento	4
2.1. Finalità e aree indagate.....	4
2.2. Il campione.....	6
3. Dati sull'impatto della pandemia COVID-19.....	7
3.1. Impatto della crisi COVID-19 sulle condizioni economiche e lavorative	7
3.2. Pandemia e rinuncia alle cure nell'anziano	11
3.3. Percezione del rischio: contagio, esiti della malattia e disponibilità a vaccinarsi	12
Contagio ed esiti di malattia	13
Disponibilità a vaccinarsi contro il SARS-CoV-2	13
3.4. Adesione dei cittadini alle misure di contenimento del contagio: l'uso delle mascherine	15
3.5. Fiducia dei cittadini nella capacità delle proprie ASL di gestire l'epidemia.....	17
3.6. Impatto della pandemia sullo stato emotivo della popolazione	18
3.7. Stili di vita nella popolazione adulta e anziana ai tempi della pandemia: cosa sta cambiando?	22
Attività fisica	22
Alcol	23
3.8. Aiuto agli anziani non autonomi e accesso ai servizi sanitari al tempo della pandemia: cosa sta cambiando?	24
4. Conclusione	27
APPENDICE A1. Rete PASSI e PASSI d'Argento: Coordinatori e Referenti sul territorio	28
APPENDICE A2. PASSI e PASSI d'Argento: finalità, impianto metodologico e temi indagati	31
APPENDICE A3. Patologie croniche e fattori di rischio in Italia, prima della pandemia di COVID-19	34
APPENDICE A4. Copertura vaccinale antinfluenzale, prima della pandemia di COVID-19	36
APPENDICE A5. Qualità dell'invecchiamento in Italia, prima della pandemia di COVID-19	37
Bibliografia di riferimento	39

Destinatari del rapporto

Questo report è destinato a professionisti in sanità pubblica e ai decisori per affrontare i diversi aspetti della pandemia. Rimane a disposizione dei cittadini, dei media e di chiunque sia interessato al tema.

Scopo del rapporto

L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, la percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, la disponibilità a vaccinarsi contro SARS-CoV-2, l'uso delle mascherine, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sono aspetti indagati nei sistemi di sorveglianza, PASSI e PASSI d'Argento, dedicati alla popolazione adulta e anziana residente in Italia.

Questo rapporto fornisce una prima descrizione di quanto è emerso finora dalle raccolte dati PASSI e PASSI d'Argento su questi aspetti e di quanto si inizia a intravedere dell'impatto della pandemia anche sugli stili di vita connessi alla salute e in alcuni aspetti legati alla qualità di vita nell'anziano.

Acronimi

ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
ASL	Azienda Sanitaria Locale
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
IADL	<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
PASE	<i>Physical Activity Scale for the Elderly</i>
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PHQ-2	<i>Patient Health Questionnaire-2</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2</i>
UA	Unità Alcolica

1. Pandemia COVID-19 e le sorveglianze di popolazione in Italia

1.1. Pandemia COVID-19 e sue conseguenze

La pandemia COVID-19 ha investito la collettività su molteplici aspetti di vita non solo relativi alla salute, ma anche economici, sociali e culturali. L'emergenza pandemica in sé e le stesse misure di contenimento del contagio hanno e avranno conseguenze a lungo termine sul mondo produttivo e sull'economia in generale del Paese, sulla gestione di prestazioni di cura e assistenziali alla popolazione, sulla socialità dei singoli; il lavoro diminuisce, l'erogazione di servizi socio-sanitari alla cittadinanza subisce ritardi o inefficienze, i luoghi di cultura, come scuole, teatri e cinema sono soggetti a chiusure e le occasioni di socialità si riducono, così come le occasioni di incontro e relazioni interpersonali. Ogni cittadino è dunque coinvolto a prescindere dall'esperienza diretta o indiretta della malattia, e questo potrà comunque avere effetti sulla salute individuale, sullo stato emotivo e sul benessere psicofisico e sociale di ciascuno.

In questa complessità, il potenziale informativo dei sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'Argento per la comprensione e valutazione delle conseguenze di questa pandemia è ampio.

1.2. PASSI e PASSI d'Argento e il loro potenziale informativo nel contesto pandemico

PASSI e PASSI d'Argento sono sistemi di sorveglianza di popolazione dedicati, rispettivamente, agli adulti di 18-69 anni e agli ultra 65enni. Realizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), in collaborazione con le Regioni, sono coordinati a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità, per le funzioni di sviluppo, formazione e ricerca. Avviati da oltre dieci anni, si basano su indagini con campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione generale residente in Italia e raccolgono, in continuo, informazioni sullo stato di salute di adulti e anziani (es. salute percepita, sintomi depressivi, patologie croniche), sui fattori di rischio comportamentali associati all'insorgenza delle principali patologie croniche (es. fumo, alcol, sedentarietà, eccesso ponderale, alimentazione, fattori di rischio cardiovascolare) e sul grado di adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione (es. screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale). I dati vengono raccolti attraverso interviste telefoniche, su questionario standardizzato, condotte da operatori socio-sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, opportunamente formati.

Per ulteriori dettagli sui sistemi PASSI e PASSI d'Argento consultare Appendice A2.

Il potenziale informativo di PASSI e PASSI d'Argento per la comprensione e valutazione dell'impatto della pandemia sui molteplici aspetti di vita coinvolti va ricercato nella ricchezza di informazioni raccolte, nella continuità della raccolta, e nella grande flessibilità di questi sistemi che li rende adattabili a nuove esigenze conoscitive anche in situazioni emergenziali (come già accaduto in passato con la pandemia da A/H1N1 o il terremoto dell'Aquila del 2009).

In primo luogo, le informazioni raccolte consentono di tracciare il profilo di salute della popolazione generale, individuare i gruppi più esposti al rischio di patologie croniche o più vulnerabili, di misurare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione, e di comprendere l'impatto della pandemia anche in termini socio-economici, perché accanto alle informazioni su istruzione, disponibilità economica,

cittadinanza, ve ne sono molte altre sulla condizione e posizione professionale, sulla precarietà lavorativa nell'adulto e su accessibilità ai servizi o isolamento sociale nell'anziano.

In secondo luogo, la continuità di raccolta dati consente di osservare cambiamenti in tutti questi aspetti sul breve, medio e lungo periodo.

Infine, la flessibilità dei sistemi rende possibile integrare la raccolta anche su aspetti più pertinenti la pandemia di COVID-19 e indagarne in modo più diretto l'impatto, come si sta facendo, da fine luglio-agosto 2020 con il nuovo Modulo COVID.

Il contributo di questi sistemi alla comprensione delle conseguenze della pandemia può dunque essere espresso con diverse opportunità di utilizzo dei dati:

1) Descrivere il contesto in cui si è sviluppata la pandemia nel nostro Paese, in riferimento ai principali aspetti di salute correlati all'epidemia di COVID-19.

Alcuni esempi:

a. Diffusione delle patologie croniche nella popolazione generale

Patologie croniche, policonicità, ipertensione, obesità ed età avanzata sono stati individuati da subito come fattori fortemente associati a esiti peggiori della malattia da COVID-19. L'abitudine al fumo e il consumo di alcol sono chiamati in causa per il loro ruolo nel funzionamento del sistema immunitario e nella risposta anticorpale, in caso di infezioni respiratorie e polmonari, come anche le differenze di genere sono sembrate da subito rilevanti sia fra i contagi, sia nei decessi. Offrire un quadro sintetico sulla dimensione della cronicità in Italia, per età, genere e regione di residenza, attraverso una lettura integrata dei dati PASSI e PASSI d'Argento, è utile non solo per quantificare la dimensione della popolazione vulnerabile agli esiti peggiori della infezione da SARS-CoV-2 nelle diverse aree del Paese, ma anche per stimare l'eccesso di cronicità fra i decessi COVID-19 o a questi correlati, attraverso una lettura congiunta dei dati di popolazione e quelli desumibili dalle cartelle cliniche dei decessi COVID-19.

Una lettura dei dati in questa direzione è disponibile nella sezione del portale di EpiCentro dedicata a COVID-19 (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>).

Un estratto di questi risultati è disponibile in Appendice A3.

b. Coperture vaccinali contro influenza stagionale nelle persone con cronicità

Raccomandata e offerta agli ultra 65enni e alle persone con patologie croniche di tutte le età, la vaccinazione riduce sensibilmente il rischio di morte e complicanze in caso di influenza, rischio non trascurabile in queste categorie. Per questa ragione, e a fronte dell'emergenza COVID-19, le autorità sanitarie hanno insistito nel richiamare l'importanza della vaccinazione antinfluenzale su larga scala per la stagione 2020-2021, anche per la possibilità che offre in termini di diagnosi differenziale in caso di contagio con SARS-CoV-2. È dunque interessante capire quale sia la propensione a vaccinarsi contro l'influenza delle categorie di persone più a rischio di sviluppare complicanze dal momento che corrispondono agli stessi gruppi vulnerabili a esiti peggiori del SARS-CoV-2.

I dati sulle coperture vaccinali contro influenza nella popolazione generale e a rischio per patologie croniche sono disponibili in Appendice A4.

c. Qualità dell'invecchiamento in Italia

In questa pandemia gli anziani stanno pagando il costo maggiore, in termini di vite, ma anche sulle condizioni e sulla qualità di vita per le conseguenze delle restrizioni di contenimento dell'epidemia.

Il *lockdown*, l'isolamento prolungato, il distanziamento, la limitazione dei contatti avranno presumibilmente conseguenze maggiori sulla salute dei nostri anziani. In questo contesto, la perdita di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana rischia di diventare più velocemente irreversibile; così come il rischio di cadute (evento drammatico in età anziana in quanto correlato a molte condizioni peggiorative di salute) che potrebbe aumentare sensibilmente; infine, l'accesso e la fruizione dei servizi socio-sanitari dedicati all'anziano rischia di peggiorare non solo a causa delle restrizioni imposte, della sospensione delle prestazioni o il rinvio di attività non indispensabili, ma anche a causa della rinuncia delle singole persone per timore del contagio. Conoscere la diffusione di questi aspetti prima dell'epidemia può contribuire a programmare interventi mirati di presa in carico dei gruppi più vulnerabili, conoscendo anche le aree e i gruppi maggiormente esposti.

I dati su alcuni aspetti inerenti alla qualità dell'invecchiamento in Italia sono disponibili in Appendice A5.

2) Osservare i cambiamenti

La continuità della raccolta di questi sistemi e la raccolta di oltre un decennio di dati consente di osservare i cambiamenti nel tempo di breve, medio e lungo periodo, nella salute, nei determinanti socio-economici e negli stili di vita connessi alla salute e nell'adesione ai programmi di prevenzione da parte dei cittadini. Per ogni aspetto indagato si conosce la diffusione nella popolazione, i gruppi di popolazione più coinvolti, la geografia ma soprattutto il trend temporale riferito agli ultimi 12 anni. La modalità continua di raccolta dei dati consentirà infatti di registrare e valutare i cambiamenti che, nel tempo, ci saranno, individuando anche quelli inattesi, ipoteticamente riconducibili alla pandemia.

3) Adottare un nuovo set di domande per una valutazione dell'impatto della pandemia: il Modulo COVID

Il contributo più focalizzato PASSI e PASSI d'Argento lo mettono in campo con il Modulo specificamente dedicato al COVID-19. La flessibilità di questi sistemi ha reso possibile infatti integrare la raccolta dati in corso, nel 2020, con un nuovo set di domande riguardanti aspetti più pertinenti la pandemia di COVID-19 che consentono di indagare in modo più diretto e puntuale il suo impatto nella popolazione generale, su diversi aspetti.

2. Modulo COVID in PASSI e PASSI d'Argento

In questo rapporto sono presentati i primi risultati desumibili dal Modulo COVID in PASSI e PASSI d'Argento e quanto inizia ad emergere dall'osservazione dei cambiamenti negli stili di vita e in alcuni aspetti legati alla qualità di vita nell'anziano, in questo periodo pandemico.

2.1. Finalità e aree indagate

Il Modulo COVID è un nuovo set di 17 domande che affianca e integra le sezioni standard dei questionari PASSI e PASSI d'Argento e si propone di indagare alcuni aspetti peculiari che descrivono la percezione del rischio e i comportamenti della popolazione nello scenario pandemico, ma anche di valutare l'impatto diretto della pandemia, su breve, medio e lungo periodo, sullo stato di salute e sui suoi maggiori determinanti sociali. Messo a punto dopo un'attenta revisione dei questionari PASSI e PASSI d'Argento, il Modulo COVID è stato introdotto a fine luglio, in entrambi i sistemi. Per consentire una lettura integrata dai 18 anni di età in su, il Modulo COVID è costituito dalle stesse domande sia in PASSI che in PASSI d'Argento, se pertinenti ad entrambi i gruppi di popolazione. Accanto a queste domande comuni, ve ne sono altre specifiche nell'uno e nell'altro sistema che consentono l'analisi di alcuni aspetti di particolare rilievo per la popolazione adulta (ad esempio, le condizioni lavorative) e per la popolazione anziana (come la rinuncia alle cure).

Le aree indagate consentono quindi di descrivere e analizzare:

1. impatto sulle condizioni economiche e lavorative
2. impatto sulle modalità lavorative "Il lavoro durante il lockdown" *(solo in PASSI)*
3. esperienza vissuta di malattia per sé e per i propri familiari/cari
4. impatto sullo stato emotivo della popolazione
5. percezione del rischio di contagio e dei suoi esiti
6. uso delle mascherine
7. fiducia dei cittadini negli enti territoriali (ASL) nella capacità di gestire l'emergenza
8. rinuncia alle cure *(solo in PASSI d'Argento)*.

Tutte queste aree sono rilevanti sia se considerate a sé stanti sia per una migliore comprensione di altri aspetti, come ad esempio l'esperienza vissuta di malattia (per se stessi o i propri familiari) raccolta con la finalità di sapere se e come condiziona lo stato emotivo, o la percezione del rischio di contagio, che a sua volta determina i comportamenti individuali di adesione alle misure di controllo (come l'uso corretto delle mascherine) e la fiducia nelle istituzioni nel gestire l'emergenza sul territorio.

La rinuncia alle cure, da scongiurare soprattutto fra gli anziani, può essere al tempo stesso una scelta individuale per timore di contagio, ma anche "subita" a causa della sospensione dei servizi socio-sanitari, riorientati alla gestione dell'emergenza, e anch'essa può quindi essere meglio compresa alla luce dell'esperienza vissuta di COVID-19 e dell'impatto che questa ha avuto sullo stato emotivo del singolo.

Infine, le molte informazioni desumibili dal questionario standard, che descrivono il profilo sociodemografico e di salute delle persone, in termini di comportamenti e attitudine alla prevenzione, rappresentano un'ulteriore occasione per contestualizzare la lettura delle informazioni tratte dal Modulo COVID. Sarà così utile analizzare questi aspetti in termini di differenze per genere o età, o determinanti sociali (istruzione, disponibilità economiche, cittadinanza), per condizioni di salute (presenza o meno di patologie croniche), per condizione e posizione professionale o anche per settore e mansione svolta (es. nel Modulo COVID vi è un focus dedicato agli operatori del settore sanitario e sulla loro esperienza

durante la pandemia), ma anche per l'attitudine verso la prevenzione (condurre uno stile di vita sano o fare prevenzione attraverso la diagnosi precoce dei tumori) e così via.

La dimensione del potenziale informativo del Modulo COVID è desumibile dalla Tabella 1 in cui sono riportati i principali indicatori stimabili per ciascun aspetto indagato.

Tabella 1. Principali indicatori stimabili dal Modulo COVID, introdotto in PASSI e PASSI d'Argento da agosto a dicembre 2020

Aree indagate	Principali indicatori stimabili
1. Impatto del COVID-19 sulle condizioni economiche e lavorative	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone che riferiscono che le proprie risorse economiche sono peggiorate a seguito della crisi legata alla pandemia di COVID-19 b) % persone che hanno perso il lavoro a seguito della crisi legata al COVID-19 <i>(solo in PASSI)</i> c) % persone che hanno lavorato meno, a retribuzione ridotta, a seguito della crisi legata al COVID-19 <i>(solo in PASSI)</i>
2. Impatto dell'emergenza sanitaria sulle modalità lavorative: il lavoro durante il lockdown <i>(solo in PASSI)</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) % lavoratori che hanno lavorato nella propria sede b) % lavoratori in <i>smart working</i> parziale c) % lavoratori in <i>smart working</i> totale d) % lavoratori sospesi dall'attività e) % lavoratori della sanità a contatto con pazienti
3. Esperienza vissuta di malattia per sé e per i propri familiari/cari	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone che hanno ricevuto la diagnosi di COVID-19 b) % persone che hanno avuto familiari, amici e colleghi positivi al SARS-CoV-2 c) % persone che hanno avuto lutti in famiglia a causa di COVID-19 d) % persone che hanno vissuto periodi in quarantena o isolamento fiduciario (e i motivi)
4. Impatto sullo stato emotivo della popolazione	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone con pensieri intrusivi b) % persone che dichiarano di essere preoccupate per la situazione attuale
5. Percezione rischio del contagio e dei suoi esiti	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone che ritengono probabile ammalarsi di COVID-19 nei 3 mesi successivi l'intervista b) % persone che ritengono gravi le conseguenze del COVID-19 per la propria salute, nel caso la sviluppassero c) % persone disponibili a farsi vaccinare contro SARS-CoV-2/COVID-19
6. Uso delle mascherine (per situazione e frequenza)	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone che usano le mascherine sui mezzi di trasporto pubblici b) % persone che usano le mascherine nei locali pubblici c) % persone che usano le mascherine all'aperto
7. Fiducia nella propria ASL nella capacità di gestire l'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> a) % persone che hanno fiducia nelle capacità nella propria ASL di individuare rapidamente e contenere focolai
8. Rinuncia alle cure <i>(solo in PASSI d'Argento)</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) % ultra 65enni che riferiscono di aver rinunciato a visite mediche o esami diagnostici per timore del contagio b) % ultra 65enni che riferiscono di aver rinunciato a visite mediche o esami diagnostici per sospensione dei servizi causa COVID-19

2.2. Il campione

I dati 2020 contenuti in questo rapporto fanno riferimento al campione nazionale preliminare di interviste realizzate dalle ASL e riversate nella piattaforma ISS di centralizzazione dei dati, disponibili al 22 dicembre 2020, sia in PASSI che in PASSI d'Argento. Si tratta dunque di un campione, non ancora consolidato, che potrà essere considerato definitivo solo quando le ASL concluderanno il riversamento in piattaforma di tutte le interviste da loro realizzate nel corso del 2020.

