

PROTOCOLLO DI STUDIO (Versione 8 febbraio 2023)

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

INDICE

INTRODUZIONE

Background e razionale	2
Mandato istituzionale e cornice normativa	3
Obiettivo	3

METODOLOGIA

Disegno di Studio	4
Popolazione in studio	4
Il flusso dei dati: ASL, Regioni e ISS	4

Tempi, modalità e strumenti della raccolta dati	5
La Piattaforma di centralizzazione dati e di monitoraggio	6

Il campionamento	7
Variabili raccolte	7
Definizione degli indicatori	9

Piano di analisi	11
Diffusione dei risultati	11

ASPETTI ETICI E PRIVACY	12
-------------------------	----

Bibliografia di interesse	13
---------------------------	----

Allegati

All A1 Questionario standard PASSI 2023	
All A2 Lettera informativa al Cittadino PASSI	

INTRODUZIONE

BACKGROUND E RAZIONALE

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche, le malattie muscolo-scheletriche e i problemi di salute mentale causano, in tutto il mondo, la gran parte dei decessi, morti premature e disabilità.

L'allungamento della vita media e il progressivo invecchiamento della popolazione hanno contribuito a far crescere il peso delle MCNT e oggi rappresentano la principale causa di morte, morbidità ma anche di perdita di anni di vita in buona salute, liberi da disabilità.

Il contrasto alle MCNT è tuttavia possibile ed è al centro delle strategie universali, che da diversi anni l'OMS e molti Paesi membri stanno realizzando attraverso piani e programmi di prevenzione delle MCNT e di promozione della salute e passa attraverso il contrasto dei principali fattori di rischio comportamentali associati alla loro insorgenza. Secondo l'OMS infatti quasi la metà di queste malattie è attribuibile a 7 fattori modificabili: il consumo di tabacco, il consumo dannoso di alcol, l'inattività fisica, il basso consumo di frutta e verdura, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e l'obesità.

Dunque i programmi di prevenzione e contrasto alle MCNT passano attraverso il contrasto alle cattive abitudini di vita, dalla lotta al tabagismo e l'abuso di alcool negli adulti, alla promozione dell'attività fisica fino all'offerta di programmi e promozione di azioni rivolte a migliorare la qualità della vita e rafforzare le condizioni per un "invecchiamento sano e attivo".

In queste strategie un ruolo fondamentale viene assegnato alla sorveglianza delle MCNT e dei fattori di rischio comportamentali ad esse connessi, come strumento cruciale per ottenere informazioni utili per pianificare, monitorare e valutare l'efficacia di misure e interventi di prevenzione delle MCNT e di promozione della salute in generale.

Dal 2004 il Ministero della Salute e il CCM, in collaborazione con le Regioni, affida all'ISS 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 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, fra gli altri, la sorveglianza PASSI "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" dedicata alla popolazione adulta di 18-69 anni di età e la sorveglianza PASSI d'Argento dedicata alla popolazione anziana di 65 anni e più, che ne completa il quadro e ne condivide il disegno metodologico.

PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che, sul modello della *Behavioural Risk Factor Surveillance System* adottato in molti paesi (dagli Stati Uniti all'Australia) raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione 18-69enne residente in Italia, sullo stato di salute e benessere fisico e psicologico, sugli stili di vita connessi alla salute e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di prevenzione che il Paese sta realizzando (screening oncologici, campagne vaccinali negli adulti) ma anche l'adozione di misure sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita e di lavoro.

Disegnato come strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL e Regione, PASSI è strutturato su tre livelli: le ASL, attraverso indagini campionarie, raccolgono i dati e ne utilizzano le informazioni per l'azione locale; le Regioni coordinano le attività di rilevazione delle ASL, definiscono le esigenze e le priorità conoscitive regionali in tema di prevenzione; l'ISS ha il coordinamento centrale e garantisce il supporto tecnico-scientifico assicurando rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine.

Sperimentato nel 2006, avviato nel 2007, PASSI è a regime dal 2008 come raccolta continua.

MANDATO ISTITUZIONALE E CORNICE NORMATIVA

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

2004-2016

Dal 2004 il Ministero della Salute e il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), in collaborazione con le Regioni, ha promosso la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età, come strumenti utili per indirizzare le politiche di sanità pubblica in tema di prevenzione e promozione della salute. Con queste finalità dal 2007 il Ministero della Salute attraverso le Azioni Centrali CCM ha supportato finanziariamente la sperimentazione, l'implementazione e la messa a regime dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento.

