

***Il Registro Mesoteliomi rileva incidenza/esposizione ad amianto di questa temibile patologia neoplastica ad alta frazione eziologica professionale su tutto il territorio della Regione Emilia-Romagna dal 1996. Istituito presso l'Ausl di Reggio Emilia, il suo responsabile scientifico è il Dott. Antonio Romanelli***

## **II MESOTELIOMA MALIGNO IN EMILIA-ROMAGNA: incidenza ed esposizione ad amianto aggiornata al 31 dicembre 2018**

A. Romanelli, C. Storchi, L. Mangone, O. Sala, R. Perduri

### **INTRODUZIONE**

Il mesotelioma maligno (MM) è un tumore raro ma di grande interesse scientifico per la ben documentata correlazione con un'esposizione professionale e/o ambientale ad amianto e per l'aumento dell'incidenza registrato negli ultimi anni in Italia e in molti altri paesi industrializzati [5, 8-12, 17]. Nel nostro Paese l'amianto è stato definitivamente messo al bando nell'aprile del 1994 (cfr. L. 257/92); ciononostante, il lungo tempo di latenza tra inizio dell'esposizione e comparsa della malattia, l'allungamento della vita e il miglioramento delle tecniche diagnostiche hanno fatto registrare un aumento dell'incidenza del MM negli ultimi anni, attualmente ancora in corso, anche se i trend di incidenza della popolazione, secondo gli ultimi report internazionali, sembrano non crescere ulteriormente [1-2].

Il MM permane una malattia temibile con sopravvivenza alquanto ridotta; recenti analisi riportano una mediana di ca. 10 mesi dalla diagnosi [2, 11] e prognosi ancora severa nei casi con diagnosi certa. I tassi di incidenza standardizzati per 100.000, rilevati per il 2013 sulla popolazione italiana 2000, sono pari a 4,2 per gli uomini e 1,2 per le donne, mentre negli esposti ad amianto l'incidenza è 100-1.000 volte superiore. L'insorgenza si manifesta, in genere, dopo oltre 40 anni dall'esposizione ad amianto, con una mediana di  $48 \pm 11,4$  anni [1]. Questa patologia può insorgere anche per esposizioni ad amianto modeste e limitate nel tempo: sono stati descritti casi in lavoratori esposti a dosi presumibilmente basse e in familiari di esposti che si occupavano, in ambiente domestico, della pulizia degli indumenti di lavoro contaminati. Sono stati documentati, inoltre, casi insorti per esposizione ambientale nei residenti in zone adiacenti a insediamenti industriali con presenza/utilizzo certo di amianto.

La necessità di una sorveglianza epidemiologica del MM è stata sancita da una serie di atti della Giunta e del Consiglio della Regione Emilia-Romagna che fin dal 1995 hanno deliberato la costituzione del Registro Mesoteliomi (ReM) regionale. Questi atti hanno preceduto l'adozione di provvedimenti normativi nazionali che con il DPCM 308/02 hanno istituito il Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM) e i Centri Operativi Regionali (COR), dando definitiva attuazione alle norme che nei fatti legittimano nel nostro Paese una peculiare esperienza di monitoraggio per una patologia non diffusiva (cfr. DPCM 308/02 e artt. 244 e 261, DLgs 81/08). L'attività del ReNaM è, inoltre, riconosciuta dal "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" (cfr. DPCM 17/12/2007).

Il ReM, attivo dal 01/01/1996, è un registro tumori specializzato nello studio dell'incidenza e dell'eziologia del MM con sede presso l'AUSL di Reggio Emilia.

Gli obiettivi del ReM, che svolge anche funzioni di COR ReNaM Emilia-Romagna, sono la rilevazione di tutti i casi di MM e l'acquisizione di informazioni per una corretta definizione diagnostica e un'attribuzione dell'esposizione professionale e/o extra lavorativa ad amianto standardizzata. In questo rapporto è riportata l'attività del ReM ed un'analisi dei dati raccolti al 31/12/2018.

L'incidenza può considerarsi pressoché completa per gli anni 1996-2017, mentre per il periodo successivo è in corso la rilevazione dei casi.