In particolare:

- Dalle interviste 2020 realizzate fra agosto e dicembre sono tratti i risultati inerenti le aree indagate con il Modulo COVID (introdotto in agosto): 2.613 interviste PASSI di 18-69enni (dalle ASL di: Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia) e 2.288 interviste PASSI d'Argento di ultra 65enni (dalle ASL di: Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna).
- Dalle interviste 2020 realizzate fra marzo e dicembre (ossia da inizio pandemia) e dal confronto con il campione di interviste realizzate nel 2019 e negli anni precedenti (negli stessi mesi di marzo-dicembre e nelle stesse regioni che hanno contribuito al campione 2020) sono tratti i risultati inerenti i cambiamenti nel periodo pandemico che si vanno delineando nei comportamenti associati alla salute (alcol, sedentarietà) e in alcuni aspetti della qualità di vita degli anziani.

I campioni di interviste 2020, PASSI e PASSI d'Argento, sono stati opportunamente pesati per tener conto della numerosità regionale e della composizione per genere ed età all'interno della regione. Il tasso di risposta del 2020 supera l'86% in entrambi i sistemi.

3. Dati sull'impatto della pandemia COVID-19

3.1. Impatto della crisi COVID-19 sulle condizioni economiche e lavorative

La Figura 1 riporta i risultati relativi all'impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni economiche della popolazione adulta di 18-69 anni e della popolazione anziana di 65 anni e più.

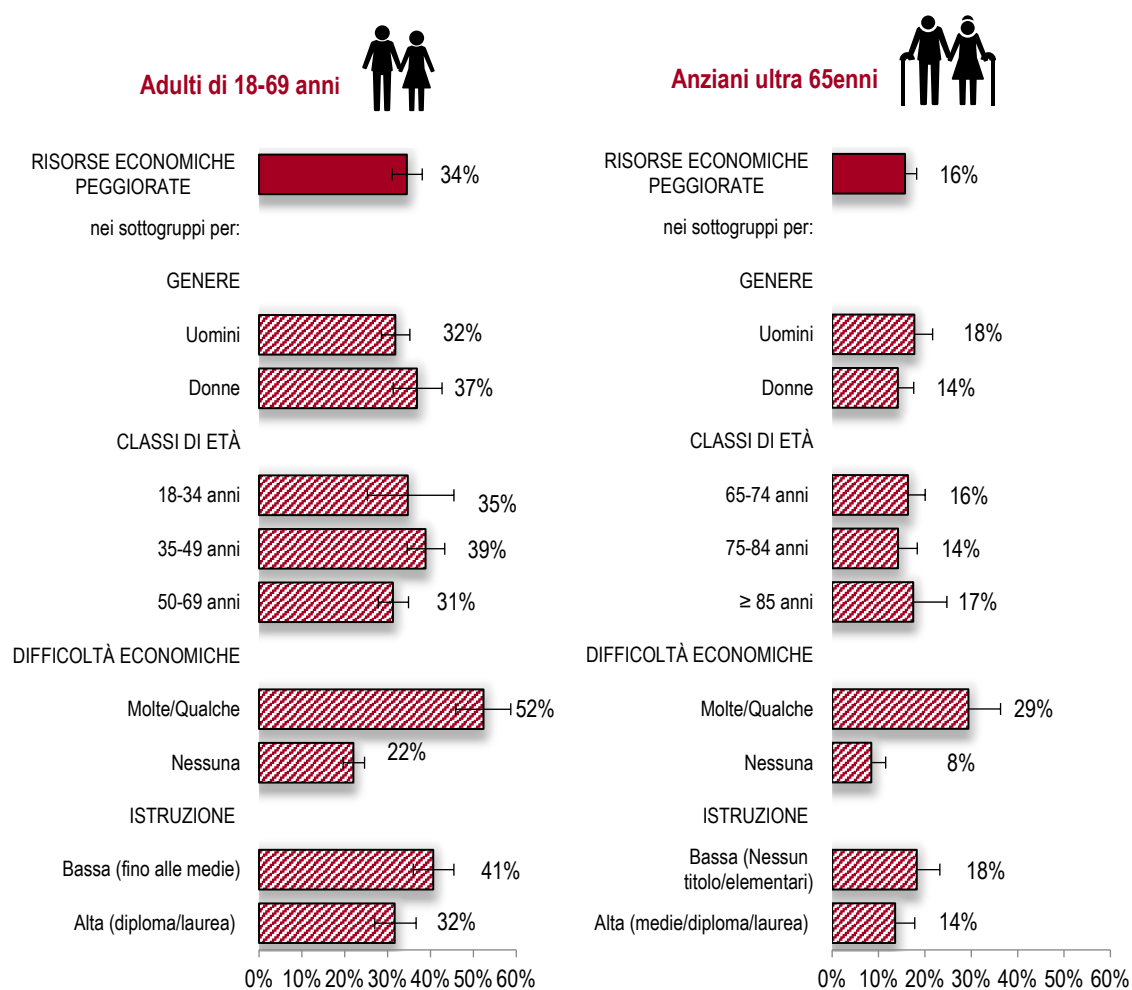


Figura 1. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni economiche nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Il 34% degli adulti riferisce che questa crisi ha peggiorato le proprie disponibilità economiche. Lo dichiarano gli adulti più abbienti, coloro che comunque non hanno difficoltà ad arrivare alla fine del mese (22%), ma sale significativamente al 52% fra coloro che invece hanno difficoltà, molte (58%) o qualcuna (51%). Il gradiente sociale è confermato anche dal dato sull'istruzione e fra coloro che hanno un livello basso (al più la licenza media) è maggiore la quota di chi dichiara peggiorate le proprie disponibilità economiche

(41% vs. 32% fra chi ha almeno un diploma di scuola media superiore). Non sembrano esserci differenze statisticamente significative per genere o per età, anche se è maggiore la quota di donne e di persone in età centrale (35-49 anni) che dichiarano di aver subito perdite a causa della crisi da COVID-19. I dati relativi all'impatto della crisi da COVID-19 sulle condizioni economiche degli adulti trovano conferma anche da quelli sull'esperienza lavorativa durante questo periodo pandemico (Figura 2) da cui infatti emerge che il 31% degli occupati, pur avendo mantenuto il lavoro, ha comunque lavorato meno a causa della crisi da COVID-19, con una retribuzione più bassa (per cassa integrazione, contratti di solidarietà o mancato guadagno), mentre il 5,5% ha perso il lavoro e non manca chi ha dovuto rinunciarvi o chi si è visto costretto a cambiare lavoro perché quello che aveva non era più garantito.

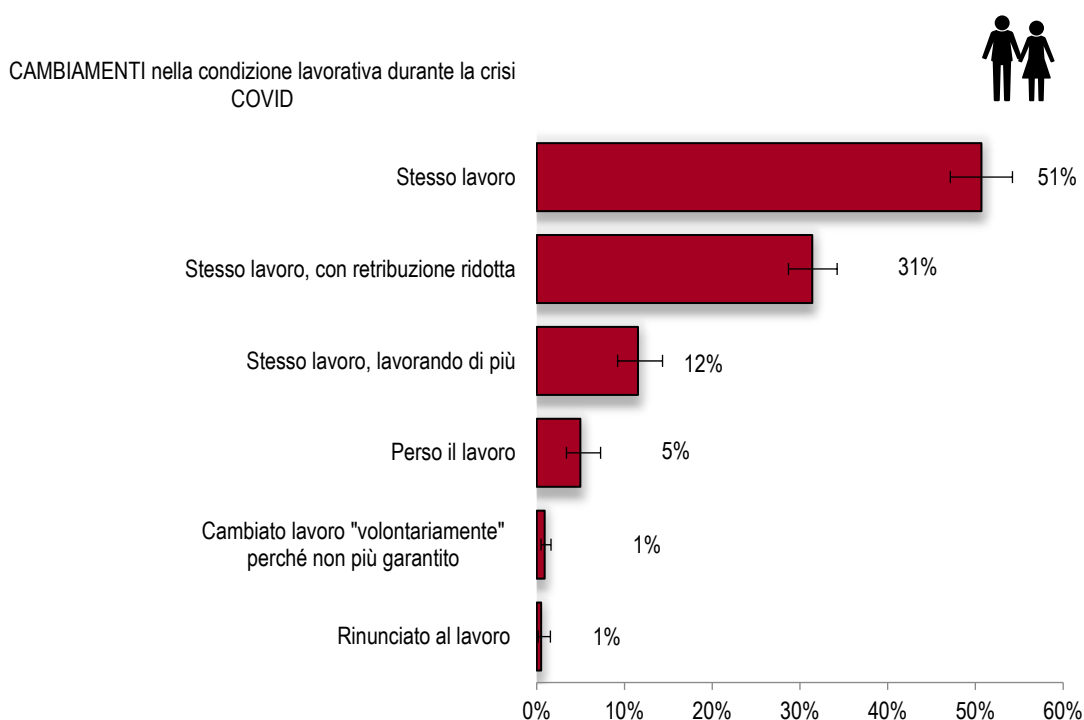
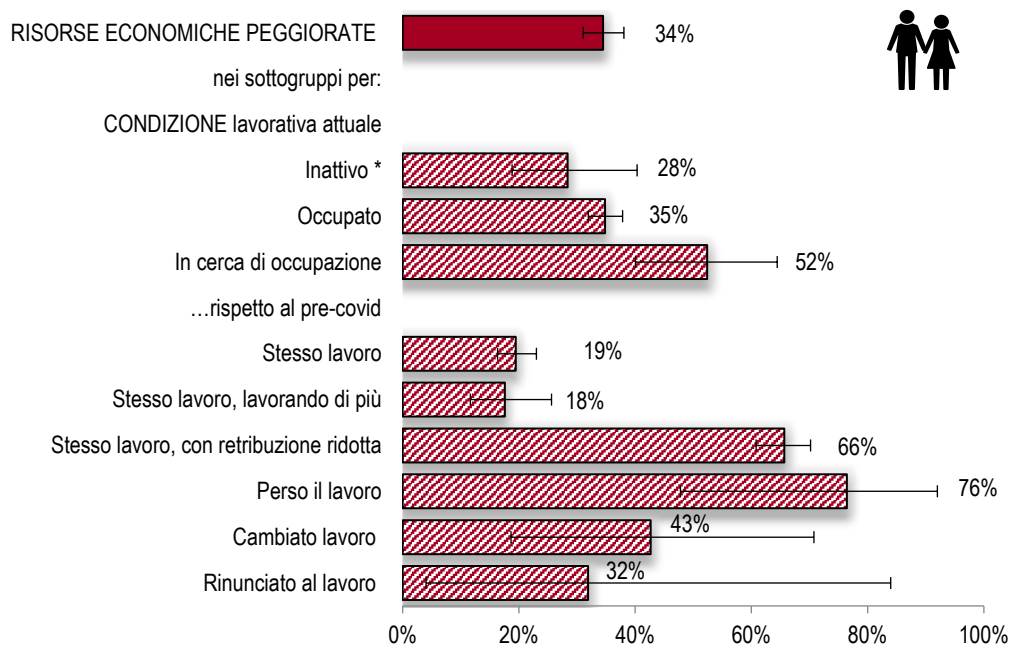


Figura 2. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni lavorative nella popolazione adulta. PASSI 2020.

Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Una lettura congiunta dei dati disponibili su impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative nella popolazione adulta mette chiaramente in luce quanto il peggioramento delle disponibilità economiche imputabile alla crisi da COVID-19 sia associato alla condizione lavorativa del rispondente, ma non da questa interamente determinato. Vedere peggiorate le proprie disponibilità economiche e imputarle alla crisi pandemica è più frequente fra le persone in cerca di occupazione (52%), rispetto agli occupati (35%) o agli inattivi (28%); fra chi ha perso il lavoro a causa della crisi (76%), e fra chi, pur mantenendo il proprio lavoro è stato costretto a lavorare meno subendo una perdita delle entrate/retribuzione (66%), ma riguarda anche chi non ha subito modifiche nella propria condizione lavorativa e volume di attività (19%) o chi dichiara di aver lavorato di più durante la crisi pandemica (18%) (Figura 3).



* Casalinghe, studenti, pensionati, inabili, servizio civili, benestanti

Figura 3. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni economiche nella popolazione adulta per condizione lavorativa. PASSI 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

L'analisi multivariata sul campione di intervistati occupati o in cerca di occupazione al momento dell'intervista (escludendo gli inattivi) mostra un'associazione significativa fra il peggioramento delle disponibilità economiche e lo svantaggio sociale (bassa istruzione e difficoltà economiche) anche correggendo per la perdita di lavoro e la perdita di guadagno (Tabella 2). Già da questi primi risultati emerge con forza che l'impatto della crisi non è e non sarà uguale per tutti, ma accentuerà le disuguaglianze, colpendo maggiormente le persone socialmente più svantaggiate, presumibilmente le famiglie con figli o comunque le persone che non hanno una stabilità economica.

Fra gli ultra 65enni, una quota più bassa ma non trascurabile (16%) riferisce un peggioramento delle disponibilità economiche a causa della crisi legata alla pandemia. Sono persone per lo più non occupate (appena l'8% degli intervistati ultra 65enni dichiara di lavorare), che quindi non hanno subito alcuna misura di contrazione del trattamento pensionistico; tuttavia una persona su sei lamenta un peggioramento delle disponibilità economiche a causa di questa crisi, quota che triplica quasi (29%) fra chi riferisce di avere difficoltà ad arrivare alla fine del mese con le risorse finanziarie disponibili (vedi Figura 1).

Anche sugli anziani, dunque, che meno della popolazione in età lavorativa dovrebbero risentire degli effetti di un rallentamento o un'interruzione delle attività produttive, almeno nel breve periodo, si riflette l'eco della crisi economica e, come per gli adulti, questo sembra ampliare le disuguaglianze sociali. Questo rappresenta un dato su cui riflettere e da approfondire, una volta consolidato il campione, per comprendere il meccanismo che lo determina. Le ragioni potrebbero essere cercate in un aumento della spesa da sostenere per nuove necessità direttamente o indirettamente legate alla situazione emergenziale (come ad esempio, acquisto di dispositivi di protezione individuale, disinfettanti, aiuto nelle attività della vita quotidiana, ricorso a cure/diagnosi mediche in regime privato per sospensione dei servizi pubblici), o all'aiuto offerto a figli e nipoti per difficoltà economiche sopraggiunte con la pandemia di COVID-19.

Tabella 2. Peggioramento delle risorse economiche, imputato alla crisi legata al COVID-19, e l'associazione con le caratteristiche socio-economiche dei rispondenti occupati o in cerca di occupazione.

Rapporti di prevalenza aggiustati, secondo la regressione di Poisson (Adj.PR). (Campione PASSI al 22 dicembre 2020)*

Caratteristiche socio-economiche	Peggioramento delle risorse economiche e caratteristiche socio-economiche della popolazione occupata o in cerca di occupazione (n = 1.689)		
	Adj.PR*	(95% CI)	p value
Classe di età			
18-34 anni	1	.	
35-49 anni	1,07	(0,875-1,316)	n.s.
50-69 anni	1,03	(0,823-1,278)	n.s.
Genere			
Uomini	1	.	
Donne	1,13	(0,977-1,296)	n.s.
Titolo di studio			
Laurea	1	.	
Diploma	1,27	(1,040-1,560)	p<0,05
Licenza Media o meno	1,39	(1,100-1,764)	p<0,01
Difficoltà economiche			
Nessuna	1	.	
Qualche	1,64	(1,400-1,924)	p<0,01
Molte	1,91	(1,526-2,387)	p<0,01
Macroarea di residenza			
Sud-Isole	1	.	
Centro	0,89	(0,755-1,059)	n.s.
Nord	0,85	(0,689-1,042)	n.s.
Modifiche causate dalla crisi			
Stesso lavoro	1	.	
Stesso lavoro, lavorando di più	0,96	(0,647-1,437)	n.s.
Stesso lavoro, con retribuzione ridotta	3,04	(2,512-3,682)	p<0,01
Perso il lavoro	2,83	(1,921-4,167)	p<0,01
Cambiato lavoro	2,06	(1,078-3,936)	p<0,05
Rinunciato al lavoro	1,83	(0,568-5,872)	n.s.

