

setting prevalentemente di tipo ospedaliero a uno di tipo territoriale.

Per informazioni: Manola Lisiero
manola.lisiero@ulssasolo.ven.it

Bibliografia

Sorveglianze speciali delle malattie infettive. Assessorato alle politiche sanitarie. Segreteria sanità e sociale. Direzione prevenzione. www.regioneveneto.it

Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalizations. *J Infect Dis.* 2000 Mar;181(3):831-7.

Rizzo C, Bella A, Viboud C, Simonsen L, Miller MA, Rota MC, Salmaso S, Ciofi degli Atti ML. Trends for influenza-related deaths during pandemic and epidemic seasons, Italy, 1969-2001. *Emerg Infect Dis.* 2007 May;13(5):694-9.

McBean AM, Hebert PL. New estimates of influenza-related pneumonia and influenza hospitalizations among the elderly. *Int J Infect Dis.* 2004 Jul;8(4):227-35.

Hebert PL, McBean AM, Kane RL. Explaining trends in hospitalizations for pneumonia and influenza in the elderly. *Med Care Res Rev.* 2005 Oct;62(5):560-82.

Valent F, Schiava F, Gnesutta D, Brianti G, Barbone F; Gruppo regionale influenza Friuli-Venezia Giulia. Evaluation of the effectiveness of influenza vaccination among the elderly in Friuli-Venezia Giulia (Italy) *Epidemiol Prev.* 2005 May-Aug;29(3-4):195-203. Italian.

CHIRURGIA IN ETÀ PRESCOLARE

Ricoveri in bambini italiani e stranieri, 2005-2007

SER

In un precedente articolo del bollettino (IES novembre 2008) avevamo descritto come i tassi di chirurgia adenotonsillare presentassero una notevole variabilità tra ULSS, e fossero nel complesso inferiori nei bambini residenti con cittadinanza straniera rispetto agli italiani. In questo articolo estendiamo l'osservazione alla totalità delle ospedalizzazioni chirurgiche in età prescolare, focalizzandoci sugli anni più recenti.

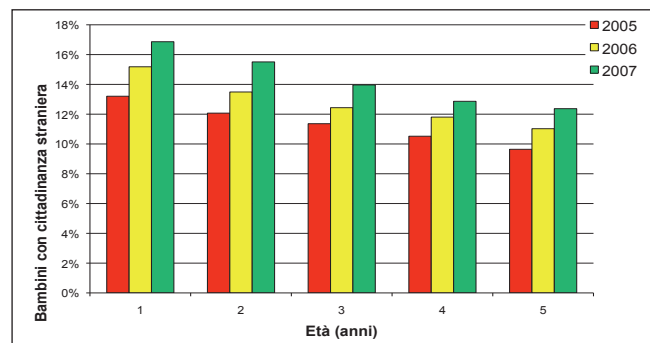
Dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sono stati estratti tutti i ricoveri dei bambini residenti in Veneto di età 1-5 anni nel triennio 2005-2007. I ricoveri sono stati analizzati in base a sesso, cittadinanza italiana o straniera e Diagnosis Related Groups (DRG), prendendo come riferimento per il calcolo dei tassi la popolazione ISTAT di metà anno. Sono stati calcolati i tassi di ricovero complessivi per tutti i DRG medici e chirurgici, e per i DRG chirurgici più frequenti, separatamente per sesso e cittadinanza.

Sono stati così selezionati 64975 ricoveri, 43024 (66%) per DRG medici e 21951 (34%) per DRG chirurgici. Tra i DRG chirurgici il più frequente si è confermato quello di tonsillectomia/adenoidectomia (n=11103, 51% del totale), seguito da interventi per ernia (n=1487, 7%), interventi sui testicoli non per neoplasie (n=1419, 6%), procedure sulle strutture extraoculari (n=1311, 6%), miringotomia con inser-

zione di tubo (n=727, 3%), interventi sul pene (n=635, 3%), e circoncisione (n=520, 2%); tutti gli altri DRG chirurgici rendevano conto di 4749 dimissioni (22%).

La popolazione media nel periodo considerato era di 227097 bambini (51% maschi); nel complesso, quelli con cittadinanza straniera erano il 13%. Soprattutto per l'alta fertilità tra gli immigrati, la quota di stranieri è maggiore nei primi anni di vita e tende a crescere nel tempo (nel triennio in esame dal 13% al 17% tra i bambini di un anno, e dal 10% al 12% tra i bambini di 5 anni, Figura 1).