## MATERIALI E METODI

Vengono rilevati tutti i casi di mesotelioma maligno, a sede pleurica, pericardica, peritoneale e della tunica vaginale del testicolo, insorti dal 1 gennaio 1996 in soggetti residenti in Regione al momento della diagnosi. Per ogni caso registrato si provvede all'acquisizione, oltre che dei referti delle indagini anatomico-patologiche eseguite, della cartella clinica dei ricoveri significativi, effettuati presso aziende sanitarie pubbliche e private, regionali od extra-regionali. L'esame della documentazione sanitaria, ad opera del personale del ReM, determina la classificazione diagnostica del caso e la rilevazione di gran parte delle informazioni registrate.

Le informazioni espositive, professionali ed extra lavorative, sono raccolte mediante il questionario analitico ReNaM, somministrato al paziente o ai suoi familiari più prossimi, a cura dei referenti medici del lavoro dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, componenti la Rete regionale di rilevazione. Il coinvolgimento dei medici dei Servizi Territoriali di prevenzione tende a valorizzare il patrimonio storico di conoscenze della realtà produttiva del territorio di competenza dei Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, la cui attività in Emilia-Romagna è capillare ed operante, in genere, fino dagli anni '70. La classificazione diagnostico-espositiva dei casi registrati è quella proposta dal ReNaM [20].

La raccolta dei dati è condotta da una rete di rilevazione regionale dedicata che integra tutti gli Istituti ed i Servizi di Anatomia Patologica, pubblici e privati, operanti sul territorio regionale, i reparti ospedalieri ove elettivamente confluiscono i pazienti affetti da MM e tutti i Dipartimenti di Sanità Pubblica territoriali. La rete di rilevazione tende ad acquisire in tempo reale le segnalazioni dei nuovi casi appena diagnosticati, per la raccolta precoce delle informazioni anamnestico-espositive necessarie direttamente dal paziente. Per la verifica di completezza della rilevazione dei casi incidenti, sono effettuati incroci con i dati acquisiti periodicamente dagli archivi regionali informatizzati (mortalità e SDO) e scambi informativi con i Registri Tumori di popolazione regionale e la rete dei COR.

Di recente il ReM, nell'ambito del Progetto Nazionale CCM 24/2014 "Piano di informatizzazione e sviluppo integrato delle attività dei COR ReNaM per la prevenzione delle malattie asbesto correlate", ha implementato la raccolta e tenuta informatizzata dei dati rilevati. In particolare, nel 2014 è stato dematerializzato e informatizzato tutto l'archivio cartaceo ReM RE-R, mentre nel 2015 si è provveduto alla predisposizione di un software per l'informatizzazione del questionario ReNaM, all'acquisizione e scambio dei dati in formato elettronico all'interno della rete, ed alla fattibilità dell'estensione del processo di digitalizzazione a tutti i COR del ReNaM.

Il software in questione è stato, inoltre, condiviso e trasmesso a tutti i COR del ReNaM al fine di favorire e promuovere la diffusione di registri regionali "paper free" in tutto il network ReNaM.

L'adozione di queste nuove modalità informatizzate di acquisizione e trattamento dati potrebbe consentire un utilizzo ottimale ed in tempo reale di tutti i dati raccolti, qualora diffusamente adottata e praticata presso il COR ReNaM Emilia-Romagna e in tutto il circuito ReNaM, certamente foriero di sviluppi positivi per la sorveglianza epidemiologica del MM nella nostra Regione e in tutto il Paese.

## RISULTATI

Al 31 dicembre 2018, risultano archiviati 3.417 casi, tra cui 172 sospetti, risultati alle successive indagini non mesoteliomi (165 con data diagnosi successiva al 1995) e 3.245 mesoteliomi maligni. Tra questi, 108 risultano incidenti in epoca anteriore al 01/01/1996, data di inizio della rilevazione dell'incidenza su base regionale, e 385 diagnosticati in persone non residenti nella nostra Regione, la cui documentazione è stata per intero trasmessa al COR di residenza.

L'analisi dei dati, pertanto, è stata condotta sui **2.752** casi di mesotelioma maligno incidenti in cittadini effettivamente residenti in Emilia-Romagna alla data della diagnosi.