* Rapporti di prevalenza aggiustati per tutte le covariate in tabella

Interessante infine è anche il dato sull'esperienza dello *smart working*, nella popolazione adulta, che potrà aiutare a valutare l'impatto (non necessariamente positivo) di questa modalità lavorativa nel medio e lungo periodo sulla qualità di vita e sul benessere psicologico, che varierà certamente in funzione dalle caratteristiche del singolo, dal tipo di attività svolta e dalla posizione professionale, ma anche dalla composizione del nucleo familiare e dall'eventuale presenza di minori in casa.

Durante il *lockdown* nazionale (marzo-aprile 2020), il 38% degli intervistati ha continuato a lavorare nella sede abituale, mentre il 28% ha lavorato in modalità *smart working* e, in particolare, il 15% in modo esclusivo; il 33% ha invece smesso di lavorare durante il *lockdown* nazionale (Figura 4).

LAVORO DURANTE LOCKDOWN

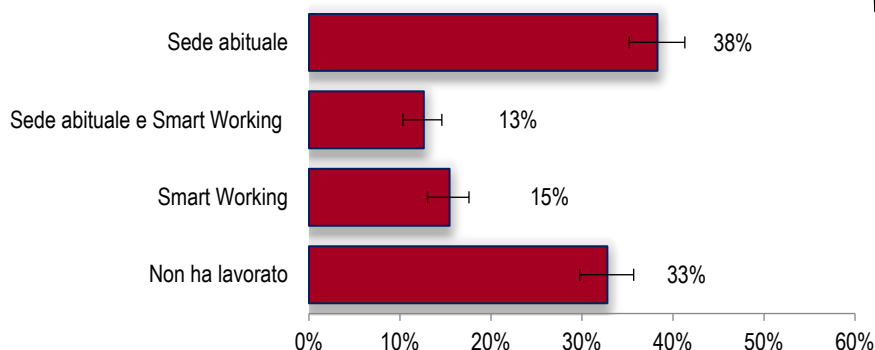


Figura 4. Il lavoro durante il lockdown. PASSI 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

3.2. Pandemia e rinuncia alle cure nell'anziano

Tempestività della diagnosi e di una terapia adeguata sono cruciali in età avanzata. Per questa ragione, la rinuncia alle cure mediche o all'effettuazione di esami diagnostici è un aspetto importante e da non sottovalutare, oggi in particolar modo, dal momento che l'emergenza sanitaria di COVID-19 impone che molte delle risorse disponibili nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) siano impiegate nella gestione dell'epidemia con un notevole ritardo o una vera e propria sospensione nell'erogazione di altri servizi sanitari, quelli non a carattere di urgenza o legati alla prevenzione. Vaccinazioni, screening oncologici, e diversi servizi diagnostici o ambulatoriali, anche di cura, se non di vitale importanza, sono stati sospesi per alcuni periodi o hanno subito notevoli ritardi nell'erogazione.

D'altro canto, la storia della diffusione del virus nel nostro Paese, che ha coinvolto soprattutto i presidi sanitari prima e le residenze sanitarie assistenziali dopo, ha certamente alimentato il timore di contagio nei cittadini nel caso di ricorso a visite mediche presso aziende ospedaliere o altri presidi, inducendo come risposta nella popolazione una rinuncia volontaria e un rinvio nel tempo della visita medica o dell'esame diagnostico.

Nel Modulo COVID in PASSI d'Argento si misura questo aspetto con due domande specifiche che indagano la rinuncia a visite mediche e ad esami diagnostici (programmati) nei 12 mesi precedenti l'intervista e le motivazioni addotte; fra i motivi della rinuncia vi sono la sospensione da parte del centro dell'erogazione del servizio a causa del COVID-19 e il timore di contagio.

I dati non sono incoraggianti e nel campione delle oltre 2.600 interviste realizzate fra gli ultra 65enni una quota rilevante, pari al 44%, dichiara di aver rinunciato nei 12 mesi precedenti ad almeno una visita medica (o esame diagnostico) di cui avrebbe avuto bisogno, in particolare il 28% ha dovuto rinunciarvi per sospensione del servizio mentre il 15% lo ha fatto volontariamente per timore del contagio mentre una quota pari all'11% di anziani ha rinunciato per altri motivi (Figura 5).

La quota degli anziani che ha rinunciato a visite e/o esami diagnostici per motivi legati al COVID-19 è attualmente maggiore tra chi riporta molte difficoltà economiche (52% vs. 42% tra chi non ha difficoltà economiche) e tra gli anziani nella fascia di età 65-74 anni (45% vs. 39% tra gli ultra 85enni).

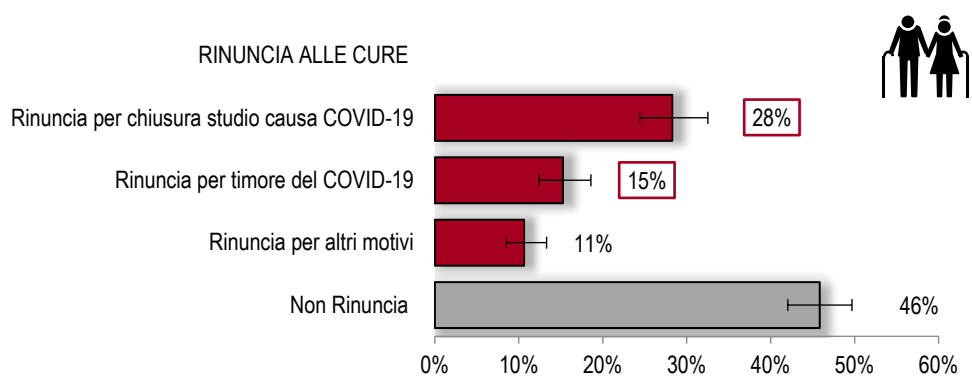


Figura 5. Rinuncia alle cure nell'anziano durante la pandemia di COVID-19. PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Si nota inoltre che la scelta di rinunciare volontariamente alla visita medica o all'esame diagnostico per timore del contagio è più frequente fra gli ultra 85enni e fra le persone con un livello di istruzione maggiore (18% vs. 12% tra chi ha bassa istruzione).

3.3. Percezione del rischio: contagio, esiti della malattia e disponibilità a vaccinarsi

La percezione del rischio è un fenomeno complesso sul quale agiscono diversi fattori, legati alla sfera personale ma anche al contesto in cui si vive, e fra loro fortemente interconnessi. Il proprio stato di salute, l'eventuale esperienza vissuta della malattia (direttamente o attraverso amici e parenti), i dati epidemiologici e in particolare quelli riguardanti il territorio in cui si vive (i nuovi casi, i decessi), la fiducia nelle strutture preposte (ASL/ospedali) di gestire l'epidemia e la presa in carico e il trattamento dei casi più gravi, più in generale la fiducia nelle istituzioni e nella scienza e nella medicina, sono tutti aspetti che concorrono a determinare la percezione del rischio di ciascun cittadino. Su tutti questi aspetti, inoltre, questo gioca un ruolo determinante la comunicazione istituzionale sul rischio e la capacità di ciascuno di accedere, comprendere e valutare le informazioni disponibili sull'epidemia e la sua evoluzione.

Comprendere la dimensione e la complessità della percezione del rischio è importante perché la percezione del rischio condiziona fortemente la *compliance* dei cittadini alle misure indicate per il contrasto della diffusione della malattia (dall'uso delle mascherine fino alla disponibilità a vaccinarsi) e offre spunti per intraprendere "correzioni" nella gestione della comunicazione istituzionale sul rischio associato alla malattia.

La percezione del rischio legata al COVID-19 viene indagata, sia in PASSI che in PASSI d'Argento, attraverso due domande che rilevano aspetti diversi ma correlati: i) la prima indaga quanto si ritiene probabile venire contagiati e sviluppare la malattia; ii) la seconda indaga la percezione della gravità della malattia e dei suoi esiti per la propria salute.

Inoltre, viene rilevata anche la disponibilità a vaccinarsi contro il virus SARS-CoV-2; fortemente correlata alla percezione del rischio (o ai fattori che la determinano), la propensione alla vaccinazione o l'esitazione vaccinale sono particolarmente utili per la programmazione di campagne vaccinali.

Contagio ed esiti di malattia

Il 49% del campione di intervistati di 18-69 anni ritiene che sia molta (o abbastanza) la probabilità di ammalarsi di COVID-19 da lì a 3 mesi, per se stessi o per i propri familiari. Questa percezione è ancora più alta tra i più giovani di 18-34 anni (55%), forse perché consapevoli delle loro maggiori occasioni di esposizione, per attività lavorativa svolta o contatti sociali, come pure per le donne, che sono più attente alla cura del corpo (53%), e ancor più tra chi riferisce difficoltà economiche (59%).

Il 35% degli intervistati ritiene che nel caso di COVID-19 gli esiti possano essere gravi o molto gravi, percezione che aumenta significativamente con l'età (48% fra i 50-69enni) e fra le persone con patologie croniche (64%), oltre per chi dichiara difficoltà economiche (43%).

Fra gli ultra 65enni il 46% degli intervistati ritiene che sia molto o abbastanza alta la probabilità di contrarre l'infezione nei 3 mesi successivi alla data di intervista. Questa stima è più alta tra le persone con basso livello di istruzione (49%), tra i grandi anziani (51%) e ancor di più tra le persone con difficoltà economiche (56%). È decisamente più elevata la quota di chi teme esiti gravi o molto gravi per la propria salute in caso di malattia (77%), quota che raggiunge l'82% fra le persone con basso livello di istruzione, l'86% fra le persone che riportano difficoltà economiche, l'88% tra chi ha due o più patologie croniche e il 90% fra gli ultra 85enni (Figura 6).

Dunque la popolazione sembra ben consapevole del rischio di esiti gravi della malattia in caso di età avanzata e in presenza di patologie croniche concomitanti e, in generale, le persone di bassa posizione sociale sono più consapevoli del rischio. Tuttavia, se questa dimensione di consapevolezza sia tale da indurre comportamenti corretti anche nel resto della popolazione possiamo vederlo con i dati sull'uso delle mascherine, come *proxy* di adesione a una delle più importanti misure di prevenzione del contagio, così come la disponibilità a vaccinarsi.

Disponibilità a vaccinarsi contro il SARS-CoV-2

Complessivamente, il 71% degli intervistati 18-69enni dichiara che sarebbe disposto a vaccinarsi (il 33% risponde che lo farebbe senza esitazione, il 39% lo farebbe con molta probabilità). Si osserva una maggiore disponibilità tra le persone più istruite a vaccinarsi (74% fra le persone con diploma di scuola superiore o laurea vs. 64% fra chi ha conseguito al più la licenza media). Gli uomini sarebbero più propensi a vaccinarsi (74%), come pure i più giovani e i più anziani, oltre agli adulti che hanno almeno una patologia cronica (74% vs. 70% di chi non riferisce patologie croniche).

Fra gli ultra 65enni la disponibilità a vaccinarsi è decisamente più alta che nel resto della popolazione: l'84% dichiara che sarebbe disposto a farlo (il 54% senza esitazione, il 30% risponde che lo farebbe con molta probabilità), senza sostanziali differenze nei sottogruppi della popolazione, salvo la maggiore propensione degli uomini (88%) (Figura 7).

Questi dati incoraggiano e possono far immaginare una buona adesione della popolazione a una eventuale campagna vaccinale contro SARS-CoV-2, anche se c'è una quota non trascurabile di adulti che riferisce di non essere disponibile a vaccinarsi (33%), e una quota minore ma non trascurabile (circa 1 persona su 10), sia fra gli adulti che fra gli anziani, che non ha saputo esprimere alcuna risposta a questa domanda.

È anche bene sottolineare però che si tratta di dati raccolti, in gran parte, nelle settimane precedenti la disponibilità dei vaccini, quindi non si può escludere che con l'avvio del piano vaccinale, la disponibilità di nuovi vaccini e delle informazioni sulle loro caratteristiche ed efficacia e ancor più le modalità con cui tali informazioni verranno veicolate non possa indurre cambiamenti (come nella esitazione) nella propensione dei cittadini.

Adulti di 18-69 anni



Anziani ultra 65enni

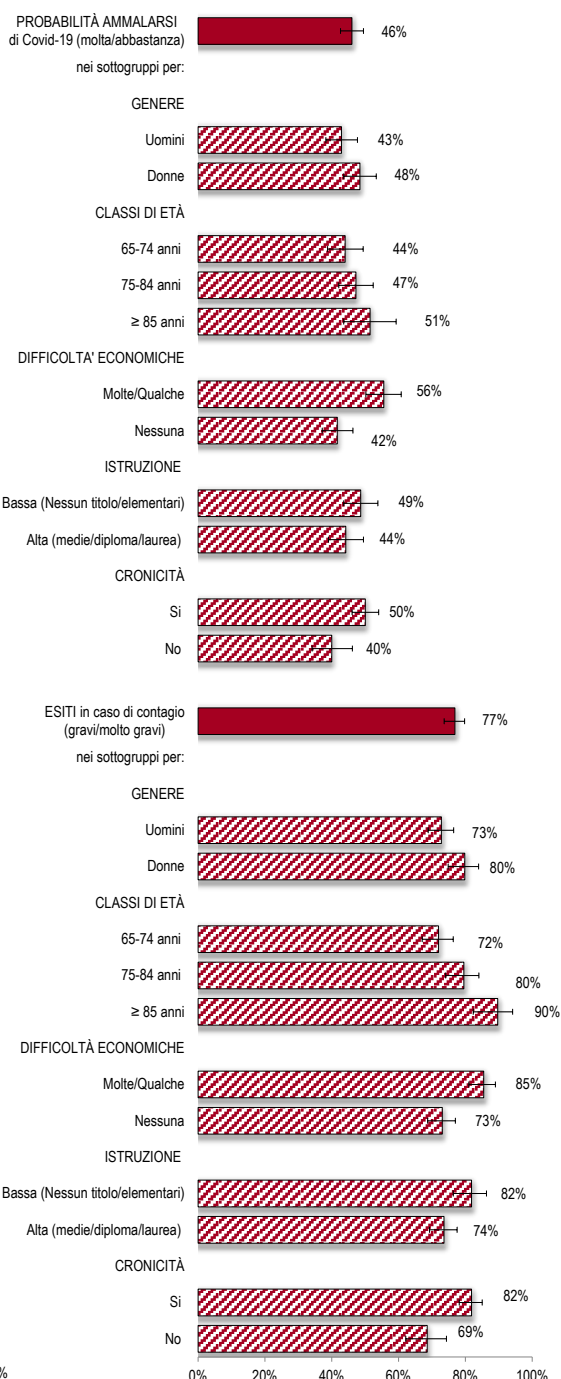
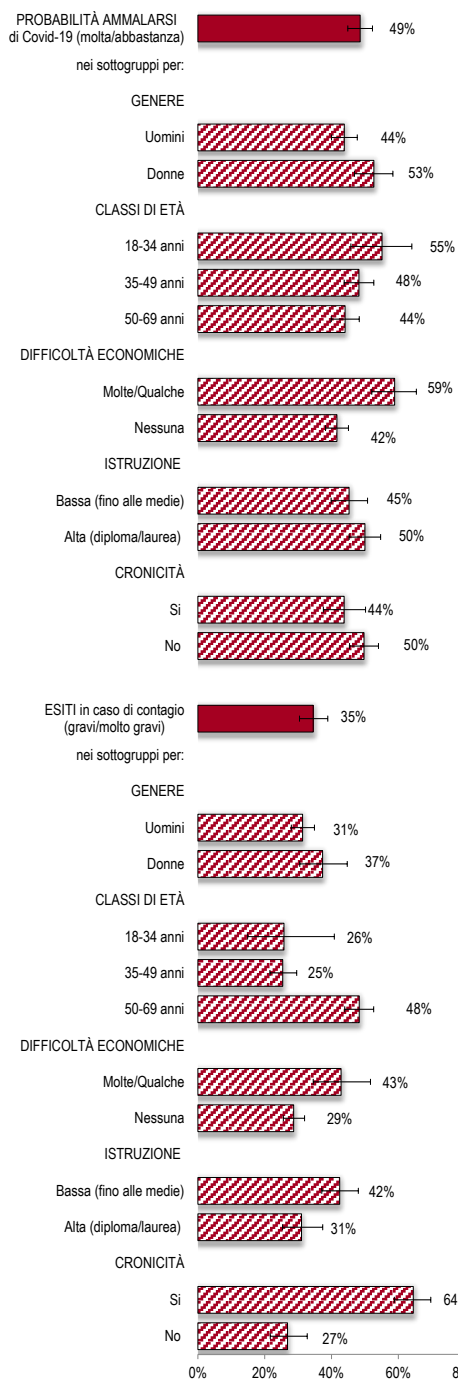


Figura 6. Percezione del rischio: la probabilità di contagio e di esiti gravi da COVID-19 nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

