

PREMESSA

L'epidemiologia occupazionale studia le distribuzioni delle malattie nella popolazione dei lavoratori, per comprenderne le caratteristiche principali e definire adeguate politiche di prevenzione. La base su cui

si poggiano gli studi epidemiologici sono la teoria statistica e gli archivi digitali su cui essa si applica. Sebbene la teoria abbia ormai una letteratura molto ampia grazie ai contributi provenienti dai ricercatori di tutto il mondo, l'archiviazione dei dati per la loro applicazione è spesso definita su scala nazionale specie in campo occupazionale. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) stanno cercando di omogeneizzare le basi di dati nazionali relative alla mortalità e i tumori. Le fonti di dati più utilizzate in epidemiologia occupazionale a livello internazionale sono le schede di morte e i registri delle specifiche malattie, poiché tutti i paesi sviluppati registrano gli eventi mortali e i tumori. In Italia, ci sono registri su specifiche malattie occupazionali come il Registro nazionale del mesotelioma (ReNaM) ed il Registro del tumore del naso e dei seni paranasali (ReNaTuNS). Una fonte di dati che tutti i paesi sviluppati hanno, ma che potrebbe essere maggiormente utilizzata in epidemiologia, è il registro delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

INTRODUZIONE

Dalla riforma del Titolo V della Costituzione italiana del 2001 (legge costituzionale n. 3 del 18/10/2001), il Sistema sanitario nazionale è regolamentato a livello regionale. L'amministrazione centrale, tramite il Ministero della salute, ha mantenuto un ruolo di coordinamento e controllo, tra cui:

1. la definizione dei costi massimi applicabili alle prestazioni ospedaliere basati sul sistema di codifica dei gruppi omogenei di diagnosi (DRG);
2. l'esercizio del ruolo primario nella conferenza permanente tra Stato e Regioni (luogo dove vengono anche definite le compensazioni interregionali, per i servizi che una regione eroga ad un residente in un'altra regione);
3. l'archiviazione delle SDO in un registro nazionale e pubblicazione annuale dei rapporti sull'attività ospedaliera a livello nazionale.

Le SDO sono compilate dagli istituti di cura (privati e pubblici) e inviate annualmente al Ministero della salute che le archivia nel registro nazionale. Il ministero gestisce il registro delle SDO con finalità di coordina-

mento e controllo del Sistema sanitario nazionale e rende disponibili i dati a partire dal 2001 per finalità scientifiche. Sebbene le SDO siano state introdotte per scopi economici, contengono una varietà di informazioni che possono essere utilizzate in ambito epidemiologico.

CARATTERISTICHE DELLE SDO

Le principali informazioni contenute nelle SDO utili anche per studi epidemiologici sono:

- **dati demografici del paziente:** sesso, età, residenza, stato civile;
- **dati clinici:** fino a 6 patologie trattate con le corrispondenti prestazioni mediche codificate tramite i codici internazionali delle malattie versione 9 (ICD-9);
- **informazioni sul ricovero ospedaliero:** data di ricovero e di dimissione, tipo di attività (acuto, lungo degenza, riabilitazione), tipo di ricovero (programmato, urgente), regime di ricovero (ordinario, day hospital), degenza (giorni per ricovero ordinario e accessi per day hospital), DRG e modalità di dimissione (dimesso, trasferito, deceduto);
- **informazioni sull'istituto di cura:** regione e provincia dell'istituto, tipo di istituto (azienda ospedaliera, ospedale a gestione diretta, clinica o policlinico universitario, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedale ecclesiastico definito dalla legge 132/1968 art. 1 ultimo comma, casa di cura privata, casa di cura di riabilitazione, istituto psichiatrico residuale, istituto non classificato presidio della Usl, ente di ricerca).

DATI SDO

Il registro SDO contiene 201.158.174 ricoveri ospedalieri relativi al periodo 2001 - 2018 per una degenza totale di 1.278.750.685 giornate. I dati mostrano una forte riduzione delle prestazioni ospedaliere nel nuovo millennio. Nonostante la copertura territoriale sia andata via via crescendo nel tempo, passando dal 57% nel 2001 (933 ospedali rilevati su 1631 censiti) al 98,5% nel 2018 (1353 ospedali rilevati su 1373 censiti), si è passati da quasi 13,000,000 di ricoveri e 83,000,000 giornate erogate del 2001 a circa 8,500,000 ricoveri e 60,000,000 giornate erogate del 2018. Dal 2007 sia il numero di ricoveri che le giornate di degenza diminuiscono annualmente, ma i ricoveri lo fanno più rapidamente (le giornate per ricovero crescono passando da 6,18 a 6,85) [1].