Per quanto attiene alla definizione diagnostica, 2.348 soggetti sono stati classificati come casi certi (85,3%); 150 casi probabili e 254 possibili (cfr. Tab. 1). Le distribuzioni per anno e sede e per anno e provincia di residenza sono riportate nelle Tabelle 2-3. Il trend dal 1996 è in aumento, dai 73 casi del 1996 ai 159 casi del 2016, in accordo con le previsioni di letteratura. La sede colpita prevalentemente è quella pleurica (91,5%), ma non sono pochi i casi a carico del peritoneo (7,6%), né eccezionali quelli a sede pericardica e testicolare (0,9%). Il rapporto di genere U/D, per la totalità dei casi, è 2,6:1; questo dato si ripete sostanzialmente per la sede pleurica (2,7:1) e tende alla parità per quella peritoneale

(1,3:1). Il 77,0% dei casi è stato diagnosticato dopo i 64 anni, l'1,6% prima dei 45 anni e il restante 21,4% nella fascia d'età 45-64 anni (Tab. 4).

Il tasso di incidenza regionale per 100.000 (TIS), calcolato per il periodo 2013-2017 e standardizzato con il metodo diretto con la popolazione italiana 2000, è pari a 3,9 negli uomini e 1,1 nelle donne (Fig. 1). Il tasso più alto negli uomini è stato registrato a Reggio Emilia (6,4) e nelle donne a Piacenza (1,9). Sono risultati superiori alla media regionale anche i TIS, per uomini e donne, a Piacenza, Reggio Emilia e Ferrara; per le sole donne a Bologna e per i soli uomini a Ravenna e Parma. La provincia di Rimini registra il tasso più basso per gli uomini (2,3), e quella di Forlì-Cesena il tasso più basso per le donne (0,5).

Per valutare l'esposizione ad amianto, sono stati finora indagati 2.511 casi: 221 sono risultati non classificabili per rifiuto od impossibilità a contattare paziente o familiari, mentre, per i rimanenti 2.290 sono state raccolte informazioni standardizzate, in 939 casi direttamente dal soggetto interessato (41,0%).

Questo dato è particolarmente rilevante e suscettibile di miglioramento, in quanto la rete di rilevazione, fondata sulla diffusa e capillare presenza dei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL), è stata concepita proprio per raccogliere informazioni anamnestiche dalla viva voce del paziente al fine di ricostruire la storia lavorativa con elevata accuratezza. Attualmente la tempestività nella rilevazione di queste informazioni è piuttosto diversificata nelle varie province.

In 1.594 casi, l'esposizione è stata classificata come professionale (1.105 certa, 278 probabile e 211 possibile), in 219 casi come non professionale (135 familiare, 55 ambientale e 29 legata ad attività extra lavorative) e in 477 casi l'esposizione è risultata improbabile-ignota (Tab. 5). La distribuzione per esposizione e provincia di residenza è riportata in Tabella 6.

I 219 soggetti con esposizione non professionale sono rappresentati da 160 donne e 59 uomini. Per le donne, l'esposizione è stata di natura familiare in 121 casi, in quanto congiunte di persone professionalmente esposte, ambientale in 28 casi, per avere abitato in vicinanza di aziende con utilizzo di quantità rilevanti di amianto ed in 11 casi per esposizioni extra lavorative. Negli uomini, 14 soggetti hanno subito un'esposizione familiare, 27 ambientale e 18 per attività comportanti la manipolazione di materiali contenenti amianto in attività extra lavorative.

Un'esposizione ad amianto è, dunque, presente in 1.813 casi su 2.290 (79,2%); negli uomini la quota sale a 86,6%, mentre nelle donne è stata rilevata nel 58,4% (Fig. 3). Nella Tab. 7 è riportata la distribuzione dell'esposizione professionale per settore produttivo e genere. Quello delle costruzioni edili è risultato il settore maggiormente coinvolto (235 casi), seguito da costruzione/riparazione di materiale rotabile ferroviario (171 casi) e da industria metalmeccanica (140 casi). Rilevanti sono anche gli zuccherifici/altre industrie alimentari (132 casi), la produzione di manufatti in cemento/amianto (115 casi), e la produzione di prodotti chimici/materie plastiche (84 casi). I rimanenti 717 soggetti sono risultati addetti in numerosi altri settori di attività economica, dato che l'amianto è stata una sostanza con diffusione pressoché ubiquitaria per le sue caratteristiche coibenti e antincendio.