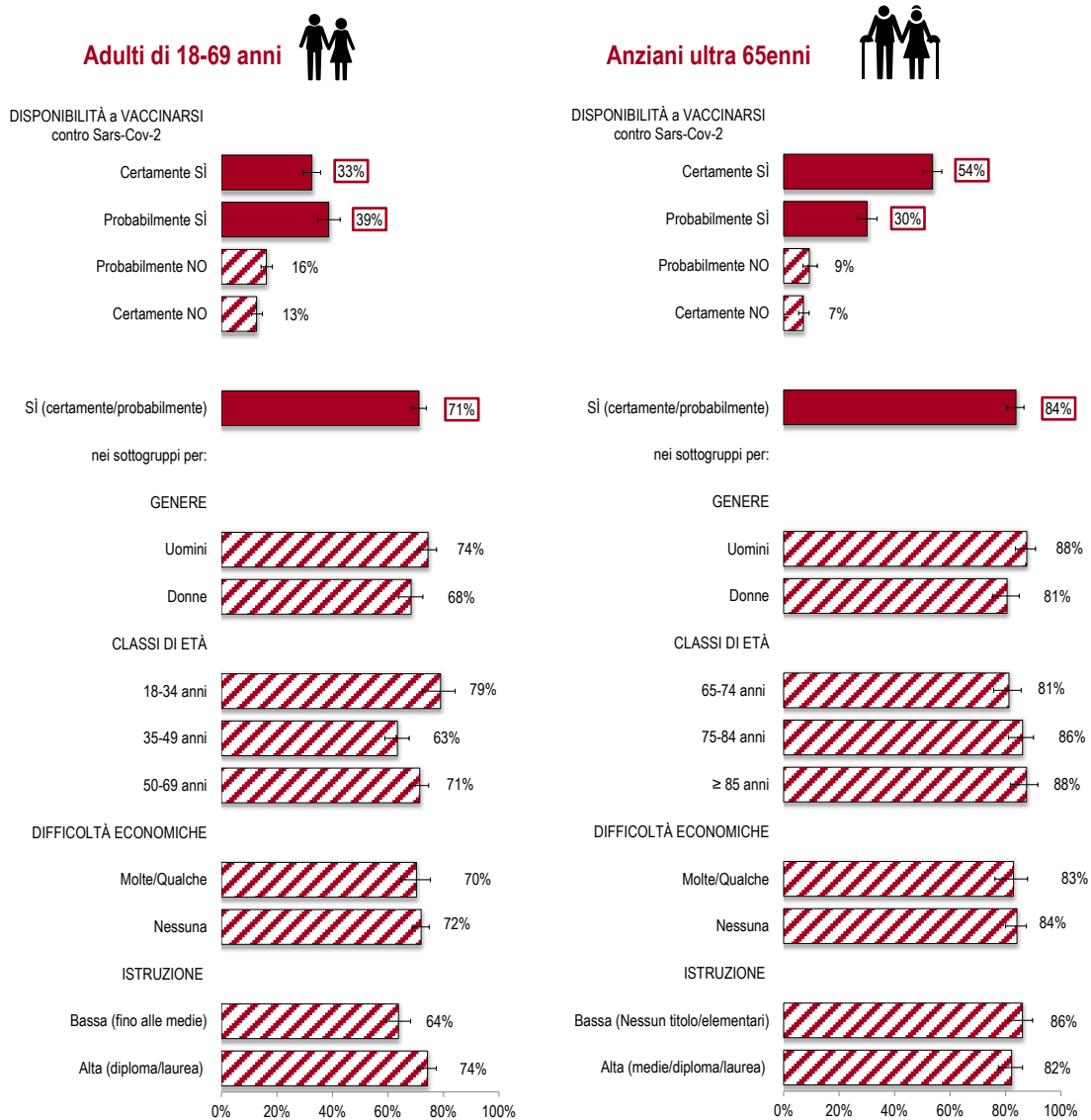


Figura 7. Disponibilità a vaccinarsi contro il SARS-CoV-2 nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

3.4. Adesione dei cittadini alle misure di contenimento del contagio: l'uso delle mascherine

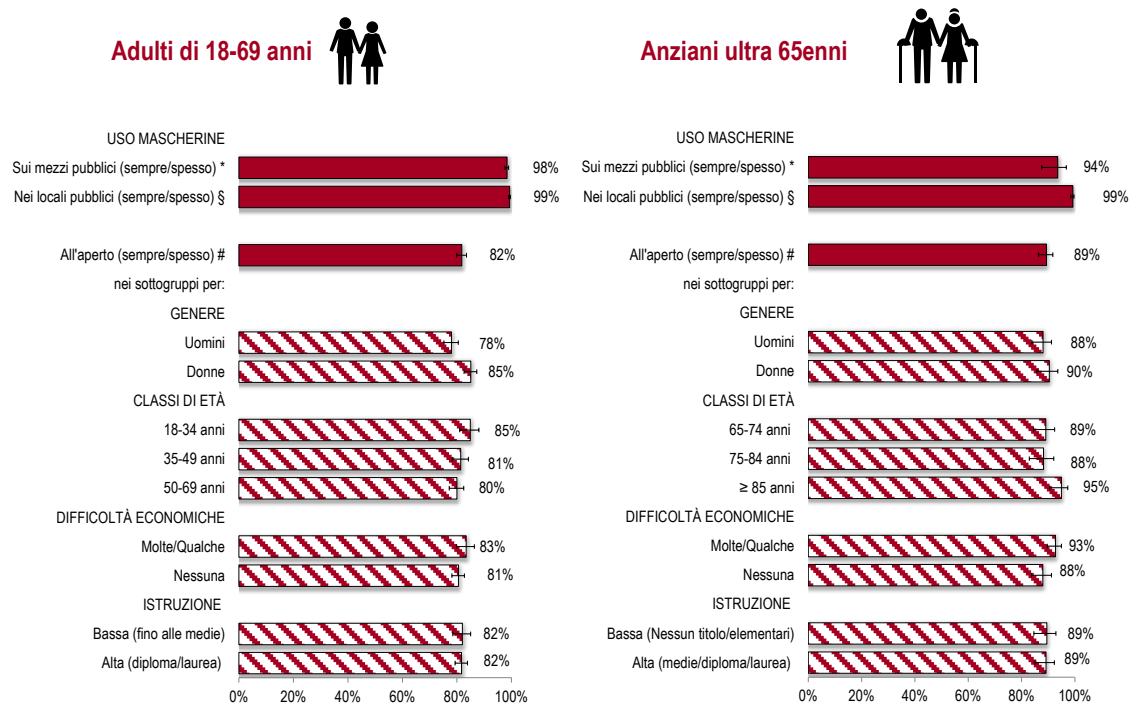
L'uso della mascherina, il distanziamento fisico e il frequente lavaggio delle mani sono le tre misure raccomandate per ridurre il rischio di contagio.

Difficile indagare la "pratica" del distanziamento fisico, così come il frequente lavaggio delle mani, mentre l'uso della mascherina nelle diverse circostanze è un'azione più facilmente quantificabile e può più efficacemente sintetizzare i comportamenti della popolazione in tema di prevenzione del contagio e di adesione alle misure raccomandate dalle istituzioni.

Attraverso una domanda articolata viene indagato l'uso della mascherina nella settimana precedente l'intervista (per una indicazione puntuale nel tempo) sui mezzi di trasporto pubblici, nei luoghi chiusi ad accesso pubblico (esercizi commerciali, uffici pubblici, studi medici, ecc.) e all'aperto.

Da sottolineare che questa domanda è stata introdotta quando già vigeva l'uso obbligatorio della mascherina sui mezzi di trasporto pubblici e nei locali pubblici, quindi le informazioni danno conto del rispetto delle indicazioni di legge; l'uso della mascherina all'aperto è diventato obbligatorio su tutto il territorio nazionale solo con il DPCM del 7 ottobre 2020, e, dal momento che la metà del campione di interviste raccolte è stato realizzato prima dell'entrata in vigore dell'uso obbligatorio, le informazioni che se ne traggono riflettono un comportamento più "spontaneo" dei cittadini.

Questi dati mostrano che i cittadini rispondono responsabilmente alle raccomandazioni/indicazioni sull'uso della mascherina: la quasi totalità degli intervistati riferisce di aver indossato "sempre" la mascherina nel caso di uso dei trasporti pubblici e nei locali pubblici. Senza distinzione di età, genere o condizioni sociali, la stragrande maggioranza dei residenti in Italia indossa le mascherine in queste circostanze (Figura 8).



* Il 32% degli adulti e il 20% degli ultra 65enni prende mezzi pubblici
 § Il 99% degli adulti e il 91% degli ultra 65enni hanno frequentato luoghi pubblici chiusi
 # Il 99% degli adulti e il 94% degli ultra 65enni sono usciti all'aperto

Figura 8. Uso delle mascherine nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Piccole differenze fra l'uso sui mezzi di trasporto e nei locali chiusi possono riflettere, presumibilmente, l'azione di controllo che gli esercenti dei punti vendita o gli addetti negli uffici pubblici sono tenuti a fare nel caso in cui facciano il loro ingresso persone senza mascherina, azione che si può immaginare sia più difficile sui mezzi di trasporto.

Da notare anche un minor rispetto dell'uso della mascherina sui mezzi di trasporto da parte degli ultra 65enni, anche se solo per qualche punto percentuale.

L'uso della mascherina all'aperto, che in questo campione riflette di più la sensibilità del singolo e meno il rispetto di una norma, è comunque elevata: riferiscono di indossare spesso/sempre la mascherina all'aperto l'82% dei 18-69enni e l'89% degli ultra 65enni. Sono più propensi all'uso della mascherina i grandi anziani e le persone con difficoltà economiche. Si intravede invece una differenza di genere con le donne più propense degli uomini all'uso della mascherina (85% vs. 78% fra gli adulti; 90% vs. 98% fra gli anziani). Anche i più giovani di 18-34 anni riferiscono un uso della mascherina all'aperto non troppo diverso da quello del resto degli adulti.

3.5. Fiducia dei cittadini nella capacità delle proprie ASL di gestire l'epidemia

La fiducia nelle capacità delle istituzioni nel gestire l'epidemia, individuare rapidamente e contenere i nuovi focolai è un'informazione utile ai servizi per la programmazione, anche perché la fiducia riflette la *compliance* alle indicazioni e raccomandazioni per la popolazione.

Tuttavia, le domande sulla fiducia nelle istituzioni centrali, regionali, nazionali o internazionali, nella fase di *pre-test* del Modulo COVID, si sono dimostrate di difficile e controversa comprensione, poiché nella loro interpretazione giocava un ruolo importante l'aspetto politico, che può condizionare la fiducia nell'operato della regione in cui si vive o nelle scelte del governo nazionale, ma anche l'incertezza iniziale della comunicazione che talvolta è stata non coerente fra enti e istituzioni nazionali e internazionali, rendendo difficile sia porre le domande sia cogliere il corretto significato delle risposte. Per questa ragione, si è deciso di utilizzare a tale scopo una domanda, molto semplice e diretta, atta a cogliere la fiducia degli assistiti verso la ASL, il servizio territoriale a cui è affidata operativamente la gestione dell'epidemia, nella capacità di individuare rapidamente e contenere eventuali nuovi focolai.

Questa domanda, come le altre, è stata rivolta ai cittadini sia in un momento in cui la prima ondata dell'epidemia era sotto controllo sia all'inizio della seconda ondata quando non si erano ancora evidenziati i limiti di sostenibilità delle azioni di *contact tracing*, divenuto a volte impraticabile o in sofferenza in molti territori. In questa situazione, la fiducia dei cittadini era alta e 8 persone su 10 (adulti e anziani) ritenevano che la propria ASL fosse in grado di individuare rapidamente e contenere nuovi focolai (Figura 9). Sarà interessante vedere come evolve nel tempo questo dato.

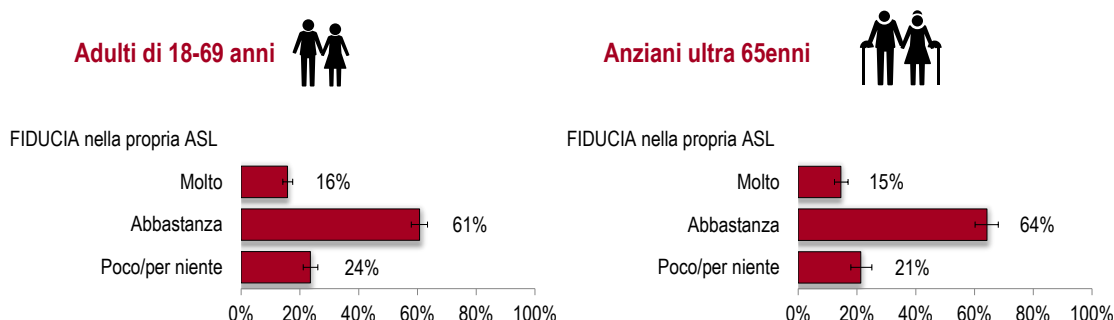


Figura 9. Fiducia nella capacità della propria ASL di individuare e contenere nuovi focolai di casi COVID-19. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

3.6. Impatto della pandemia sullo stato emotivo della popolazione

Nel Modulo COVID sono state introdotte due domande per indagare lo stato emotivo nei confronti dell'attuale situazione pandemica: la prima domanda indaga il "pensiero intrusivo" ovvero il pensiero ricorrente e doloroso legato all'esperienza vissuta in questa emergenza sanitaria da COVID-19 ("Negli ultimi 30 giorni, le è capitato di ripensare a questa esperienza in maniera dolorosa per esempio incubi, ricordi dolorosi molto vivi, reazioni fisiche?"); la seconda domanda indaga invece la preoccupazione manifestata verso la situazione attuale ("Come si sente di fronte all'attuale situazione legata al COVID-19?") in una scala di risposta a 4 *item* che va "molto tranquillo" a "molto preoccupato".

Si tratta di due domande semplici, e pur non essendo strumenti di valutazione rigorosi nell'area della salute mentale e psicologica, possono contribuire a dar conto di una dimensione di stress psicologico legato ad una esperienza "traumatica" e diretta legata al COVID-19 e di una dimensione di ansia in generale legata all'attuale situazione di emergenza sanitaria.

Il 23% degli adulti ha dichiarato di aver ripensato, negli ultimi 30 giorni, all'esperienza vissuta e legata alla pandemia in maniera dolorosa (pensiero intrusivo).

Il pensiero intrusivo è fortemente modulato dalle caratteristiche dei rispondenti, socio-demografiche, di salute fisica e psicologica e di vissuto della pandemia e della malattia COVID-19 (Figura 10):

- è più frequente fra le donne (26% vs. 19% fra gli uomini), fra le persone più mature (27% dei 50-69enni vs. 17% dei 18-34enni), fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economica (29% vs. 18% di chi non ha difficoltà), o per bassa istruzione (29% vs. 20% fra diplomati o laureati), fra i residenti del Centro-Sud (rispettivamente 30% e 31% vs. 18% del Nord),
- è più frequente fra chi ha sintomi di depressione secondo il PHQ-2 (40% vs. 21%) o ha una salute compromessa ed è affetto da almeno una patologia cronica (31% vs. 21% fra le persone senza cronicità),
- è inoltre più frequente fra chi ha visto peggiorate le proprie risorse economiche a causa della pandemia (30% vs. 19%), fra chi ha avuto lutti in famiglia o fra amici cari a causa di COVID-19 (43% vs. 22%) o solo casi positivi al COVID-19 fra amici e parenti (25% vs. 21%).

L'analisi multivariata conferma che il pensiero intrusivo si associa a molte di queste dimensioni, in particolare alla presenza di cronicità, all'esperienza di lutti in famiglia e all'età, e ad altri due fattori significativi, l'aver vissuto un peggioramento delle proprie risorse economiche a causa della pandemia e la residenza al Centro-Sud; mentre non sembra significativa l'associazione con il genere, o vivere soli (Tabella 3).

Tra gli ultra 65enni il pensiero intrusivo è riferito dal 34% degli intervistati e come accade per gli adulti è associato a caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti, al loro profilo di salute fisica e psicologica e al vissuto di malattia (Figura 10):

- non emergono differenze per genere ma è più frequente all'avanzare dell'età (tra gli over 85enni è del 41% vs. 33% nella classe 65-74 e 34% in quella 75-84), tra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (47% vs. 29% tra chi non ha difficoltà), o con basso livello di istruzione (39% vs. 30% tra chi lo ha alto) ed è tre volte più frequente tra le persone residenti nel Meridione (77% vs. 27% fra chi vive nelle regioni del Nord o Centro Italia) e tra le persone che vivono in una condizione di isolamento sociale (60% vs. 32%),
- è più frequente tra le persone con patologie croniche (41% vs. 25% tra chi non ha patologie) e nelle persone con sintomi di depressione secondo il PHQ-2 (58% vs. 31% tra chi non riporta sintomi),
- è inoltre riferito più frequentemente da chi ha avuto lutti in famiglia per COVID-19 (65% vs. 31%) o casi positivi al COVID-19 fra amici e parenti (51% vs. 25%).