2017

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

2019

Il **DPCM del 12 marzo 2019** "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"(G.U. il 14 giugno 2019) nell'ambito del sottoinsieme di indicatori **LEA** scelti per il monitoraggio e valutazione dei LEA, indica PASSI come fonte per la definizione di un indicatore di monitoraggio dei LEA, certificativo per le Regioni, su stili di vita (indicatore P14C "Indicatore composito sugli stili di vita") e dell'"Indicatore di completezza e qualità dei dati". Ogni anno gli indicatori di cui sopra declinati a livello regionale vengono forniti al Comitato LEA del Ministero della Salute.

2020-2025

Nel **PNP 2020-2025** (come in quello precedente) PASSI viene indicata come fonte per diversi indicatori utili al monitoraggio del "Macro-obiettivo 1 Malattie croniche non trasmissibili", del "Macro-obiettivo 2 Dipendenze e problemi correlate" e del "Macro-obiettivo 3 -Incidenti domestici e stradali"

Ogni anno tutti gli indicatori di fonte PASSI in ognuna di queste aree, declinati a livello regionale, vengono forniti al Ministero della Salute

OBIETTIVO

Monitorare le condizioni di salute, la diffusione dei fattori di rischio comportamentali connessi alla salute, la qualità della vita, il benessere psico-sociale, la copertura degli screening oncologici, la partecipazione ai programmi di screening oncologici, alle campagne vaccinali e l'adesione alle misure di prevenzione per la riduzione dei danni da incidenti stradali (come uso dei dispositivi alla guida) a livello locale (aziendale e regionale) e nazionale.

La ricchezza di informazioni socio-anagrafiche consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione e la continuità della raccolta offre la possibilità di osservare i cambiamenti nel tempo di breve, medio e lungo periodo.

METODOLOGIA

DISEGNO DI STUDIO

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

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

POPOLAZIONE IN STUDIO

Persone di età compresa fra i 18 e i 69 anni, non istituzionalizzate, residenti in Italia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle ASL

Criteri di esclusione:

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

IL FLUSSO DEI DATI: ASL, REGIONI E ISS

PASSI si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica ed è disegnato come strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale dove le **ASL** raccolgono i dati attraverso indagini campionarie sui cittadini 18-69enni afferenti al proprio bacino di utenza; le **Regioni** coordinano le ASL e contribuiscono a definire i bisogni conoscitivi dei loro territori; l'**Istituto Superiore di Sanità**, con funzioni di sviluppo, formazione e ricerca, coordina il sistema a livello nazionale garantendo il supporto tecnico-scientifico e il rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine in ogni sua fase.

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

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

Il network: ruoli e funzioni

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

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

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

TEMPI, MODALITÀ E STRUMENTI DELLA RACCOLTA DATI

I dati sono raccolti attraverso interviste telefoniche, condotte da operatori socio-sanitari delle ASL, opportunamente formati, attraverso l'uso di questionari standardizzati, a campioni rappresentativi per genere ed età dei cittadini ultra65enni iscritti alle anagrafi sanitarie delle ASL, ovvero residenti nel territorio di competenza delle ASL.

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

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

La continuità della raccolta offre, per ogni aspetto indagato, la possibilità di osservare i cambiamenti nel tempo di breve, medio e lungo periodo. Consente inoltre di tenere sotto controllo la stagionalità di alcuni fenomeni; si pensi all'attività fisica, ma anche al consumo di alcol, di tabacco, di frutta e verdura, o al benessere fisico e psicologico, tematiche che potrebbero fortemente risentire del momento dell'anno in cui vengono indagate. Un altro vantaggio offerto dalla continuità di raccolta dati è rappresentato dalla possibilità di cumulare i dati nel tempo e dalla sostenibilità per le ASL di distribuire gli sforzi della raccolta dati sull'intero arco dell'anno.

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

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

LA PIATTAFORMA DI CENTRALIZZAZIONE DATI E DI MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

Il monitoraggio delle performance di processo

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

- Tasso di risposta / Tasso di risposta AAPOR (*American Association for Public Opinion Research*)
- Tasso di rifiuto / Tasso di rifiuto AAPOR;
- Tasso di eleggibilità /Tasso di eleggibilità AAPOR;
- Tasso di sostituzione
- Tasso di non reperibilità;
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità;
- Modalità di reperimento del numero telefonico;
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni.