## CONCLUSIONI

Il MM conferma le sue caratteristiche di tumore raro con aumento dell'incidenza in entrambi i generi, registrato fino al 2012 e con primi segni di andamento stazionario negli anni successivi. In considerazione della sua pressoché totale letalità, questa malattia assume ancora rilevanza sociale con impatto superiore a quello degli infortuni mortali. I dati INAIL relativi agli infortuni mortali denunciati 2013-2017 (111, 116, 108, 139 e 123) mostrano, in effetti, un'occorrenza alquanto minore, 597 vs 754, rispetto all'incidenza dei MM (153, 133, 151, 159 e 158), registrata dal ReM nello stesso periodo (cfr. Relazione Annuale 2017, ed. INAIL, Roma 27 giu 2018 e Rapporto Annuale regionale INAIL Emilia-Romagna 2016, ed. INAIL, Bologna Dicembre 2017).

Dato che la malattia è quasi sempre associata ad esposizioni, anche modeste, ad amianto, ogni nuovo caso deve essere considerato "evento sentinella" di pregresse esposizioni e valutato attentamente [17-28]. In base a queste considerazioni, obiettivo prioritario del ReM è certamente la completezza dei dati e l'accuratezza delle informazioni raccolte. Queste finalità sembrano raggiunte grazie alla capillare rete di rilevazione regionale che consente anche una buona registrazione dei MM a localizzazione extra

pleurica. La qualità diagnostica può essere considerata di buon livello: il 90,8% dei casi è corredato di conferma cito-istologica grazie alla pratica, diffusa nei servizi sanitari regionali, di eseguire prelievi bioptici con tecniche mini invasive che consentono di esaminare anche pazienti anziani e/o con ridotto "performance status".

Il coinvolgimento dei SPSAL è certamente importante perché garantisce una corretta ricostruzione anamnestica espositiva e la redazione di certificazioni di buona qualità per l'INAIL per garantire al paziente e ai suoi familiari il riconoscimento della tutela privilegiata pubblica prevista per le tecnopatie. Per questo aspetto, si pone la questione dei MM insorti per esposizioni extra lavorative che, stante l'attuale legislazione, non si configurano né come malattie professionali tabellate, né come malattie per le quali "sia comunque provata la causa di lavoro", secondo la dizione della sentenza 179/88 della Corte Costituzionale. Si tratta, in tutta la nostra casistica, di 219 soggetti su 1.813 con esposizione ad amianto accertata (12,1%), per cui non è possibile a normativa vigente l'accesso a forme di tutela privilegiata dei danni da lavoro.

L'estensione del fondo vittime dell'amianto ai soggetti affetti da MM per esposizione ad amianto "non professionale", prevista in via sperimentale per il triennio 2015-2017 dalla legge di stabilità 2015 (cfr. L. 190/2014 e DIM 04/09/2015), e validata per il triennio successivo 2018-2020, tende a superare questa situazione con la previsione di un'indennità, sia pure una tantum.

Un dato rilevante dei MM registrati in Emilia-Romagna è l'elevata quota di casi a sede extra pleurica: il rapporto pleura/extra pleura registrato dal ReM è risultato pari a 10,8:1, rispetto al 13,4:1 ed al 13,3:1 registrato dai COR in Italia [1, 18] e ad alcuni report internazionali [19, 22] che verosimilmente sottostimano il dato dei MM a sede extra pleurica.

Certamente l'articolazione della rete di rilevazione ReM favorisce l'eshaustività della raccolta informazioni sia dai reparti clinici, pneumologia e chirurgia toracica principalmente, ove elettivamente affluiscono i MM a sede pleurica, che da quelli ove vengono trattati i casi a sede extra pleurica: chirurgia generale, ginecologia, cardiocirurgia, urologia e andrologia. D'altra parte, una ricerca svolta in ambito ISPESL/ReNaM aveva evidenziato alcune difficoltà, specie in alcuni COR, nella rilevazione sistematica dei MM a sede extra pleurica e aveva individuato possibili modalità per implementare detta rilevazione [18].

Per quanto concerne l'età alla diagnosi, la media è risultata di  $71,6 \pm 10,8$  anni; è degno di nota che il 77,0% dei soggetti aveva un'età  $\geq 65$  anni al momento della diagnosi rispetto al 72,0% registrato in Italia [1]. Il dato potrebbe essere correlabile ad una maggiore tendenza, nella nostra regione, ad eseguire prelievi bioptici anche in soggetti più anziani, grazie alla buona diffusione di pratiche mini invasive (es. video-toracosopia) rispetto a metodiche tradizionali più aggressive.