Adulti di 18-69 anni



Anziani ultra 65enni

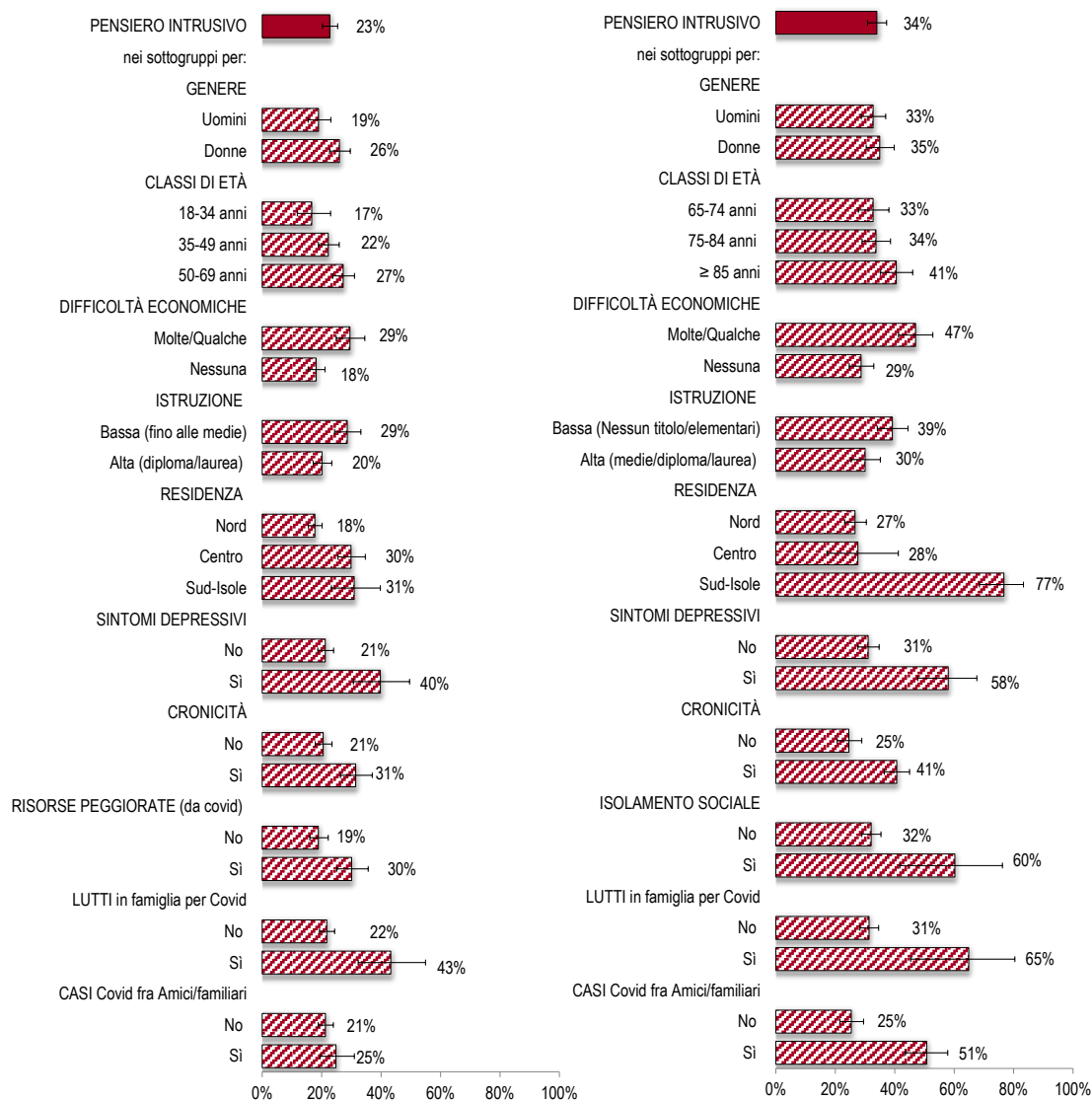


Figura 10. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sullo stato emotivo nella popolazione adulta e anziana: il pensiero intrusivo. PASSI e PASSI d'Argento 2020.

Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

L'analisi multivariata conferma che il pensiero intrusivo si associa a molte di queste dimensioni; le associazioni più forti si osservano con l'esperienza di lutti per COVID-19 in famiglia, o di una quarantena, vivere in una situazione di isolamento sociale (senza contatti neppure a distanza) e la presenza di cronicità (Tabella 3).

Dalla seconda domanda, che indaga la preoccupazione davanti all'attuale situazione pandemica, emerge che il 75% della popolazione adulta si sente preoccupato (poco/molto), mentre il 21% si dichiara abbastanza tranquillo e il 4% molto tranquillo.

Tabella 3. Stato emotivo e pandemia: pensiero intrusivo e associazione con caratteristiche ed esperienza vissuta dai rispondenti. Popolazione adulta di 18-69 anni e popolazione anziana ultra 65enne.
Rapporti di prevalenza aggiustati, secondo la regressione di Poisson (Adj.PR). (Campione PASSI e PASSI d'Argento al 22 dicembre 2020)*

Popolazione adulta 18-69 anni				Popolazione anziana ultra 65enne			
Caratteristiche	Adj.PR*	(95% CI)	p value	Caratteristiche	Adj.PR*	(95% CI)	p value
Genere				Genere			
Uomini	1	-	-	Uomini	1	-	-
Donne	1,21	(0,945-1,538)	n.s.	Donne	1,10	(0,907-1,340)	n.s.
Classe di età				Classe di età			
18-34 anni	1	-	-	65-74 anni	1	-	-
35-49 anni	1,35	(0,918-1,989)	n.s.	75-84 anni	0,85	(0,682-1,049)	n.s.
50-69 anni	1,46	(0,994-2,139)	n.s.	≥ 85 anni	0,58	(0,425-0,796)	p<0,01
Difficoltà economiche				Difficoltà economiche			
Molte/qualche	1	-	-	Molte/qualche	1	-	-
Nessuna	0,91	(0,730-1,140)	n.s.	Nessuna	1,06	(0,842-1,332)	n.s.
Istruzione				Istruzione			
Bassa (fino alle medie)	1	-	-	Bassa (nessuno /elementari)	1	-	-
Alta (diploma /laurea)	0,98	(0,778-1,228)	n.s.	Alta (medie /diploma /laurea)	0,99	(0,793-1,243)	n.s.
Residenza				Residenza			
Nord	1	-	-	Nord	1	-	-
Centro	1,62	(1,315-2,000)	p<0,01	Centro	0,98	(0,688-1,388)	n.s.
Sud-Issole	1,73	(1,244-2,398)	p<0,01	Sud-Issole	2,62	(2,101-3,275)	p<0,01
Vive solo				Isolamento sociale			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,07	(0,610-1,870)	n.s.	Si	1,68	(1,247-2,268)	p<0,01
Sintomi depressivi				Sintomi depressivi			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,64	(1,256-2,148)	p<0,01	Si	1,26	(0,952-1,660)	n.s.
Cronicità				Cronicità			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,39	(1,122-1,726)	p<0,01	Si	1,37	(1,093-1,707)	p<0,01
Risorse Peggiorate				Quarantena			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,48	(1,168-1,883)	p<0,01	Si	1,55	(1,054-2,279)	p<0,05
Lutti in famiglia per COVID-19				Lutti in famiglia per COVID-19			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,98	(1,390-2,808)	p<0,01	Si	1,97	(1,328-2,910)	p<0,01
Amici/familiari con COVID-19				Amici/familiari con COVID-19			
No	1	-	-	No	1	-	-
Si	1,12	(0,867-1,455)	n.s.	Si	1,29	(0,982-1,682)	p<0,1

* Rapporti di prevalenza aggiustati per tutte le covariate in tabella, rispettivamente per popolazione adulta e popolazione anziana

Sono più preoccupate le donne rispetto agli uomini (81% vs. 68%), chi ha molte o qualche difficoltà economiche (81% vs. 71% di chi non ne riferisce), chi dichiara di aver peggiorato la propria situazione

economica a seguito della pandemia (79% vs. 73%) e chi vive al Sud e nelle Isole rispetto a chi risiede al Nord (90% vs. 68%). La preoccupazione è inoltre maggiore tra le persone con sintomi di depressione secondo il PHQ-2 (81% vs. 75%) e chi ha conosciuto persone positive al COVID-19 (79% vs. 72%). Mentre non si osservano differenze per età, livello di istruzione e presenza di patologie croniche (Figura 11).

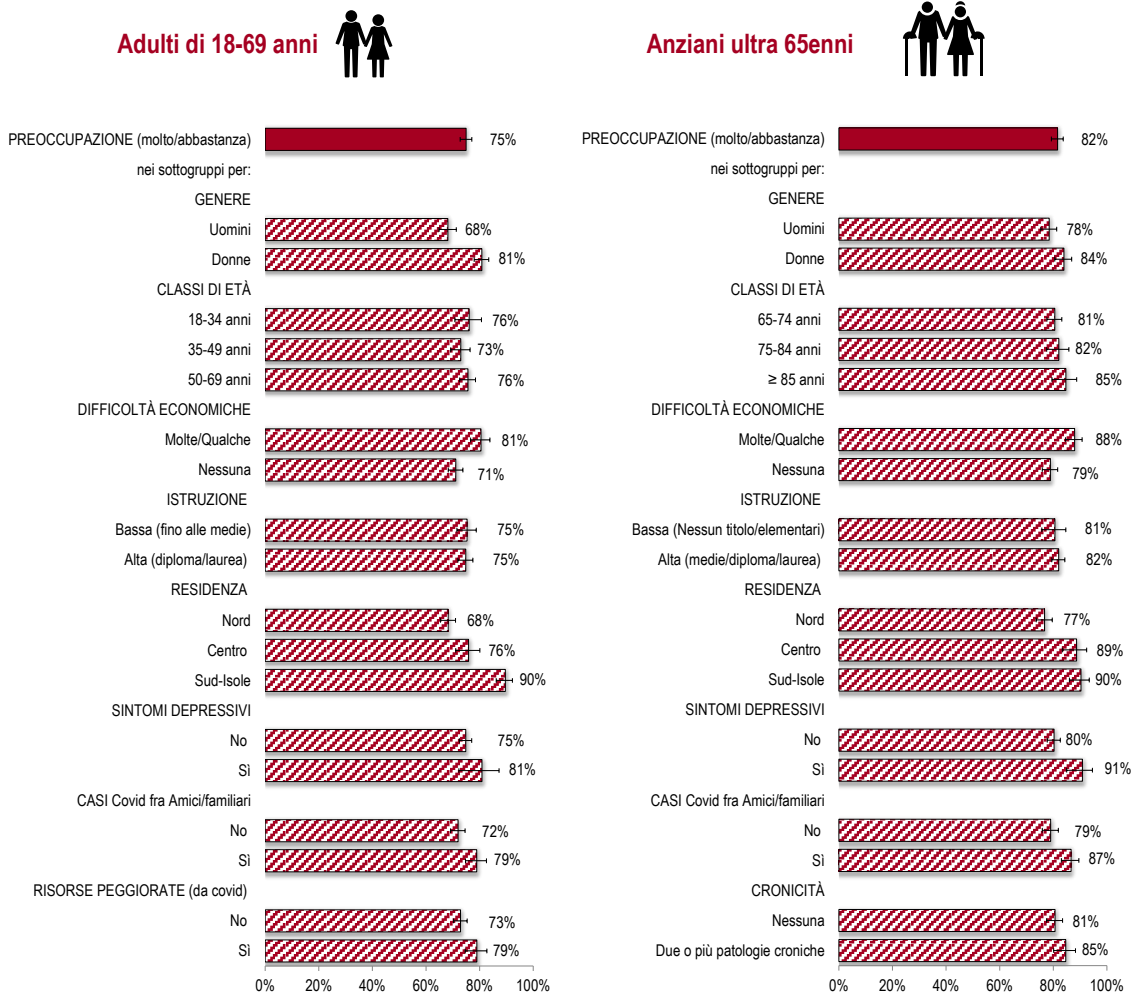


Figura 11. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sullo stato emotivo nella popolazione adulta e anziana: la preoccupazione. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Nell'analisi multivariata la preoccupazione come proxy di uno stato di ansia resta associata con il genere femminile, la residenza al Sud e la conoscenza di persone che si sono ammalate di COVID-19 (Tabella 4).

Fra gli anziani solo l'82% risponde di essere preoccupato (un po' preoccupati 56%, molto 25%), il 16% si ritiene abbastanza tranquillo, il 2% molto tranquillo. Sono più preoccupate le donne (84% vs. 78%), le persone con difficoltà economiche (88% vs. 79%), i residenti nel Centro - Sud d'Italia (89% vs. 77% tra chi è residente al Nord), le persone con salute compromessa dalla presenza di comorbidità (85% vs. 81% tra le persone con libere da cronicità o al più con una patologia fra quelle indagate), le persone con sintomi di depressione (91% vs. 80%) e chi ha avuto amici o parenti positivi al COVID-19 (87% vs. 79%) (Figura 11).

L'analisi multivariata conferma un'associazione significativa con l'essere donna, avere un'istruzione elevata, essere residenti nelle regioni del Centro e Sud d'Italia, aver avuto amici o parenti positivi al coronavirus o aver sperimentato periodi di quarantena (Tabella 4).

Tabella 4. Stato emotivo e pandemia: preoccupazione e associazione con caratteristiche ed esperienza vissuta dai rispondenti. Popolazione adulta di 18-69 anni e popolazione anziana ultra 65enne.
Rapporti di prevalenza aggiustati, secondo la regressione di Poisson (Adj.PR*). (Campione PASSI e PASSI d'Argento al 22 dicembre 2020).

Popolazione adulta 18-69 anni				Popolazione anziana ultra 65enne			
Caratteristiche	Adj.PR*	(95% CI)	p value	Caratteristiche	Adj.PR*	(95% CI)	p value
Genere				Genere			
Uomini	1	-	-	Uomini	1	-	-
Donne	1,06	(1,038-1,089)	p<0,01	Donne	1,09	(1,031-1,152)	p<0,01
Classe di età				Classe di età			
18-34 anni	1	-	-	65-74 anni	1	-	-
35-49 anni	1,01	(0,975-1,038)	n.s.	75-84 anni	1,01	(0,955-1,077)	n.s.
50-69 anni	1,02	(0,987-1,048)	n.s.	≥ 85 anni	1,05	(0,970-1,131)	n.s.
Difficoltà economiche				Difficoltà economiche			
Molte/qualche	1	-	-	Molte/qualche	1	-	-
Nessuna	0,98	(0,954-1,00)	n.s.	Nessuna	1,07	(1,005-1,144)	p<0,05
Istruzione				Istruzione			
Bassa (fino alle medie)	1	-	-	Bassa (nessuno / elementari)	1	-	-
Alta (diploma / laurea)	1,01	(0,981-1,037)	n.s.	Alta (medie / diploma/laurea)	1,08	(1,000-1,157)	p<0,05
Residenza				Residenza			
Nord	1	-	-	Nord	1	-	-
Centro	1,04	(1,012-1,078)	p<0,01	Centro	1,15	(1,073-1,223)	p<0,01
Sud-Isole	1,10	(1,077-1,132)	p<0,01	Sud-Isole	1,13	(1,051-1,212)	p<0,01
Amici/familiari con COVID-19				Quarantena			
No	1	-	-	No	1	-	-
Sì	1,04	(1,014-1,062)	p<0,01	Sì	1,07	(1,002-1,142)	p<0,05
				Amici/familiari con COVID-19			
				No	1	-	-
				Sì	1,08	(1,026-1,143)	p<0,01

* Rapporti di prevalenza aggiustati per tutte le covariate in tabella, rispettivamente per popolazione adulta e popolazione anziana

3.7. Stili di vita nella popolazione adulta e anziana ai tempi della pandemia: cosa sta cambiando?

Attività fisica

Secondo i livelli di attività fisica raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (che prendono in considerazione sia l'attività fisica nel tempo libero che quella svolta durante l'attività lavorativa – lavori pensanti), nel periodo da marzo a dicembre 2020 il 49% degli adulti intervistati da PASSI raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati, il 24% è "parzialmente attivo" perché svolge qualche forma di attività fisica senza raggiungere i livelli raccomandati, mentre il 27% è completamente sedentario.

La sedentarietà è più alta tra le donne (30% vs. 25%), cresce con l'età (23% prima dei 50 anni e 33% fra 50-69enni), è maggiore fra le persone con svantaggio sociale, per bassa istruzione (fino alle medie 31% vs. laurea 25%) o molte difficoltà economiche (43% vs. 24% di chi non ne dichiara), e disegna un gradiente geografico a sfavore dei residenti nel Meridione (40% vs. 18% delle regioni del Nord).

In controtendenza con il trend in crescita della quota di sedentari, che si andava delineando negli ultimi anni, nel periodo pandemico (marzo-dicembre 2020) si registra una riduzione significativa del 10% della quota di adulti sedentari, rispetto agli stessi mesi del 2019.

In particolare sembra aumentata l'attività fisica eseguita nel tempo libero: la quota di persone che hanno raggiunto i livelli di attività fisica raccomandati, con le sole attività svolte nel tempo libero, è aumentata significativamente dal 42% del 2019 al 45% del 2020; di contro si riduce la quota dei non attivi nel tempo libero dal 42% del 2019 al 39% del periodo pandemico, mentre non varia la quota dei "parzialmente attivi" nel tempo libero, di coloro che svolgono una qualche attività senza raggiungere i livelli raccomandati.

Secondo i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS, il 28% degli ultra 65enni intervistati da PASSI d'Argento nel periodo pandemico da marzo a dicembre 2020 può considerarsi fisicamente attivo, il 28% "parzialmente attivo", mentre il 43% risulta completamente sedentario.

Come per gli adulti anche fra gli anziani la sedentarietà è modulata dalle caratteristiche socio-demografiche: è più alta fra le donne (46% vs. 40% negli uomini), aumenta con l'età (39% fra 65-74enni, 44% fra i 75-84enni e raggiunge il 67% negli over85enni), è maggiore fra le persone con molte difficoltà economiche (64% vs. 39% di chi riferisce di non averne), fra le persone con bassa istruzione (53% vs. 38%), e fra le persone residenti nel Sud d'Italia (52% vs. 44% tra i residenti al Centro e 38% al Nord). L'analisi multivariata conferma l'associazione della sedentarietà con queste dimensioni.