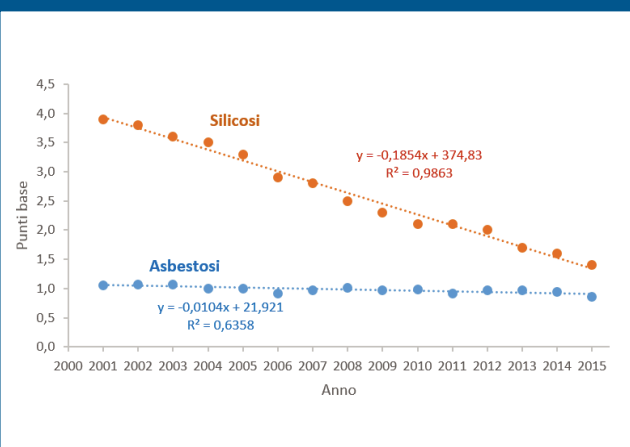
Tabella 1				Numero di ricoveri e giorni di degenza per anno		
Anno	N. ricoveri	Giornate degenza	Giorni per ricovero			
2001	12.937.140	82.829.483	6,40			
2002	12.939.492	79.823.905	6,17			
2003	12.808.615	77.969.619	6,09			
2004	12.990.109	78.241.122	6,02			
2005	12.965.658	78.292.237	6,04			
2006	12.843.634	77.876.800	6,06			
2007	12.330.465	76.224.954	6,18			
2008	12.100.698	75.371.789	6,23			
2009	11.657.864	73.412.967	6,30			
2010	11.277.742	71.904.063	6,38			
2011	10.749.246	69.417.699	6,46			
2012	10.257.796	66.707.607	6,50			
2013	9.842.485	64.312.696	6,53			
2014	9.526.832	63.129.031	6,63			
2015	9.305.606	62.511.151	6,72			
2016	9.061.064	61.236.601	6,76			
2017	8.872.090	59.955.328	6,76			
2018	8.691.638	59.533.633	6,85			
Totale	201.158.174	1.278.750.685	6,36			

ANALISI EPIDEMIOLOGICA DELLE SDO

In ambito Inail è attivo un progetto per studiare le SDO relative ad alcune malattie ad alta frazione occupazionale: asbestosi, silicosi, mesotelioma e tumore del naso e dei seni paranasali. Il primo passo effettuato per un corretto utilizzo delle SDO è stato quello di verificare, tramite un'analisi fattoriale, la loro coerenza informativa rispetto alla silicosi e all'asbestosi, due pneumoconiosi assai note dal punto di vista sia clinico che epidemiologico. I dati hanno fornito un quadro generale atteso e trend temporali utili alla valutazione delle politiche nazionali di prevenzione adottate. La silicosi ha avuto un impatto maggiore sul sistema sanitario nazionale registrando il triplo dei ricoveri rispetto all'asbestosi. Entrambe le pneumoconiosi presentano una riduzione dei ricoveri ospedalieri superiore al trend nazionale (come evidenziato dall'andamento delle frazioni di ricovero in termini di punti base - Figura 1), in linea con le politiche di prevenzione effettuate dalla fine del secolo scorso.

I pazienti affetti dalle due patologie sono prevalentemente anziani (a causa delle lunghe latenze delle malattie) e maschi (perché occupati nelle professioni associate con alti rischi di esposizione a fibre di amianto

Figura 1 Trend temporale dei punti base dei ricoveri con diagnosi di silicosi o asbestosi



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

e polvere di silice); inoltre, come atteso, presentano soprattutto disturbi dell'apparato respiratorio con complicazioni cardiache che possono portare al decesso [2]. Nuove applicazioni sono in fase di svolgimento riguardo gli oneri ospedalieri anche del mesotelioma e del tumore del naso.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Contatti: p.ferrante@inail.it

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- [1] Ministero della salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: Dati SDO 2018 Direzione Generale della Programmazione sanitaria Ufficio 6 Roma. Url: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2898_allegato.pdf [consultato aprile 2021].
- [2] Ferrante P. Asbestosis and silicosis hospitalizations in Italy (2001-2015): results from the National Hospital Discharge Registry. European journal of public health. 2019 Oct 1;29(5):876-82. Url: <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods> [consultato aprile 2021].

PAROLE CHIAVE

Epidemiologia occupazionale, Schede di dimissione ospedaliera, Asbestosi, Silicosi