I tassi regionali annuali di incidenza per 100.000, standardizzati per la popolazione italiana 2000, mostrano un trend in aumento. Gli anni con una incidenza maggiore sono risultati il 2011 e il 2012 per gli uomini (4,4) e il 2013 per le donne (1,4) (Fig.2). I tassi medi regionali 2013-2017 (3,9 U e 1,1 D) sono inferiori a quelli registrati dal ReNaM nel 2013 (4,2 U e 1,2 D).

I TIS 2013-2017 mostrano dati non facilmente interpretabili per Piacenza e Ferrara, mentre per Reggio Emilia sono principalmente correlabili alla significativa diffusione in passato di aziende dedite alla produzione di manufatti in cemento-amianto e alla costruzione/riparazione di rotabili ferroviari. In particolare, il valore elevato per le donne è certamente da collegare all'impiego, peculiare in questa provincia, di mano d'opera femminile nella produzione manuale di "pezzi speciali" in cemento/amianto.

L'analisi dell'esposizione ad amianto per i 2.290 casi già indagati, ha evidenziato un'esposizione nel 79,2% dei casi, mentre per il rimanente 20,8% non sono state reperite informazioni relative ad esposizioni ad amianto, cosiddetta esposizione ad amianto improbabile/ignota.

Quest'ultimo dato, più che ad un'effettiva assenza di pregresse esposizioni, anche remote ed episodiche, è verosimilmente da ascrivere alla difficoltà di registrare esaustive informazioni espositive anamnestiche, professionali od extra professionali, relative a situazioni che potrebbero essersi verificate anche alcuni decenni prima della comparsa della malattia. Dette difficoltà, più rilevanti per il genere femminile, sono legate anche alla ridotta sopravvivenza mediana propria del MM che non sempre consente di rilevare informazioni di buona qualità dalla viva voce del paziente.

Nella maggior parte dei soggetti esposti ad amianto l'origine dell'esposizione è stata ricondotta ad attività professionali (87,9%), mentre quella da convivenza con soggetti professionalmente esposti o da attività extra lavorative è in causa nel 9,0% dei casi. Nella nostra Regione, sempre tra i soggetti risultati esposti ad amianto, è pari al 2,4% la quota di coloro i quali hanno contratto un MM perché "hanno vissuto in vicinanza di insediamenti produttivi che lavoravano o utilizzavano amianto (o materiali contenenti amianto) oppure hanno frequentato ambienti con presenza di amianto per motivi non professionali", cosiddetta esposizione ambientale ad amianto (cfr. LL.GG. ReNAM) [20]. Detta frazione è inferiore a quella registrata dal ReNaM in Italia, pari al 4,4%, e a quella fatta registrare in alcuni comuni italiani, soggetti in passato a notevole contaminazione ambientale da amianto.

In Regione Emilia-Romagna i settori produttivi maggiormente coinvolti nell'insorgenza del MM sono risultati: costruzioni edili (soggetti distribuiti in maniera uniforme in tutta la regione); costruzione/riparazione di rotabili ferroviari (casi in gran parte residenti nelle province di Bologna e Reggio Emilia); industria metalmeccanica, zuccherifici/altre industrie alimentari (105 dei 132 casi, residenti nelle province di BO, FE, RA, PR, FC), produzione manufatti in C/A (90 dei 115 casi residenti in provincia di RE). I dati ReNaM nazionali indicano, invece, tra i settori più coinvolti, oltre all'edilizia (15,5%) e all'industria metalmeccanica (8,6%), l'industria tessile (6,4) e la cantieristica navale (6,1%).

***RINGRAZIAMENTI:*** la raccolta, archiviazione e definizione dei casi di MM maligno incidenti su tutto il territorio della Regione Emilia-Romagna è stata possibile, con un accettabile rapporto costi/benefici, solo attraverso la fattiva collaborazione e l'attento sviluppo della rete regionale di rilevazione che conta oltre 140 Referenti<sup>1</sup>, formalmente designati, tra cui: specialisti anatomo-patologi, igienisti e medici del lavoro dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, pneumologi, chirurghi generali, ginecologi, urologi, oncologi, ma anche internisti e cardiologi. Rilevante il contributo del personale del Servizio Regionale sistemi informativi della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e degli operatori dei Registri Tumori di popolazione per i linkage di verifica e di completezza dell'incidenza, imprescindibile elemento di qualità, specie nella rilevazione di patologie rare. A tutti va un ringraziamento non formale per i risultati raggiunti, certi che la buona collaborazione instaurata possa garantire una sempre più adeguata conoscenza di questa temibile patologia.