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

La *modalità di reperimento del numero telefonico* riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". La *distribuzione delle interviste per orari* consente di stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore e quindi è anche un indicatore indiretto dei costi aggiuntivi legati alle risorse umane.

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

IL CAMPIONAMENTO

Il disegno campionario prevede un campionamento casuale semplice, proporzionato stratificato (per genere ed età) a livello aziendale dalle anagrafi sanitarie delle ASL

Gli strati genere-età specifici, con cui raggruppare la popolazione delle anagrafi sanitarie e dai cui estrarre il campione, devono essere almeno 6 (Uomini 18-34enni, Uomini 35-49enni Uomini 50-69renni; Donne 18-34enni, Donne 35-49enni, Donne 50-69renni). In questo modo il campione rispecchierà le proporzioni della popolazione garantendo la rappresentatività per genere ed età.

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

- 1.200 persone per stime rappresentative a livello regionale e 400 persone per stime rappresentative a livello di ASL e/o Distretto,

Queste sono le soglie minime; dimensioni campionarie più elevate sono raccomandate per garantire una maggiore precisione delle stime di tutti gli indicatori calcolati sul campione totale e in particolare per quelli con una prevalenza attesa più bassa e quelli stimati per sottogruppi specifici e condizioni socio-demografiche (genere, età, livello di istruzione, difficoltà economiche, macro area territoriale, ecc).

Il campione è estratto dalla lista completa dell'anagrafe sanitaria delle ASL. È possibile ricorrere alla sostituzione delle persone campionate (titolari), nel caso in cui il titolare rifiuti l'intervista, o non rientri nei criteri di inclusione (perché residente o domiciliato stabilmente altrove; ricoverato in ospedale o in carcere; deceduto; non conosce la lingua italiana; o non rientra nel range di età) oppure non sia possibile rintracciarlo (dopo aver effettuato almeno 6 tentativi di chiamata in orari e giorni diversi, compresi fasce serali e giorni festivi; o per mancanza e non rintracciabilità del numero di telefono).

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

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

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

VARIABILI RACCOLTE

Il questionario PASSI è standardizzato e composto da circa 140 domande (complessive) a risposta chiusa suddivise in 14 sezioni:

1. Stato di salute e qualità della vita;
2. Attività fisica
3. Abitudine al fumo
4. Alimentazione
5. Assunzione di alcol
6. Sicurezza stradale
7. Rischio cardiovascolare
8. Screening Tumore del collo dell'utero (donne 35-64 anni)

9. Screening Tumore mammario (donne 40-69 anni)
10. Screening Tumore del colon-retto (persone 50-69 anni)
11. Vaccinazioni/gravanza (donne 18-49 anni)
12. Salute mentale
13. Sicurezza domestica
14. Dati socio-anagrafici

Di seguito vengono riportate le informazioni raccolte

➤ **SALUTE**

Stato di salute e qualità di vita:

- Stato di salute percepito
- Giorni in cattivo stato di salute per motivi fisici, mentali, o con limitazioni nelle attività quotidiane
- Diagnosi riferite di patologie croniche (insufficienza renale, mal. croniche respiratorie; mal. cerebrovascolari; cardiopatie; diabete; tumori; mal. croniche del fegato e cirrosi; Artrosi o Artrite)
- Sintomi depressivi (PHQ-2)
- Ricorso alla vaccinazione antinfluenzale
- Gestione del diabete se riferito come diagnosi medica (trattamento e presa in carico)

Stili di vita e fattori di rischio connessi alla salute

- Abitudine tabagica
- Consumo di sigarette tradizionali, rollate, di altri prodotti del tabacco (e-cigarette e prodotti del tabacco riscaldato)
- Fumo passivo
- Alcol (quantità e modi di assunzione)
- Attività fisica
- Consumo di frutta e verdura
- Consumo di sale e sale iodato
- Fattori di rischio cardiovascolare (diagnosi e trattamento per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete)
- Consigli medici ricevuti (per il contrasto alle cattive abitudini: smettere di fumare, bere meno, fare attività fisica, perdere peso e seguire una dieta, consumare meno sale)