Figura 1. Percentuale di bambini residenti con cittadinanza straniera: Veneto 2005-2007 (fonte ISTAT).



Il tasso complessivo di ospedalizzazione in età prescolare è risultato pari a 95.4 per 1000 (32.2 per DRG chirurgici e 63.2 per DRG medici); i ricoveri sono più frequenti tra i maschi, e tale differenza è più accentuata per i ricoveri chirurgici rispetto ai medici (Tabella 1).

Mentre il tasso complessivo di ospedalizzazione per DRG medici non presenta differenze maggiori a seconda della cittadinanza, tra gli stranieri i ricoveri chirurgici sono ridotti del 35% nei maschi e del 47% nelle femmine rispetto agli italiani. Tale riduzione coinvolge tutti i DRG chirurgici più rappresentati, ad eccezione degli interventi per ernia nelle bambine (con tassi simili alle italiane) e per la circoncisione nei bambini (con valori quadrupli rispetto agli italiani). I tassi di ospedalizzazione per procedure su strutture extraoculari, tonsillectomia/adenoidectomia, miringotomia, interventi su testicoli e pene risultano tra i bambini con cittadinanza straniera ridotti almeno di un terzo (e talvolta più che dimezzati) rispetto agli italiani. E' interessante notare che tale riduzione, una volta esclusi gli interventi di circoncisione, è di entità simile nei maschi e nelle femmine.

Tassi di ospedalizzazione (per 1000) in residenti italiani e stranieri di età 1-5 aa, Veneto 2005-2007.

DRG	Italiani	Stranieri
MASCHI		
Tutti i DRG medici	70.1	66.7
Tutti i DRG chirurgici	41.7	26.6
041-Procedure extraoculari eccetto orbita	2.0	1.4
060- Tonsillectomia/adenoidectomia	20.0	8.5
062- Miringotomia con inserzione di tubo	1.4	0.4
163- Interventi per ernia	3.0	2.3
340- Procedure sui testicoli non per neoplasie	4.3	2.1
341- Interventi sul pene	1.9	1.3
343-Circoncisione	1.1	4.1
Altri DRG chirurgici	7.9	6.6
FEMMINE		
Tutti i DRG medici	55.9	58.7
Tutti i DRG chirurgici	25.9	13.1
041- Procedure extraoculari eccetto orbita	2.0	0.9
060- Tonsillectomia/adenoidectomia	15.1	6.0
062- Miringotomia con inserzione di tubo	1.0	0.2
163- Interventi per ernia	1.4	1.2
Altri DRG chirurgici	6.4	4.8

L'archivio SDO consente una valutazione completa su base di popolazione delle procedure chirurgiche in età pediatrica, dato che la maggioranza degli interventi è eseguita esclusivamente in ambito ospedaliero, tranne la circoncisione, che può essere ambulatoriale. I ricoveri sono rappresentati nella stragrande maggioranza da interventi in elezione, con una quota notevole rappresentata da procedure otorinolaringoiatriche ed urologiche. Il ricorso complessivo al ricovero per DRG medici è simile nei bambini italiani e stranieri, suggerendo che l'accesso alle cure ospedaliere in acuzie è comunque garantito. Vi sono invece grandi differenze per quanto riguarda l'accesso a procedure chirurgiche in elezione. Solo la circoncisione è più frequente tra gli stranieri, indicando un ruolo rilevante delle conoscenze e delle attitudini dei genitori. La forte riduzione registrata tra gli stranieri dei tassi di diversi interventi di tipo otorinolaringoiatrico, urologico, oculistico, suggerisce difficoltà nell'accesso alle cure primarie e a successive valutazioni specialistiche. Tali difficoltà possono originare da minori conoscenze sulle patologie pediatriche, da barriere linguistiche, da una minore dimestichezza con i servizi sanitari, o difficoltà di accesso agli stessi legate agli orari od altre barriere. Considerando che dagli ultimi dati ISTAT relativi al 2008 gli stranieri rappresentano il 20.7% delle nascite in Regione, si tratta di una problematica destinata ad assumere una crescente rilevanza.