Contrariamente a quanto sembra emergere dai dati sugli adulti, fra gli ultra 65enni si registra un aumento significativo della quota di sedentari nel periodo pandemico rispetto agli stessi mesi del 2019, che sale dal 40% del 2019 al 43% nel 2020 su un trend di sostanziale stabilità osservato negli anni precedenti. Questo aumento della sedentarietà fra gli ultra 65enni non è uniforme nel territorio né fra i diversi sottogruppi della popolazione: nelle regioni del meridione passa dal 46% al 52% e tra le persone con basso livello di istruzione dal 45% al 53%. L'aumento osservato nel periodo pandemico, rispetto agli anni precedenti, è confermato anche dall'analisi multivariata, al netto del genere, età, difficoltà economiche e livello di istruzione.

Alcol

Con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l'intervista, PASSI stima: i) il consumo medio giornaliero di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di unità alcoliche (UA) assunte in media, nei giorni di consumo; ii) il consumo alcolico riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate; iii) la modalità di consumo rispetto ai pasti.

Una UA 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.

L'indicatore composito definito "consumo alcolico a maggior rischio" include una o più fra queste tre modalità di consumo alcolico (consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto) e consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato, a rischio per la salute, ovvero la quota di persone che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un "consumo abituale elevato" (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di

“binge drinking” (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un “consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto”.

Nel periodo pandemico, il 57% degli adulti di età 18-64 anni ha dichiarato di consumare alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista. Complessivamente il 17% degli intervistati ha fatto un consumo di alcol a maggior rischio per la salute, per quantità e modalità di assunzione: il 3% ne ha fatto un consumo abituale elevato superando le soglie di consumo medio giornaliero indicate dalle linee guida internazionali, l'8% risulta un *binge drinker* e un altro 9% ha consumato prevalentemente alcol fuori pasto.

Il consumo di alcol a rischio resta una prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione, residenti nel Nord Italia ed è maggiore fra gli uomini.

Nel corso di dieci anni, a partire dal 2008, si è osservato un lento ma continuo aumento del consumo di alcol a maggior rischio, da attribuire prevalentemente al *binge drinking* e al consumo prevalentemente / esclusivamente fuori pasto; dal 2018 si inizia ad intravedere un'inversione di tendenza che viene confermata anche dai dati nel periodo pandemico: la quota di *binge drinking* scende dal 9,5% del 2019 all'8,2% del 2020, e la quota di consumo prevalentemente fuori pasto scende dal 9,4% all'8,6%. Si tratta di modeste variazioni ma significative (anche correggendo per le variabili socio-demografiche associate).

Agli ultra 65enni le linee guida dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, sia per uomini che per donne. Questa fascia di popolazione infatti è particolarmente vulnerabile all'alcol. Con l'età, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo; a partire dai 50 anni circa 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 sono più marcati.

Per questa ragione, fra gli ultra 65enni il consumo di alcol a rischio individua le persone, uomini o donne, che bevono più di 1 UA al giorno.

I dati PASSI d'Argento raccolti durante il periodo pandemico mostrano che il 45% degli ultra 65enni consuma abitualmente alcol, il 24% ne riferisce un consumo moderato, sotto la soglia indicata dalle linee guida, il 21% ne fa un consumo “a rischio” per la salute (2 o più UA giornaliere), e il 55% dichiara di non consumare abitualmente bevande alcoliche.

Il consumo di alcol, come per il resto della popolazione adulta, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione, oltre che degli uomini e dei residenti nel Nord Italia.

Durante il periodo marzo-dicembre 2020, nella popolazione ultra 65enne si registra un incremento statisticamente significativo della quota complessiva di persone che riferisce di consumare alcol, che passa dal 39%, osservato negli stessi mesi del 2019 al 45% del 2020. Questo aumento è totalmente attribuibile ad un aumento di consumo moderato nelle donne che passa da 17% del 2019 al 25% del 2020 (dal 20% al 30% delle donne con alto livello di istruzione; dal 15% al 21% fra le donne con basso livello di istruzione). Mentre non si registra alcun cambiamento nel consumo di alcol a rischio nelle donne, né nel consumo di alcol fra gli uomini.

3.8. Aiuto agli anziani non autonomi e accesso ai servizi sanitari al tempo della pandemia: cosa sta cambiando?

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita.

La sorveglianza PASSI d'Argento fornisce una misura della fragilità, in linea con il paradigma bio-psico-sociale, basata sulla capacità della persona ultra 65enne di mantenere o meno piena autonomia nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana e definisce anziano fragile la persona autonoma in tutte le attività fondamentali della vita quotidiana (*Activities of Daily Living*, ADL: mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) ma non autonoma nello svolgimento di due o più attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL: preparare i pasti, effettuare lavori domestici, fare la spesa, assumere farmaci, fare il bucato, utilizzare i mezzi di trasporto, gestirsi economicamente, utilizzare il telefono).

La perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (ADL) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di disabilità.

Dai dati di PASSI d'Argento 2020 risultano fragili circa 17 persone su 100 e confermano che la fragilità è una condizione che cresce progressivamente con l'età, riguarda il 10% dei 65-74enni e raggiunge il 31% fra gli ultra 85enni; è significativamente associata allo svantaggio socio-economico, infatti sale al 37% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs. 13% tra chi non ne riferisce), al 23% fra le persone con bassa istruzione (vs. 10% fra chi ha un livello di istruzione alto) ed è più frequente fra le persone con 2 o più patologie (25% vs. 19% tra le persone con 1 patologia e 9% fra le persone libere da cronicità). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni del Sud (22% vs. 16% nel Centro e 11% nel Nord).

La totalità delle persone con fragilità, nel periodo della pandemia, ha ricevuto aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Come sempre accade, l'aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, direttamente dai familiari (94%) e/o da badanti (27%). Meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o del Comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (2%), analogamente a quanto accadeva negli anni passati.

Diverso invece il dato sull'aiuto da parte dei conoscenti che fino al 2019 costituiva una buona parte dell'aiuto ricevuto che è significativamente diminuito durante il periodo pandemico marzo-dicembre 2020 (7% vs. 14% del 2019).

Dai dati di PASSI d'Argento 2020 emerge che la condizione di disabilità, così definita, coinvolge 16 persone su 100. La disabilità cresce con l'età, in particolar modo dopo gli 85 anni interessa quasi 1 anziano su 2 (45%); è mediamente più frequente fra le donne (18% vs. 13% uomini), fra le persone socio-economicamente svantaggiate per difficoltà economiche (26% fra chi ha molte difficoltà economiche vs. 12% tra chi non ne riferisce) o per bassa istruzione (24% vs. 8% fra chi ha un livello di istruzione alto).

Esiste un gradiente Nord-Sud a svantaggio dei residenti nel Sud Italia. Queste stime sono rimaste stabili rispetto a quelle rilevate dalla sorveglianza negli anni precedenti.

La totalità delle persone con disabilità ha ricevuto aiuto nel periodo pandemico, un carico di cura e di assistenza che, come prima della pandemia, è per lo più sostenuto dalle famiglie, molto meno dal servizio pubblico di ASL e Comune: il 97% delle persone con disabilità dichiara di ricevere aiuto dai propri familiari per la/le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo, il 32% da badanti, il 12% da conoscenti; il 14% riceve aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari, una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (5%); va segnalato che il supporto ricevuto dal centro diurno, seppur poco anche negli anni precedenti, è diminuito significativamente nel 2020, passando dal 3% ad una stima inferiore all'1%.

Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari sono una problematica presente in particolar modo nei gruppi più vulnerabili come gli anziani fragili o disabili e in generale gli anziani con cronicità. Durante questi mesi di pandemia non emergono variazioni significative nei dati che descrivono le difficoltà di accesso ai servizi sanitari rispetto a quelle rilevate negli anni precedenti, non peggiorano ma certamente non migliorano e al netto delle diverse condizioni di vulnerabilità, si confermano significative disuguaglianze sociali di

accesso ai servizi sanitari: hanno maggiori difficoltà le donne, gli ultra 75enni e in generale gli anziani con svantaggio sociale per difficoltà economiche o basso livello di istruzione, o per residenza nel Centro e Sud d'Italia.

4. Conclusione

Il potenziale informativo dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento è prezioso e cruciale. Essi rappresentano gli strumenti del territorio (ASL e Regioni) per il territorio, producono infatti dati con dettaglio locale, difficilmente reperibile da altre fonti, e per questo sono unici per il governo del territorio in tema di politiche di prevenzione.

I Dipartimenti di Prevenzione rappresentano il vero punto di forza di questi sistemi di sorveglianza perché ne assicurano l'alto tasso di rispondenza da parte dei cittadini, l'adesione al protocollo operativo a garanzia della qualità dei dati raccolti e favoriscono, attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari, la crescita di competenze, alleanze e reti capillari sul territorio sui temi in materia di prevenzione.

Allo stesso tempo, questi sistemi di sorveglianza sono anche strumenti in grado di dare risposte a bisogni conoscitivi nazionali e la loro flessibilità di adattarsi a nuove esigenze, anche in situazioni di emergenza come quella attuale, è preziosa perché consente di ottenere rapidamente informazioni sia utili a comprendere e valutare l'impatto della pandemia, di breve e lungo periodo, sia strategiche per le decisioni in termini di sanità pubblica.

APPENDICE A1

Rete PASSI e PASSI d'Argento: Coordinatori e Referenti sul territorio

PASSI	PASSI D'ARGENTO
Abruzzo	
Regionali: Cristiana Mancini, Claudio Turchi Aziendali: Cristiana Mancini, Claudio Turchi, Laura Pelino, Luigina Chiodi	Regionali: Cristiana Mancini, Claudio Turchi Aziendali: Cristiana Mancini, Claudio Turchi, Laura Pelino, Luigina Chiodi
Basilicata	
Regionali: Mariangela Mininni Aziendali: Raffaele Dalia, Carmela Bagnato, Ferdinando Vaccaro	Regionali: Mariangela Mininni Aziendali: Raffaele Dalia, Ferdinando Vaccaro
Calabria	
Regionali: Caterina Azzarito, Amalia Maria Carmela De Luca, Maria Beatrice Grasso Aziendali: Antonella Suteri Saro, Raffaele Di Lorenzo, Amalia Maria Carmela De Luca, Claudia Zingone, Vimerio Gigli, Maria Beatrice Grasso, Elisa Lazzarino, Alessandro Bisbano, Antonella Cernuzio, Matilde Morello, Daniela Guarascio	Regionali: Caterina Azzarito, Amalia Maria Carmela De Luca, Maria Beatrice Grasso Aziendali: Antonella Suteri Saro, Raffaele Di Lorenzo, Amalia Maria Carmela De Luca, Daniela Guarascio, Paola Scarpelli, Maria Beatrice Grasso, Elisa Lazzarino, Alessandro Bisbano, Antonella Cernuzio, Matilde Morello
Campania	
Regionali: Angelo D'Argenzio Aziendali: Gaetano Morrone, Annarita Citarella, Angela Maffeo, Virgilio Rendina, Leonilda Pagano, Annaluisa Caiazzo, Maura Isernia	Regionale: Angelo D'Argenzio Aziendali: Gaetano Morrone, Domenico Protano, Virgilio Rendina, Leonilda Pagano, Maria Galdi, Annaluisa Caiazzo
Emilia Romagna	
Regionali: Paola Angelini, Giuliano Carrozzi, Nicoletta Bertozzi Aziendali: Giuliano Carrozzi, Anna Rita Sacchi, Rosanna Giordano, Francesca Ferrari, Letizia Sampaolo, Vincenza Perlangeli, Sara De Lisio, Muriel Assunta Musti, Bianca Venturi, Aldo De Togni, Oscar Mingozzi, Giuliano Silvi, Mauro Palazzi, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali, Michela Morri, Sara Ferioli, Marta Ottone, Isabella Bisceglia, Mirka Bertozzi	Regionali: Paola Angelini, Mauro Mirri, Lucia D'Angelosante, Giuliano Carrozzi, Nicoletta Bertozzi Aziendali: Giuliano Carrozzi, Fabio Faccini, Rosanna Giordano, Francesca Ferrari, Letizia Sampaolo, Vincenza Perlangeli, Sara De Lisio Muriel Assunta Musti, Bianca Venturi, Aldo De Togni, Oscar Mingozzi, Giuliano Silvi, Mauro Palazzi, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali, Michela Morri, Sara Ferioli, Marta Ottone, Isabella Bisceglia, Mirka Bertozzi
Friuli Venezia Giulia	
Regionale: Carmela Daniela Germano Aziendali: Carmela Daniela Germano, Margherita Zanini, Andrea Iob, Paolo Collarile, Luisa De Carlo	Regionale: Carmela Daniela Germano Aziendali: Carmela Daniela Germano, Ariella Breda, Paolo Collarile, Jessica Greguol, Giulia Goi

PASSI	PASSI D'ARGENTO
Lazio	
Regionali: Massimo Oddone Trinito, Silvia Iacovacci Aziendali: Roberto Boggi, Anna Bisti, Alessio Pendenza, Massimo Napoli, Massimo Oddone Trinito, Francesca Dastoli, Patrizia Allegrucci, Alessandra Martelli, Alberto Perra, Valerio Dell'Orco, Stefania Corradi, Carla Chiara Mizzoni, Silvia Iacovacci, Gianluca Fovi De Ruggiero, Angelita Brustolin, Francesca Leone	Regionali: Alessandra Brandimarte, Silvia Iacovacci Aziendali: Alessandra Brandimarte, Massimo Oddone Trinito, Francesca Dastoli, Patrizia Allegrucci, Luca Casagni, Alberto Perra, Valerio Dell'Orco, Stefania Corradi, Carla Chiara Mizzoni, Silvia Iacovacci, Gianluca Fovi De Ruggiero
Liguria	
Regionali: Camilla Sticchi, Roberta Baldi Aziendali: Maricanta Bondi, Virna Frumento, Concetta Teresa Saporita, Giordana Brignole, Roberta Baldi	Regionali: Camilla Sticchi, Roberta Baldi Aziendali: Maricanta Bondi, Michela Moretto, Concetta Teresa Saporita, Giordana Brignole, Roberta Baldi, Maria Grazia Costa, Carlo Melani
Marche	
Regionali: Fabio Filippetti, Francesca Polverini, Liana Spazzafumo Aziendali: Marco Pompili, Marco Morbidoni, Roberta Stopponi, Rossana Belgio, Massimo Baffoni, Antonella Guidini	Regionali: Fabio Filippetti, Francesca Polverini, Liana Spazzafumo Aziendali: Antonella Guidini, Marco Pompili
Molise	
Coordinatore regionale e aziendale: Giovanni Di Giorgio	Regionale/aziendale: Giovanni Di Giorgio
P.A. Bolzano	
Provinciali: Antonio Fanolla, Sabine Weiss Aziendale: Patrizia Corazza	Provinciale: Antonio Fanolla, Sabine Weiss Aziendale: Patrizia Corazza
P.A. Trento	
Provinciali: Pirous Fateh Moghadam, Laura Battisti	Provinciale: Pirous Fateh Moghadam, Laura Battisti
Piemonte	
Regionale: Donatella Tiberti Aziendali: Maurizio Oddone, Nadia Abate, Rossana Prosperi, Fiorangela Fossati, Pier Carlo Vercellino, Maria Teresa Puglisi, Federica Gallo, Laura Marinaro, Nicoletta Sorano, Giuseppina Zorogniotti, Rachele Rocco, Morena Stroschia, Giorgio Bellan, Luisa Signorile, Antonella Barale, Cristina Saggi, Elena Gelormino, Benedetto Francese, Alessandra Bonacina	Regionali: Donatella Tiberti Aziendali: Duilio Lioce, Rossana Prosperi, Fiorangela Fossati, Pier Carlo Vercellino, Maria Teresa Puglisi, Federica Gallo, Laura Marinaro, Giorgio Bellan, Luisa Signorile, Cristina Saggi, Elena Gelormino, Alessandra Bonacina
Puglia	
Regionali: Antonio Tommasi, Silvio Tafuri, Pasquale Stefanizzi Aziendali: Deborah Fracchiolla, Addolorata Cesaria De Luca, Stefano Termite, Antongiulio Pollice, Valerio Aprile, Rosita Cipriani, Annunziata Azzolini	Regionali: Domenico Martinelli, Maria Teresa Balducci Aziendali: Enzo Coviello, Pasquale Domenico Pedote, Giuseppina Moffa, Marilena Nesta, Giuseppina Turco, Giovanni Caputi, Deborah Fracchiolla, Francesca Fortunato, Annunziata Azzolini