➤ **ADESIONE AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE**

- Screening oncologico cervicale, mammografico e coloretale
 - partecipazione dentro e fuori i programmi organizzati
 - motivi della mancata partecipazione
- Vaccinazione anti-influenzale e anti-rubeolica (in donne in età fertile)
- Sicurezza domestica esperienza di infortunio domestico,
- percezione del rischio di infortunio domestico, informazioni ricevuto e misure adottate per prevenirlo)
- Sicurezza stradale (uso dei dispositivi di sicurezza alla guida – cinture, casco e seggiolini per bambini, guida sotto effetto dell'alcol)

Infine, vengono raccolte **informazioni socio-anagrafiche**: età, genere, stato civile, convivenza, titolo di studio, cittadinanza, difficoltà economiche percepite, cittadinanza, condizione e posizione professionale.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI fra i più rilevanti

Qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito

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

Depressione

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

Fumo

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

- **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
- **Fumatore** (secondo la definizione dell'Oms) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
- **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Abuso di alcol

I rischi da danno alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente (consumo medio giornaliero), la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol, le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Nell'assunzione di alcol non esiste rischio per la salute pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporta un rischio tanto più elevato quanto maggiore è la quantità di alcol consumata. Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo, che comportano fra gli adulti rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche (UA) consumate in media al giorno pari a 2 UA per gli uomini (corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni) e 1 UA per le donne (ovvero a 30 UA negli ultimi 30 giorni); livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato. 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.

Anche il consumo episodico, ovvero l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (binge drinking) comporta un sostanziale incremento del rischio per la salute, anche quando non si accompagna ad un consumo abituale elevato. Diverse istituzioni sanitarie, fissano come livelli soglia da non superare in una sola occasione, 4 UA per gli uomini e 3 UA per le donne; livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "consumo binge".

Anche l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto è considerata modalità di consumo a rischio, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L'OMS elenca il consumo fuori pasto tra i fattori che determinano un aumento della mortalità,

perciò lo include nel calcolo dell'indice Patterns of drinking score, che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

PASSI raccoglie informazioni sul consumo di alcol con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l'intervista e stima il consumo medio giornaliero di bevande alcoliche, il consumo alcolico riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate; la modalità di consumo rispetto ai pasti, considerati tutti consumi rischiosi per la salute.

Un indicatore composito definito in PASSI come **“consumo a maggior rischio”** indica una o più di queste modalità di consumo alcolico:

- **Consumo abituale elevato:** consumo medio giornaliero pari a 3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne
- **Consumo episodico eccessivo (*Binge drinking*):** consumo di 5 o più UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più UA per le donne
- **Consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto:** consumo di bevande alcoliche esclusivamente o prevalentemente lontano dai pasti

Eccesso ponderale

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

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

Alimentazione

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

In PASSI il consumo giornaliero di frutta e verdura è rilevato attraverso domande che indagano il numero di porzioni di frutta e/o verdura consumate abitualmente al giorno. Per motivi pratici, una porzione di frutta o verdura viene descritta come un quantitativo di frutta e/o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta (entrambi corrispondenti all'incirca a 80 grammi).

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

Attività Fisica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandava fino al 2020 [13] ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Oggi le più recenti raccomandazioni non considerano il limite minimo dei 10 minuti consecutivi e il movimento fisico è considerato utile per la salute anche se praticato per brevi sessioni, con l'obiettivo di contrastare la completa sedentarietà.

In PASSI, le informazioni sull'intensità e il tempo dedicato all'attività fisica, nel tempo libero (non solo sportiva), nei 30 giorni precedenti l'intervista, e durante l'attività lavorativa, consentono di stimare i livelli

complessivi di attività fisica delle persone adulte.

Secondo le raccomandazioni OMS 2020 attualmente in vigore in PASSI si possono classificare le persone in:

Persona **fisicamente attiva**:

- aderisce alle linee guida sull'attività fisica nel tempo libero ovvero svolge almeno 150 minuti settimanali di attività fisica, moderata o intensa (assumendo che i minuti di attività intensa valgano il doppio dell'attività moderata)

Oppure

- svolge un lavoro regolare (continuativo nel tempo) che richiede uno sforzo fisico notevole

Persona **parzialmente attiva**:

- pratica attività fisica moderata o intensa nel tempo libero (fino a 149 minuti settimanali) senza raggiungere i livelli raccomandati e non svolge un lavoro regolare (continuativo nel tempo) che richiede uno sforzo fisico notevole

Oppure

- non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero ma svolge un lavoro regolare (continuativo nel tempo) che richiede uno sforzo fisico moderato

Persona **sedentaria**:

- non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero e non lavora, o svolge un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è regolare e continuativo nel tempo.