Per informazioni: Ugo Fedeli
ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

QUATTRO DOMANDE FACILI

*Il Medico di Medicina Generale e
la diagnosi di malattia professionale*

*Giuseppe Mastrangelo, Luca Scoizzato,
Gianluca Marangi¹, Luca Cegolon*

Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica,
Università degli Studi di Padova ¹SPISAL, ULSS 12, Regione Veneto

Introduzione

In Medicina del Lavoro il nodo centrale non è tanto la diagnosi clinica (es. asma bronchiale), quanto la diagnosi eziologica (es. asma bronchiale da isocianati). La prima è utile per la terapia, la seconda ha anche finalità repressiva, assicurativa ed epidemiologica.

Costruzione di un'ipotesi di lavoro

L'individuazione di una malattia professionale richiede di approfondire alcuni aspetti spesso trascurati nella normale anamnesi clinica. In analogia con i criteri di causalità usati in studi di popolazioni, quattro domande facili consentono di sospettare un nesso di causa tra attività lavorativa e malattia di uno specifico paziente

(<http://www.agius.com/hew/resource/occhist.htm>).

Anamnesi in Medicina del Lavoro	
Criteri di casualità in epidemiologia	4 domande da rivolgere al paziente
Temporalità	Quando sono iniziati i sintomi rispetto all'inizio dell'esposizione?
Reversibilità	I sintomi migliorano quando il paziente non è più esposto, per esempio in vacanza?
Esposizione-risposta	I sintomi peggiorano quando il paziente assolve compiti o lavora in aree con elevate esposizioni?
Forza dell'associazione	Altri colleghi soffrono di simili sintomi connessi con le stesse esposizioni?

Il sospetto di eziologia professionale è ragionevole quando la causa precede l'effetto (di un intervallo di tempo sufficiente allo svolgersi del processo patogenetico) ed è soddisfatto uno o più degli altri tre criteri.

Elaborazione dell'informazione

È necessario definire la diagnosi clinica della patologia attuale e accertare l'identità, la durata e l'intensità dell'esposizione lavorativa. Questa può essere rappresentata da una specifica sostanza chimica oppure da un fattore di rischio fisico, biologico, psicologico. La semplice rilevazione della mansione non costituisce un'informazione adeguata.

Il giudizio di malattia professionale spesso richiede l'esame di:

- evidenze provenienti da studi epidemiologici in cui la malattia in esame sia stata riconosciuta essere causata dalla stessa esposizione;
- schede tecniche dei prodotti chimici usati; tra le altre informazioni sono riportate le "frasi di rischio" che indicano grossolanamente la tipologia di sintomi che possono essere provocati dalla sostanza;
- tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura (quelle in vigore sono state pubblicate con D.M. 9 aprile 2008);
- elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia/ segnalazione (pubblicato con D.M. 14 gennaio 2008).

In caso di malattia professionale, la legge obbliga il medico che ha prestato assistenza a compilare i seguenti documenti:

- referto all'autorità giudiziaria, nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio (finalità repressiva);
- certificati di malattia professionale per chiedere il riconoscimento delle prestazioni economiche INAIL (finalità assicurativa);
- denuncia di malattia professionale, nei casi di malattia elencati nel D.M. 14 gennaio 2008 (finalità epidemiologica).

Problemi e soluzioni

Determinare la durata dell'esposizione può essere noioso (quando vi sono periodi ripetuti di esposizione) ma non difficile. Invece determinare l'intensità di esposizione con la storia lavorativa è molto difficile. La semplice risposta che il lavoratore utilizza mezzi di protezione personale (mascherine, guanti) è poco informativa. Infatti vi sono differenti e specifici mezzi di protezione personale per differenti categorie di agenti nocivi. Per esempio, le mascherine progettate per polveri inalabili non proteggono dall'anidride solforosa. Così i guanti che possono essere adatti per assicurare una certa protezione contro la polvere di cemento non sono utili se il lavoratore è esposto a solventi.

Inoltre, in alcune circostanze, può essere necessario ottenere la storia professionale completa, andando indietro nel tempo di parecchi decenni. Il mesotelioma ad esempio può manifestarsi anche 40 anni dopo la prima esposizione ad asbesto.

Infine, il giudizio sull'origine professionale della malattia può richiedere l'integrazione di molteplici fonti di informazioni. Ad esempio, la presenza di tosse e dispnea in un operaio fumatore non significa necessariamente che i sintomi possono essere attribuiti solo al fumo.

Come la diagnosi clinica di malattia può necessitare di indagini (test di laboratorio, diagnostica per immagini), così per confermare la diagnosi eziologica può essere talora