## **RETE REGIONALE di RILEVAZIONE ReM:**

Dott. Nicola Orsi - U.O. Anatomia Patologica, Ausl Piacenza  
Dott.ssa Anna Maria Andreoli - U.O. Cardiologia, Ausl Piacenza  
Dott.ssa Claudia Biasini - U.O. Oncologia, Ausl Piacenza  
Dott. Massimo Ciccarese - U.O. Ginecologia, Ausl Piacenza  
Dott. Fabio Faccini - Registro di Patologia, Ausl Piacenza  
Dott. Stefano Fiordelise - U.O. Urologia, Ausl Piacenza  
Dott.ssa Giovanna Garavaldi - U.O. Pneumologia, Ausl Piacenza  
Dott. Giuliano Rigoni - Registro Mortalità, Ausl Piacenza  
Dott. Vincenzo Russo - Direzione Sanitaria, Ausl Piacenza  
Dott. Maurizio Zaghis - U.O. Chirurgia, Ausl Piacenza  
Dott. Giuseppe Sergi - SPSAL, Ausl Piacenza  
Prof. Enrico Maria Silini - U.O. Anatomia Patologica, AO Parma  
Dott.ssa Letizia Gnetti - U.O. Anatomia Patologica, AO Parma  
Dott. Francesco Bozzani - Registro Tumori di Parma, AO Parma  
Dott. Roberto Brindani - U.O. Ginecologia, P.O. Borgotaro, Ausl Parma  
Dott. Giovanni Delnevo - U.O. Cardiologia, P.O. Borgotaro, Ausl Parma  
Dott.ssa Annalisa Lombardo - Registro Mortalità, Ausl Parma  
Dott.ssa Loredana Grezio - U.O. Chirurgia Generale, P.O. Fidenza, Ausl Parma  
Dott. Giuseppe Marani - U.O. Cardiologia, P.O. Fidenza, Ausl Parma  
Dott. Domenico Potenzoni - U.O. Urologia, P.O. Fidenza, Ausl Parma  
Dott. Maurizio Rinaldi - U.O. Ginecologia, P.O. Fidenza, Ausl Parma  
Dott.ssa Marella Zatelli - Direzione Sanitaria, Ausl Parma  
Dott. Mario Zecchinato - U.O. Chirurgia Generale, P.O. Borgotaro, Ausl Parma  
Dott.ssa Chiara Tanzi - SPSAL, Ausl Parma  
Dott.ssa Maria Carolina Gelli - SC Anatomia Patologica, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Roberto Piro - SC Pneumologia, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Fabrizio Aguzzoli - SC Chirurgia ind. Oncologico, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Massimiliano Paci - SC Chirurgia Toracica, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Fabio Quartieri - SC Cardiologia interventistica, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Francesca Zanelli - SC Oncologia, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Ferdinando Luberto - Registro Mortalità, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Valerio Annessi - U.O. Chirurgia, Ospedale di Guastalla, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Fabrizio Boni - Dip.to Internistico/Oncologia/Pneumologia Ospedale Scandiano, Ausl IRCCS RE  
Dott.ssa Patrizia Camerlengo - Direzione Sanitaria, Ospedale Montecchio, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Eugenio Cenini - U.O. Chirurgia - Ospedale di Castelnovo ne' Monti, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Orazio Delmonte - U.O. Chirurgia Generale, Ospedale Montecchio, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Loredana Fioroni - U.O. Ginecologia Ospedale Castelnovo Monti, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Antonio Frattini - U.O. Urologia, Ospedale di Guastalla, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Luca Giannella - U.O. Ginecologia, Ospedale di Scandiano, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Cristina Incerti Medici - Direzione Sanitaria Ospedale di Scandiano, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Paolo Lamperini - U.O. Chirurgia/Urologia, Ospedale di Scandiano, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Alessandro Navazio - U.O. Cardiologia, Ospedale di Guastalla, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Antonio Poli - Direzione Sanitaria, Ospedale di Castelnovo ne' Monti, Ausl Reggio Emilia  
Dott. Roberto Rossi Cesolari - U.O. Urologia, Ospedale di Castelnovo Monti, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Cristina Rozzi - U.O. Ginecologia, Ospedale di Montecchio, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Fausto Saracchi - U.O. Oncologia/Pneumologia Ospedale Montecchio, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Alessandra Zoboli - U.O. Medicina, Ospedale di Correggio, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Loredana Guidi - SPSAL, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott.ssa Enrica Crespi - SPSAL, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Matteo Riccò - SPSAL, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Dott. Riccardo Perduri - DSP, Ausl IRCCS Reggio Emilia  
Prof. Antonio Maiorana - Servizio di Anatomia Patologica, AO - Universitaria Modena  
Dott. Fausto Barbieri - UO Oncologia, AO - Universitaria Modena  
Dott. Mario Bavieri - UO Pneumologia, AO - Universitaria Modena  
Dott. Corrado Lavini - UO Chirurgia Toracica, AO - Universitaria Modena  
Dott. Bruno Bompani - UO Cardiologia, Ospedale di Mirandola, Ausl Modena  
Dott. ssa Maria Giulia Gatti - Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, Ausl Modena