PASSI	PASSI D'ARGENTO
Sardegna	
<p>Regionali: Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia, Giuseppe Pala</p> <p>Aziendali: Franca Saba, Maria Adelia Aini, Claudia Fancello, Laura Lai, Rosa Murgia, Giuseppe Pala, Saturnino Floris</p>	<p>Regionali: Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia, Giuseppe Pala</p> <p>Aziendali: Maria Adelia Aini, Claudia Fancello, Giuliana Demurtas, Paolo Congiu, Giuseppe Pala, Saturnino Floris</p>
Sicilia	
<p>Regionali: Salvatore Scondotto, Maria Paola Ferro, Achille Cernigliaro, Patrizia Miceli</p> <p>Aziendali: Anna Maria Cardinale, Rosanna Milisenna, Mario Cuccia, Franco Belbruno, Adriana Ferruccio, Maria Angela Randazzo, Calogero Claudio Pace, Enza D'Antoni, Ranieri Candura, Giuseppe Cammarata, Maristella Fardella</p>	<p>Regionali: Salvatore Scondotto, Maria Paola Ferro, Achille Cernigliaro, Patrizia Miceli, Rita Costanzo, Felicia Guastella</p> <p>Aziendali: Domenico Alaimo, Gabriella Schembri, Rosanna Milisenna, Mario Cuccia, Franco Belbruno, Adriana Ferruccio, Rosanna Cusimano, Calogero Claudio Pace, Enza D'Antoni, Ranieri Candura, Maria Antonietta Campo, Gabriella Scalia, Maristella Fardella</p>
Toscana	
<p>Regionali: Emanuela Balocchini, Giorgio Garofalo, Rossella Cecconi, Giovanna Mereu</p> <p>Aziendali: Silvia Cappelli, Alessandro Barbieri, Franco Barghini, Vincenza Bianchimani, Rossella Cecconi, Anna Lisa Filomena, Marinella Chiti, Maurizio Lazzeri, Maria Di Cunto, Nadia Olimpi, Maria Caruso, Laura Puppa</p>	<p>Regionali: Francesco Profili</p>
Umbria	
<p>Regionali: Anna Tosti, Carla Bietta</p> <p>Aziendali: Marco Cristofori, Carla Bietta, Letizia Damiani</p>	<p>Regionali: Anna Tosti, Marco Cristofori</p> <p>Aziendali: Marco Cristofori, Carla Bietta, Letizia Damiani</p>
Valle d'Aosta	
<p>Regionali: Mauro Ruffier, Salvatore Bongiorno</p> <p>Aziendali: Salvatore Bongiorno</p>	<p>Regionali: Mauro Ruffier, Salvatore Bongiorno</p> <p>Aziendale: Salvatore Bongiorno</p>
Veneto	
<p>Regionali: Federica Michieletto, Mauro Ramigni</p> <p>Aziendali: Antonio Lalli, Valentina Gobetto, Damiano Dalla Costa, Alessandra Favaretto, Patrizia Casale, Chiara Schiavinato, Maria Caterina Bonotto, Paola Colussi, Daniela Marcer</p>	<p>Regionali: Federica Michieletto, Mauro Ramigni</p> <p>Aziendali: Maria Caterina Bonotto, Patrizia Casale, Paola Colussi, Damiano Dalla Costa, Alessandra Favaretto, Valentina Gobetto, Antonio Lalli, Daniela Marcer, Mauro Ramigni, Chiara Schiavinato</p>

APPENDICE A2

PASSI e PASSI d'Argento: finalità, impianto metodologico e temi indagati

Razionale e cornice istituzionale dei sistemi di sorveglianza di popolazione su malattie croniche

Dal 2004 il Ministero della Salute, tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e in collaborazione con le Regioni, promuove la progettazione, sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età, per raccogliere informazioni sullo stato di salute della popolazione e sui fattori di rischio modificabili e associati all'insorgenza di malattie croniche, al fine di guidare a livello locale le azioni di prevenzione, valutarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

Nascono così il sistema di sorveglianza PASSI, dedicato alla popolazione adulta di 18-69 anni di età, e PASSI d'Argento dedicato alla popolazione anziana di 65 anni e più, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità.

A distanza di oltre dieci anni dal loro avvio i sistemi di sorveglianza di popolazione su malattie croniche e stili di vita ad essi connessi sono inseriti come un LEA (Livello Essenziale di Assistenza) nell'area prevenzione collettiva e sanità pubblica e PASSI e PASSI d'Argento riconosciuti come sistemi a rilevanza nazionale (DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze – *Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.109 del 12-05-2017 - All. A*).

Sistema di sorveglianza PASSI

Il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica, sul modello della *Behavioural Risk Factor Surveillance* adottato in molti paesi (dagli Stati Uniti, all'Australia) e dal 2008 raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, della popolazione adulta di 18-69 anni residente in Italia, connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e informazioni sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione (es. vaccinazione antinfluenzale, screening oncologici, ecc.).

PASSI si caratterizza come strumento interno al Servizio Sanitario Nazionale in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL e Regione: è condotto dalle ASL, coordinate dalle Regioni che definiscono i bisogni conoscitivi in linea con i Piani Regionali della Prevenzione, che si avvalgono del supporto tecnico scientifico a livello nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (che ha funzioni di indirizzo, sviluppo, formazione e ricerca).

La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso di tutto l'anno da operatori delle ASL, opportunamente formati, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione di 18-69enni del proprio bacino di utenza (estratti dalla anagrafe sanitaria degli assistiti della ASL), attraverso l'uso di un questionario standardizzato.

Il numero complessivo di ASL partecipanti supera ogni anno il 90% delle aziende totali sul territorio italiano, fornendo indicazioni su oltre il 90% della popolazione nazionale residente in Italia. Il tasso di risposta ogni anno supera l'85% del campione e il tasso di rifiuto non supera il 10%.

Dal 2008 ad oggi si sono effettuate, ogni anno, circa 35.000-37.000 interviste. I dati raccolti vengono riversati via web in un database nazionale, cui hanno accesso i coordinatori aziendali e regionali, con accesso gerarchico ognuno per i dati di propria competenza.

Il sistema è stato progettato per essere flessibile e adattabile a rispondere a esigenze locali e nazionali. Ogni anno il questionario è sottoposto a revisione in base a bisogni informativi emergenti del Paese, dettati da nuovi programmi

o strategie nazionali o internazionali in tema di prevenzione, o per rispondere a nuove esigenze conoscitive regionali utili per pianificare, monitorare e valutare specifiche azioni sul territorio, o in situazioni di emergenza (ad es. pandemia da A/H1N1, nel terremoto 2009 Aquila, pandemia di COVID-19).

Un website dedicato a PASSI ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle, aggiornati ogni anno, entro il primo quadrimestre, con i dati relativi all'anno di rilevazione precedente.

Si tratta dunque di un sistema che garantisce campioni solidi e di grandi dimensioni; l'intervista telefonica a cura del personale socio-sanitario dei dipartimenti di prevenzione delle ASL rappresenta un punto di forza che garantisce sempre un'ottima risposta da parte dei cittadini (ogni anno il tasso di risposta supera l'85%); il rigore del protocollo operativo rappresenta anch'esso un punto di forza a garanzia della solidità e qualità dei dati raccolti, così come la tempestività e fruibilità dei risultati e la flessibilità del sistema che consente di adattare il questionario anche a situazioni di emergenza, come è stato fatto nell'attuale situazione pandemia di COVID-19, con l'aggiunta di un set di domande (Modulo COVID).

Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza dedicato alla popolazione anziana, di 65 anni e più, che completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI dedicata agli adulti.

Anche PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie informazioni, su un campione della popolazione generale residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicità delle malattie croniche non trasmissibili.

PASSI d'Argento raccoglie anche informazioni su alcune condizioni peculiari della popolazione ultra 65enne volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età, ma con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, a partire dalla definizione di "invecchiamento sano e attivo" centrato proprio sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia *Active Ageing* dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza. Con PASSI d'Argento si "misura" infatti anche il contributo che gli anziani offrono alla società, attraverso lavoro retribuito o fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità ("anziano risorsa") con attività di volontariato per i quali sono centrali non solo la salute fisica, l'autosufficienza, ma anche il benessere psicologico e sociale della persona.

Sperimentato per la prima volta nel 2009, realizzato nel 2012 come indagine trasversale, PASSI d'Argento è stato avviato come indagine in continuo dal 2016. Anch'esso strumento interno al Servizio Sanitario Nazionale è disegnato come PASSI; è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e portato avanti da ASL e dalle Regioni ed è in grado di restituire informazioni utili a livello territoriale per guidare le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo.

Le informazioni vengono raccolte non solo attraverso interviste telefoniche ma anche vis a vis, a campioni rappresentativi per sesso ed età della popolazione ultra 65enne afferente al bacino di utenza delle ASL. Le interviste vengono effettuate, attraverso l'uso di un questionario standardizzato, da operatori socio-sanitari opportunamente formati. Dall'indagine sono esclusi gli anziani istituzionalizzati, ospedalizzati o residenti in RSA, RSSA o Case di riposo.

La centralizzazione dei dati è analoga a PASSI. Anche le performance di ASL e regioni sono paragonabili. La copertura è aumentata negli ultimi anni e ha raggiunto circa il 90% della popolazione residente nell'ultimo anno di raccolta dati, con un campione di circa 19mila interviste.

Tempestività e fruibilità dei risultati è del tutto analoga a PASSI. Un website dedicato a PASSI d'Argento ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle. Anche questo sistema è progettato per essere flessibile e adattabile e ha visto l'introduzione del Modulo COVID nel corso del 2020, contestualmente a PASSI.

Temi indagati in PASSI e PASSI d'Argento

I temi indagati sono molteplici e consentono di disegnare, in modo molto dettagliato, il profilo di salute e di rischio della popolazione adulta e anziana. Molti temi sono comuni ad entrambi i sistemi e indagati con gli stessi strumenti e

consentono una lettura integrata per un'analisi del fenomeno nella popolazione dai 18 anni in su; altri temi sono specifici di un sistema o dell'altro per dar conto di aspetti peculiari analizzabili solo nella popolazione adulta o solo nella popolazione anziana.

Nel quadro sinottico in calce a questo paragrafo sono sintetizzati i temi indagati con un'indicazione su quelli comuni e quelli specifici, raggruppati per grandi tematiche:

- **Salute:** la salute percepita, la qualità della vita connessa alla salute (*unhealthy days*), i sintomi di depressione (PHQ-2) e la presenza di patologie croniche, sono indagati in entrambi i sistemi con gli stessi strumenti. In PASSI è disponibile un approfondimento su diabete e la sua gestione, e su gravidanza e allattamento al seno. In PASSI d'Argento il concetto di salute si estende a comprendere i tre pilastri dell'invecchiamento attivo, **salute, partecipazione e tutela/sicurezza**; così accanto ad aspetti della salute specifici per questa età come l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana (ADL e IADL), la presenza di problemi sensoriali (di vista, udito, masticazione), le cadute, l'uso dei farmaci, si indaga l'essere "risorsa" (attraverso il lavoro retribuito o attraverso essere di supporto alla famiglia e alla collettività con attività di volontariato), ma anche l'accessibilità ai servizi socio-sanitari, la qualità dell'ambiente di vita o del quartiere, il bisogno di aiuto e la qualità dell'aiuto ricevuto.
- **Fattori di rischio comportamentali** connessi all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili: abitudine tabagica, attività fisica, eccesso ponderale, consumo di alcol, consumo di frutta e verdura, rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, diabete) e il contrasto a queste abitudini operato attraverso il consiglio dei medici e degli operatori sanitari. In PASSI sono inoltre disponibili approfondimenti su abitudine tabagica (uso di nuovi prodotti del tabacco, tentativi di smettere di fumare, fumo passivo, rispetto del divieto di fumo in luoghi di lavoro e locali pubblici, ecc.), su consumo di alcol (es. *binge drinking*), sul consumo di sale e sale iodato. È inoltre presente una sezione dedicata alla mobilità attiva, che affianca e integra i dati sulla attività fisica. In PASSI d'Argento viene indagata anche la perdita involontaria di peso (come segno di fragilità nel grande anziano) e per l'attività fisica si ricorre ad uno strumento specifico per la popolazione anziana validato a livello internazionale il PASE, che consente di "quantificare" i livelli di attività fisica raggiunta dagli ultra 65enni considerando le attività comunemente svolte da persone di questa età (passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e prendersi cura di altre persone) senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione.
- **Adesione ai programmi di prevenzione:** partecipazione alla vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale e in gruppi a rischio per patologia, l'adozione di misure di sicurezza in casa per la prevenzione degli infortuni domestici. In PASSI sono inoltre raccolti dati sulla copertura degli screening oncologici (cervicale, mammografico e coloretale) sia dentro che fuori i programmi organizzati; la copertura vaccinale antirubeolica nelle donne in età fertile; l'adozione di dispositivi di sicurezza alla guida, per la prevenzione di incidenti stradali (uso del casco e delle cinture in auto, uso dei seggiolini per bimbi nei trasporti in auto).
- **Caratteristiche sociodemografiche:** la ricchezza di informazioni socio-anagrafiche raccolte consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute, nella qualità della vita, nella prevenzione e nei bisogni di tutela e assistenza delle persone anziane. Genere, età, cittadinanza, residenza, stato civile e convivenza, titolo di studio e difficoltà economiche sono raccolte in entrambi i sistemi. In PASSI queste informazioni sono arricchite di dati sulla popolazione sulla condizione e posizione professionale e per i lavoratori su settore e mansione, tipo di contratto e precarietà lavorativa.
- **Moduli opzionali:** la flessibilità dei due sistemi consente di introdurre moduli di interesse nazionale o regionale legati a bisogni conoscitivi su fenomeni emergenti. Ci sono moduli dedicati a *Health literacy*, Sicurezza sul lavoro, Sicurezza ambientale, Sicurezza Alimentare, Consapevolezza sintomi Ictus, Sicurezza domestica (approfondimento), Uso improprio antibiotici, Diabete, Screening mammografico 70-74enni, o di adesione a Interventi locali (gruppi di cammino, Attività Fisica Adattata), Cadute nei 12 mesi.

APPENDICE A3

Patologie croniche e fattori di rischio in Italia, prima della pandemia di COVID-19

Nel periodo precedente la pandemia i dati dei sistemi di sorveglianza PASSI (sul campione nazionale 2015-2018 di circa 130 mila 18-69enni) e PASSI d'Argento (sul campione 2016-2018 di circa 40 mila ultra 65enni) mostrano un paese longevo, ma con una quota rilevante di anziani con patologie croniche e policronicità che accresce la loro vulnerabilità a eventi avversi alla salute.

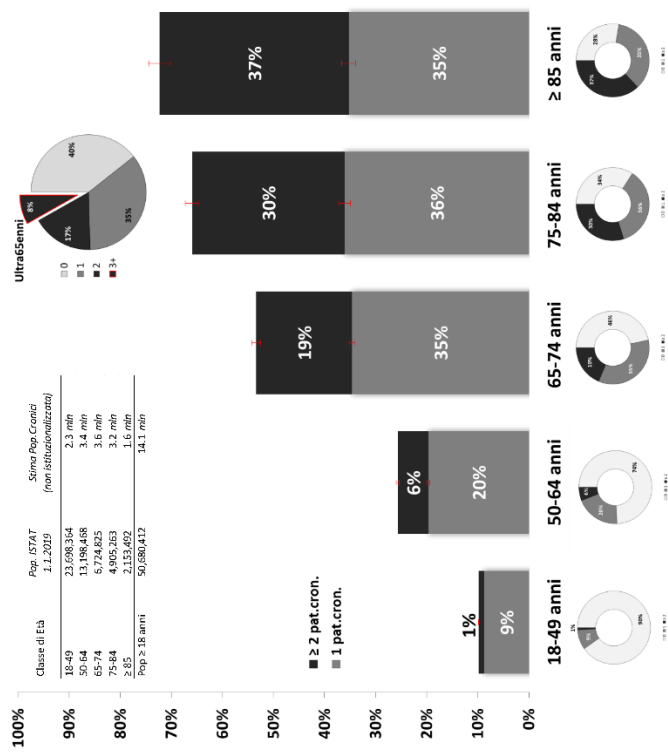
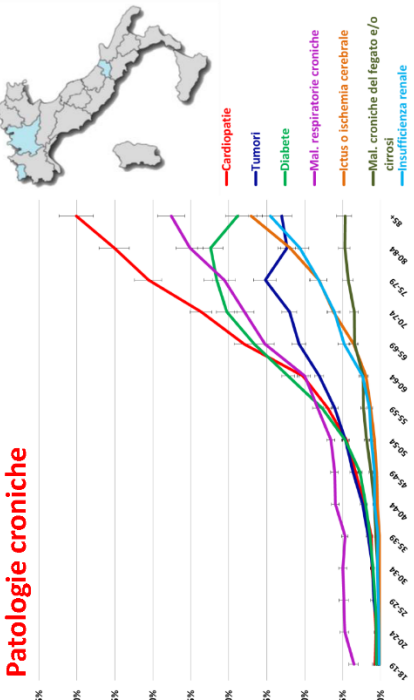
Già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche.

La prevalenza per singole patologie croniche cambia notevolmente con l'età e se prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge mediamente il 6% degli adulti, dopo questa età e all'avanzare degli anni aumenta considerevolmente anche la frequenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono prevalenze intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni. La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni. I casi con eventi pregressi di ictus e ischemie cerebrali, così come i casi con insufficienza renale, numericamente più contenuti, iniziano ad aumentare dopo i 70 anni, mentre la prevalenza di malattie croniche del fegato non supera mai il 5%, neanche in età più avanzate.