PIANO DI ANALISI

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

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

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

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

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

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

DIFFUSIONE DEI RISULTATI

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

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

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

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

ASPETTI ETICI E PRIVACY

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

Non si rivolge dunque a pazienti ospedalizzati o residenti in comunità (es. convitti, carceri).

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

Una lettera informativa viene inviata dalle ASL anche ai medici di medicina generale delle persone entrate a far parte del campione affinché forniscano chiarimenti ai loro assistiti e promuovano l'adesione all'indagine. Al primo contatto telefonico l'informativa viene nuovamente fornita, la persona contattata decide liberamente se rilasciare l'intervista, interromperla in qualunque momento o chiedere di riprogrammarla in un momento più opportuno o può decidere di non concederla e rifiutare.

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

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

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

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

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

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

Bibliografia di interesse

- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017.
- Italia. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 138 del 14 giugno 2019.
- Italia. Circolare applicativa. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Art.3, comma 1) del 27 ottobre 2020. Schede tecniche degli indicatori NSG. www.salute.gov.it/...; ultimo accesso 15/12/2021.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. www.salute.gov.it/...; ultimo accesso 15/12/2021.
- World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: WHO; 2020.
- Istituto nazionale per gli alimenti e la nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Inran; 2003.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf
- Thombs, B.D.; Benedetti, A.; A Kloda, L.; Levis, B.; Nicolau, I.; Cuijpers, P.; Gilbody, S.; A Ioannidis, J.P.; McMillan, D.; Patten, S.B.; et al. The diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting major depression: Protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *Syst. Rev.* 2014, 3, 124.
- Löwe, B.; Kroenke, K.; Gräfe, K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J. Psychosom. Res.* 2005, 58, 163–171.
- Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Med. Care* 2003, 41, 1284–1292.
- Nobile F, Gallo R, Minardi V, Contoli B, Possenti V, and Masocco M. Urban Health at a Glance in Italy by PASSI and PASSI d'Argento Surveillance Systems Data. *Sustainability* 2022, 14, 5931. <https://doi.org/10.3390/su14105931>
- Gigantesco A, Minardi V, Contoli B, Masocco M. Depressive symptoms among adults in 2018-2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic in Italy. *J Affect Disord.* 2022 Apr 23;309:1-8. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.131. Online ahead of print. PMID: 35472470
- Gorini G, Carreras G, Lugo A, Gallus S, Masocco M, Spizzichino L, Minardi V; PASSI coordinating group. Electronic cigarette use as an aid to quit smoking: Evidence from PASSI survey, 2014-2021. *Prev Med.* 2023 Jan;166:107391. doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107391. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36529403.
- Zanobini P, Lorini C, Caini S, Lastrucci V, Masocco M, Minardi M, Possenti V, Mereu G, Cecconi R and Bonaccorsi G. Health Literacy, Socioeconomic Status and Vaccination Uptake: A Study on Influenza Vaccination in a Population-Based Sample. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(11), 6925; <https://doi.org/10.3390/ijerph19116925> (registering DOI) - 06 Jun 2022
- Sesti F, Minardi V, Baglio G, Bell R, Goldblatt P, Marceca M, Masocco M, Campostrini S, Marmot M. Correction: Social determinants of mental health in Italy: the role of education in the comparison of migrant and Italian residents. *Int J Equity Health.* 2022 Sep 30;21(1):144. doi: 10.1186/s12939-022-01740-2
- Carreras G, Minardi V, Lugo A, Gallus S, Masocco M, Spizzichino L, Gorini G. Italians are still loyal to conventional cigarettes, despite novel tobacco products. *Ann Ist Super Sanita.* 2022 Oct-Dec;58(4):264-268. doi: 10.4415/ANN_22_04_06. PMID: 36511197.
- Baldissera S, Minardi V, Masocco M, Ferrante G. Cardiovascular risk and protective factors in adults with and without diabetes mellitus (Italy, 2016–19. *Eur J Public Health.* 2022 Aug 1;32(4):617-623. doi: 10.1093/eurpub/ckac037.
- Santoro V, Minardi V, Contoli B, Gallo R, Possenti V; PASSI and PASSI d'Argento National Coordinating Group; Masocco M. Monitoring cardiovascular diseases and associated risk factors in the adult population to better orient prevention strategies in Italy. *Ann Ist Super Sanita.* 2022 Apr- Jun;58(2):109-117. doi: 10.4415/ANN_22_02_06. PMID: 35722797.

- Minardi V, D'Argenio P, Gallo R, Possenti V, Contoli B, Carrozzi G, Cattaruzza MS, Masocco M, Gorini G. Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, PASSI surveillance system data, 2014-2018. *Ann Ist Super Sanita*. 2021 Apr-Jun;57(2):151-160. doi: 10.4415/ANN_21_02
- Possenti V, Minardi V, Contoli B, Gallo R, Lana S, Bertozzi N, Campostrini S, Carrozzi G, Cristofori M, D'Argenio A, De Luca A, Fateh-Moghadam P, Ramigni M, Trinito MO, Vasselli S, Masocco M. The two behavioural risk factor surveillances on the adult and elderly populations as information systems for everaging data on health-related sustainable development goals in Italy. *Int J Med Inform*. 2021 Aug;152:104443. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2021.104443. Epub 2021 May 15. PMID: 34004398.
- Masocco M, Minardi V, Contoli B, Possenti V, Fateh-Moghadam P, per il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):1-11. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_031
- Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021).
- Gorini G, Charrier L, Cavallo F, Lemma P, Lazzeri G, Carreras G, Simoncini E, Minardi V, Masocco M, Gallus S, Faggiano F, Galeone D, Spizzichino L, Pacifici R, Gruppo di lavoro MADES, Gruppo di coordinamento nazionale HBSC, Vasselli S. [Smoking initiation in Italian regions, 2014, and Regional Prevention Plans]. *Epidemiologia & prevenzione* 2020;44(4):271-279.
- Zanobini P, Lorini C, Caini S, Lastrucci V, Masocco M, Minardi V, Contoli B, Bonaccorsi G. Measuring health literacy in Tuscany through the Italian risk factor surveillance system (PASSI). In: 16. World Congress on Public Health. Abstracts; 12-16 Ottobre 2020; Roma. 2020. *European journal of public health* 2020;30(5 Suppl): v385-386.
- Venturelli F, Sampaolo L, Carrozzi G, Zappa M, Giorgi Rossi P, PASSI Working Group. Associations between cervical, breast and colorectal cancer screening uptake, chronic diseases and healthrelated behaviours: Data from the Italian PASSI nationwide surveillance. *Prev Med* 2019;120:60- 70. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.01.007
- Gallo R, Pettinicchio V, Santoro V, Trinito MO, Minardi V, Contoli B, et al. Health counseling and lifestyles. The Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System data. *Europ J Public Health* 2018;28(Suppl 4):38. doi.org/10.1093/eurpub/cky213.100
- Santoro V, Pettinicchio V, Gallo R, Fateh- Moghadam P, Carrozzi G, Campostrini S, et al. Passi surveillance and health professionals' attitude toward healthy habits and citizenship in Italy. *Europ J Public Health* 2018;28(Suppl 4):375-376. doi 10.1093/eurpub/cky214.192
- Ministero della Salute. L'Italia per l'Equità nella salute. Roma: Ministero della Salute; 2017
- Gigantesco A, D'Argenio P, Cofini V, Mancini C, Minardi V. Health-Related Quality of Life in the Aftermath of the L'Aquila Earthquake in Italy. *Disaster Med Public Health Prep* 2016;10(1):11-5. doi: 10.1017/dmp.2015.91
- Gigantesco A, Mirante N, Granchelli C, Diodati G, Cofini V, Mancini C, et al. Psychopathological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord* 2013;148(2-3):265-71. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.006
- Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, Minardi V, Minelli, G, et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24. PMC3044035. PMID 21159236.
- Ferrante G, Baldissera S, Moghadam PF, Carrozzi G, Trinito MO, Salmaso S. Surveillance of perceptions, knowledge, attitudes and behaviors of the Italian adult population (18-69 years) during the 2009-2010 A/H1N1 influenza pandemic. *Eur J Epidemiol* 2011;26(3):211-9. doi: 10.1007/s10654-011-9576-3
- Baldissera S, Ferrante G, Quarchioni E, Minardi V, Possenti V, Carrozzi G, et al. Field substitution of nonresponders can maintain sample size and structure without altering survey estimates the experience of the Italian behavioral risk factors surveillance system (PASSI). *Ann Epidemiol* 2014;24(4):241-5. doi 10.1016/j. annepidem.2013.12.003
- Epicentro. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. <https://www.epicentro.iss.it/passi> ; ultimo accesso 09/02/2023.