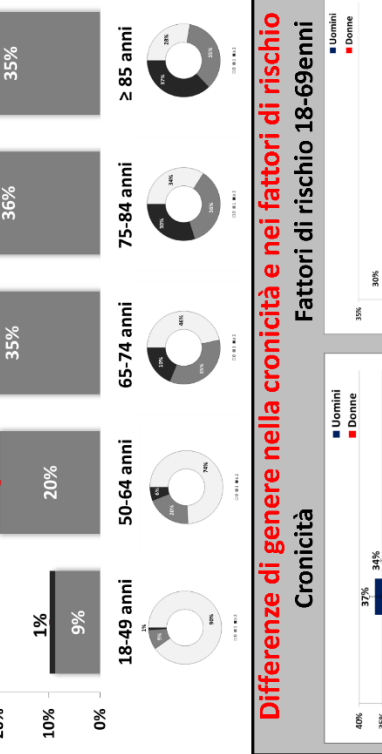
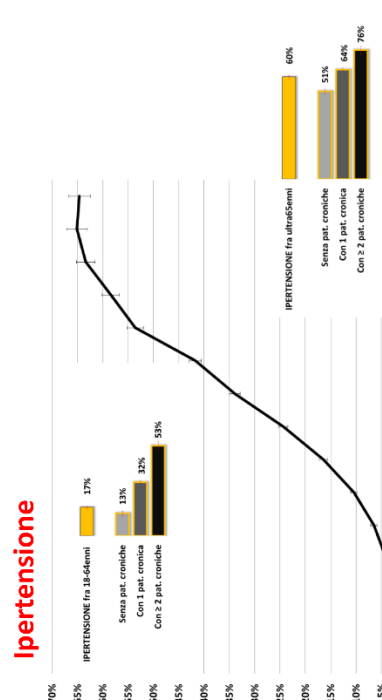
La condizione di ipertensione arteriosa è poco frequente prima dei 40 anni e interessa meno del 10% di questa popolazione, ma dopo questa età aumenta rapidamente e arriva a coinvolgere circa il 65% della popolazione intorno agli 80 anni di età. È una condizione clinica che si manifesta indipendentemente dalla presenza di patologie croniche ma è più frequente in presenza di queste, proprio perché si correla alle malattie cerebro-cardiovascolari e al diabete: dopo i 65 anni l'ipertensione è riferita dal 51% delle persone senza patologie croniche, ma è riferita dal 64% delle persone con una patologia cronica e dal 76% delle persone con policronicità.

Da uno sguardo ai principali fattori di rischio comportamentali implicati nell'insorgenza delle patologie croniche e/o nel carico di malattia che queste comportano, i dati mostrano differenze di genere rilevanti, e statisticamente significative, a favore delle donne, nell'esposizione (attuale e pregressa) al fumo di sigaretta e nel consumo di alcol e anche nell'obesità, seppur con differenze più contenute. L'inattività fisica è fra i fattori di rischio comportamentali l'unico che agisce a sfavore delle donne che risultano ovunque in Italia più sedentarie degli uomini (Figura A3.1).

Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA
PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)
 Prevalenze e relativi IC95%



Classe di Et�	Pop. ISTAT 1.1.2019	Summa Pop. Cronici (non istituzionalizzati)
18-49	23.698.354	2.3 mln
50-64	13.198.458	3.4 mln
65-74	6.774.825	3.6 mln
75-84	4.905.263	3.2 mln
≥ 85	2.153.452	1.6 mln
Pop. ≥ 18 anni	50.688.412	14.1 mln



Nota metodologica
 Le patologie croniche sono riferite dagli intervistati come diagnosi mediche ricevute. Contengono: Cardiopatie (infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (compresse leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale.
 L'ipertensione, rilevata come diagnosi riferita, non   considerata nella stima di persone con cronicit  e co-morbidit .
 La popolazione di riferimento   la popolazione residente in Italia (ISTAT, 2015-2018) con un campione della popolazione residente nei territori delle ASL della Citta di Milano e delle provincie di Bergamo, Pavia e Varese.
 Per Lombardia, Molise e Val d'Aosta non sono disponibili dati su ultrasessenni per il triennio 2016-2018.

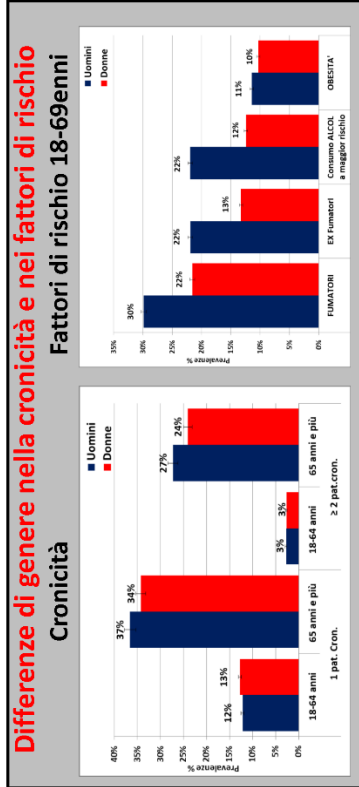


Figura A3.1. Cronicit , policronicit , ipertensione e obesit  in Italia, prima della pandemia di COVID-19. PASSI 2015-2018. PASSI d'Argento 2016-2018

Schede regionali disponibili in: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda>
 Confronto patologie pregresse fra i decessi COVID-19 e popolazione generale disponibile in:
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-patologie-croniche-pregresse>

APPENDICE A4

Copertura vaccinale antinfluenzale, prima della pandemia di COVID-19

Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di 18-64 anni non è molto frequente e ha raggiunto appena il 9,1% nell'ultima campagna 2018-2019; prima dei 50 anni di età è davvero molto raro (meno del 5%). Anche fra le persone affette da patologie croniche l'aderenza è lontana dall'atteso: nell'ultima campagna vaccinale 2018-2019 solo il 22% degli adulti con patologia cronica (malattia cardiovascolare, diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica, tumore, malattia cronica del fegato) ha fatto la vaccinazione. Disuguaglianze sociali nell'adesione alla vaccinazione antinfluenzale individuano una maggiore partecipazione alle campagne vaccinali delle persone con più difficoltà economiche e di quelle con nessun titolo di studio o al più la licenza elementare e di quelle laureate. Per quanto riguarda gli ultra 65enni, nelle ultime tre campagne vaccinali fra il 2016 e il 2019 la copertura vaccinale ne coinvolge poco più della metà (71% tra gli ultra 85enni). Anche in questo caso alla bassa istruzione corrisponde una maggiore aderenza. Ugualmente fra gli anziani con malattie croniche la copertura vaccinale resta bassa (63%) e lontana da quanto raccomandato, malgrado il 79% delle persone intervistate riferisca di aver ricevuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio medico di famiglia e/o da altre persone è (Figura A4.1).

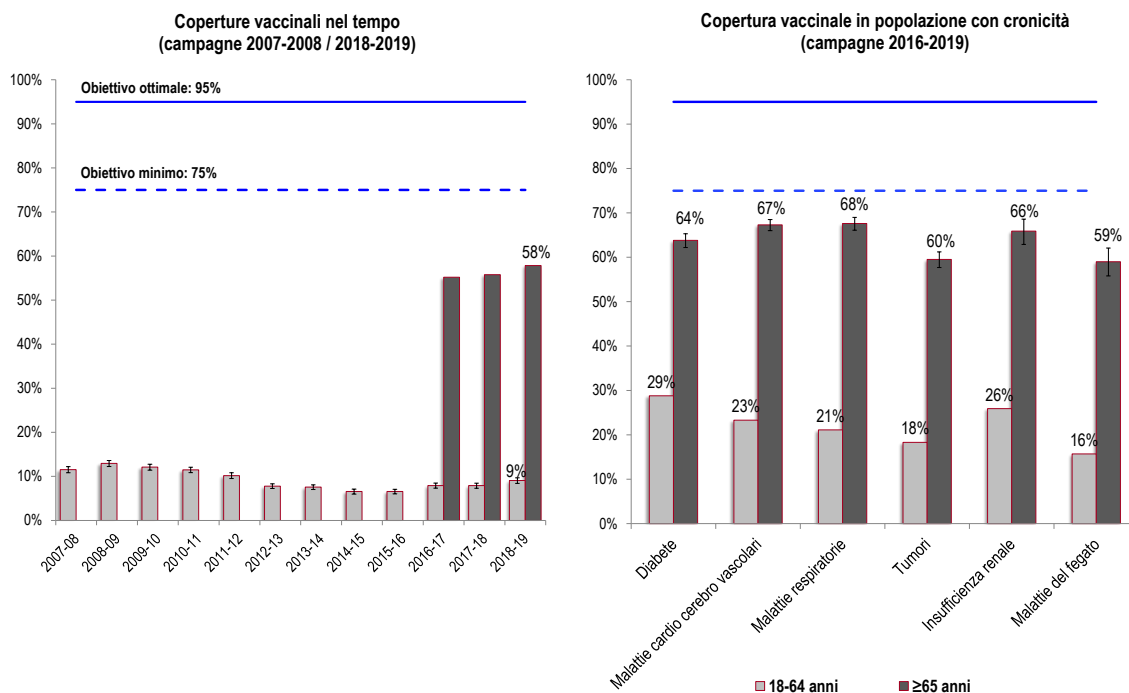


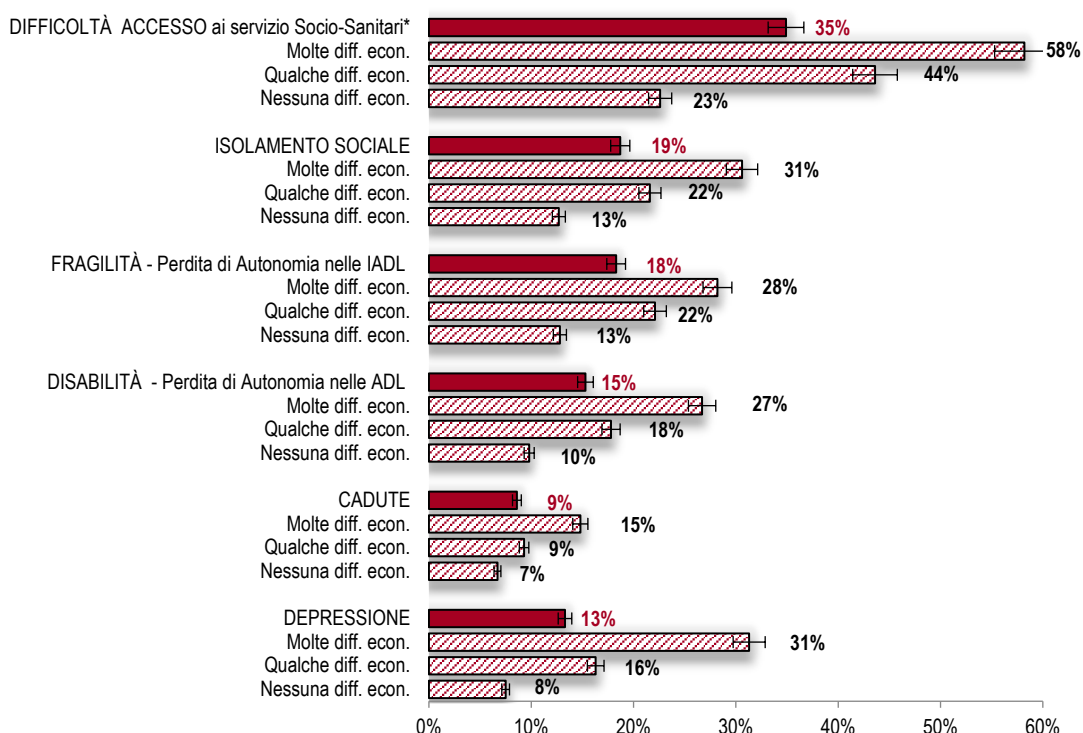
Figura A4.1. Copertura vaccinale antinfluenzale, prima della pandemia di COVID-19, nella popolazione adulta e anziana generale e con cronicità. PASSI 2007-2019. PASSI d'Argento 2016-2019.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

APPENDICE A5

Qualità dell'invecchiamento in Italia, prima della pandemia di COVID-19

Oltre all'impatto immediato sulla salute, la pandemia COVID-19 ha modificato la vita di tutti suscitando timori soprattutto nelle persone anziane, esposte a un rischio maggiore anche da un punto di vista sociale, di discriminazione e isolamento. Le misure di contenimento della pandemia, la percezione del rischio di infezione per l'età avanzata e la presenza di cronicità hanno certamente ritardato l'offerta e ridotto la fruizione dei servizi socio-sanitari dedicati agli anziani, limitato i contatti sociali e le occasioni per mantenersi attivi, con un probabile ruolo sull'autonomia nelle attività quotidiane.

Il contesto in cui si è diffusa la pandemia descritto attraverso i dati PASSI d'Argento 2016-2019 è caratterizzato da una popolazione in cui solo il 33%, fra chi è autonomo nella deambulazione, raggiungeva i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS; il 9% riferiva una caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista (di cui il 65% nella propria abitazione) e che, nel 19% dei casi, ha esitato in ricovero ospedaliero; il 18% riportava una condizione di non autonomia in due o più attività strumentali della vita quotidiana (IADL), che fra le persone con molte difficoltà economiche coinvolge il 28% degli ultra 65enni e grava principalmente sulle famiglie (il 94% riceve aiuto dai propri familiari); il 13% riferiva sintomi depressivi ma questo valore triplica fra le persone con molte difficoltà economiche; il 35% aveva difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari, in particolare ai servizi della ASL e i negozi di prima necessità; il 19% degli anziani viveva in una condizione di isolamento sociale (il 21% dichiarava che, nel corso di una settimana normale, non aveva avuto contatti, neppure telefonici, con altre persone e il 71% non partecipava ad incontri collettivi presso punti di aggregazione) (Figura A5.1).



*ASL, MMG, Servizi del Comune, farmacia, negozi di generi alimentari e di prima necessità
 Fragilità: perdita di autonomia in 2 o più IADL (*Instrumental Activity of Daily Living - Lawton*) ma piena autonomia in tutte le ADL
 Disabilità: perdita di autonomia in 1 ADL (*Activity of Daily Living - Katz Index*)

Figura A5.1. Ultra 65enni e la qualità dell'invecchiamento in Italia prima della pandemia. PASSI d'Argento 2016-2019.
 Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

Se queste sono le dimensioni che caratterizzano l'invecchiamento in Italia anche prima della pandemia, è importante continuare a monitorarle per poter programmare interventi mirati e di presa in carico dei gruppi più vulnerabili, al fine di contenere l'impatto che questa emergenza sanitaria può avere anche su tali aspetti, contribuendo a peggiorarli e ad inasprire le disuguaglianze sociali, già esistenti, nella salute, nella qualità di vita e nell'accesso alle cure.

Bibliografia di riferimento

- Contoli B, Carrieri P, Masocco M, Penna L, Perra A and the 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
- 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 – Allegato A*.
- 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 - Supplemento Ordinario n. 15 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica - programma F2*.
- Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).
- Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. La sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>
- Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. La sorveglianza PASSI d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
- Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. PASSI e PASSI d'Argento per COVID-19. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda>
- Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Il ruolo delle patologie croniche pregresse nella prognosi dei pazienti COVID-19. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-patologie-croniche-pregresse>
- World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMh_NPH_02.8.pdf;jsessionid=5EA11DE9E5B8545D-3C579225C3189C85?sequence=1
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86. PMID: 5349366.
- Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58(2):163-71. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.006.
- Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Nicolau I, Cuijpers P, 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. doi 10.1186/2046-4053-3-124.
- Wallace M, Shelkey M, Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urol Nurs* 2007;27(1):93-4. PMID: 17390935.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):643-51. doi: 10.1016/s0895-4356(99)00049-9.
- Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The physical activity scale for the elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62. doi: 10.1016/0895-4356(93)90053-4.

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

2021

1. Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Urdiales AM, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021).
2. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Corsi E, Preziosi J, Sampaolo L, Pizzi E, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Chapin EM, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. Versione 5 febbraio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021).
3. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19. Versione del 18 febbraio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 3/2021).
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-COV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione dell'8 marzo 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 4/ 2021).
5. 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).

2020

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 24 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020 Rev.)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali. Versione del 24 agosto 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da*

- SARS-CoV-2. Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
 9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 3 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
 10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 7 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
 11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev 2).
 12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
 13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19*. Versione del 15 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
 14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 14 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
 15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie*. Versione del 16 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
 16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi*. Versione del 19 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
 17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2*. Versione del 19 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
 18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19*. Versione del 26 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
 19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi*. Versione del 25 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
 20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2*. Versione del 7 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).
 21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19*. Versione del 3 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
 22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 28 maggio. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)

23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. *Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiari M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).

39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).
43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)
44. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020)
45. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Sampaolo L, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020)
46. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder. Versione del 23 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020)
47. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici. Versione del 29 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020)
48. Gruppo di Lavoro Immunologia COVID-19. *Strategie immunologiche ad interim per la terapia e prevenzione della COVID-19. Versione del 4 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020).
49. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. *COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020)
50. Perilli R, Grigioni M, Porta M, Cruciani F, Bandello F, Mastropasqua L, Consoli A. *Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19. Versione del 24 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev.).
51. Gruppo di Lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020)
52. Gruppo di lavoro SISVet-ISS. *Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie. Versione dell'11 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020)
53. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020).
54. Giansanti D, D'Avenio G, Rossi M, Spurio A, Bertinato L, Grigioni M. *Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 54/2020).
55. Cisbani E, Dini V, Grande S, Palma A, Rosi A, Tabocchini MA, Gasparrini F, Orlacchio A. *Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19. Versione del 7 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 55/2020)

56. Gruppo di lavoro ISS-INAIL. *Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19. Versione del 21 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020)
57. Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020)
58. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto, R. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.)
59. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Supporto digitale al tracciamento dei contatti (contact tracing) in pandemia: considerazioni di etica e di governance. Versione del 17 settembre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 59/2020)
60. Gabbrielli F, Capello F, Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M. *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020).
61. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).
62. D'Ancona F, Isonne C, Lia L, Urdiales AM, Onder G, Vanacore N, Bellentani MD, Caraglia A, D'Alisera A, Iera J, Sabbatucci M, Spizzichino M, Benini F, Pizzuto M, Scaccabarozzi G, Pucciarelli G. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari. Versione del 15 dicembre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 62/2020).
63. Rota MC, Bellino S, Vescio MF, Del Manso M, Andrianou X, Urdiales AM, Spuri M, Fabiani M, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P. *Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia. Versione del 30 dicembre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020).