Dott. Marco Golinelli - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Baggiovara, Ausl Modena  
 Dott. Antonio Granata - UO Endocrinologia/Andrologia, Ospedale di Baggiovara, Ausl Modena  
 Dott. Massimo Nardini - UO Cardiologia, Ospedale di Castelfranco Emilia, Ausl Modena  
 Dott.ssa Giulia Pellizzari - UO Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Carpi, Ausl Modena  
 Dott. Silvio Ricci - UO Cardiologia, Ospedale di Carpi, Ausl Modena  
 Dott. Giulio R. Zennaro - UO Cardiologia, Nuovo Ospedale S. Agostino Estense, Ausl Modena  
 Dott. Renato Di Rico - SPSAL, Ausl Modena  
 Dott.ssa Barbara Corti - UO Anatomia Patologica Grigioni, AO-Universitaria S.Orsola-Malpighi Bologna  
 Dott. Nunzio Salfi - UO Anatomia Patologica Grigioni, AO- Universitaria S.Orsola-Malpighi Bologna  
 Dott.ssa Alessandra Cancellieri - UO Anatomia Patologica, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Stefania Damiani - UO Anatomia Patologica, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Tiziana Bicchi - UO Cardiologia, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Serena Bonomi - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Bentivoglio, Ausl Bologna  
 Dott. Luciano Fogli - UO Chirurgia Generale B, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Maria Fulvi - UO Cardiologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott. Stefano Gagliardi - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Budrio, Ausl Bologna  
 Dott. Daniele Grosso - UO Pneumologia, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott. Kawamukai Kenji - UO Chirurgia Toracica, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott. Mario Lavecchia - UO Pneumotisiologia Territoriale, Ausl Bologna  
 Dott. Andrea Lazzari - UO Chirurgia Generale A, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott. Alessandro Lombardi - UO Cardiologia, Ospedale di Bentivoglio, Ausl Bologna  
 Dott. Daniele Mannini - UO Urologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott. Corrado Melega - UO Ostetricia Ginecologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott. Lamberto Negri - UO Chirurgia Generale, Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Daniela Paioli - UO Endoscopia Toracica/Pneumologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna  
 Dott. Achille Panetta - UO Oncologia Metro. e Cure Palliative, Ospedale di Bentivoglio, Ausl Bologna  
 Dott. Vito Papa - UO Chirurgia Generale indir. Oncologico, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Vincenza Perlangeli - Registro Mortalità, Ausl Bologna  
 Dott. Andrea Raspanti - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Vergato, Ausl Bologna  
 Dott. Antonio Sangiorgi - UO Urologia, Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, Ausl Bologna  
 Dott. Luciano Scopece - UO Oncologia, Ospedale Bellaria, Ausl Bologna  
 Dott. Enrico Zanni - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Bazzano, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Daniela Cervino - SPSAL, Ausl Bologna  
 Dott.ssa Licia Caprara - UO Anatomia Patologica, Ausl Imola  
 Dott. Antonio Maestri - UO Oncologia, Ausl Imola  
 Dott. Andrea Pizzoli - Registro Mortalità, Ausl Imola  
 Dott. Pierluigi Vassallo - UO Cardiologia, Ausl Imola  
 Dott. Stefano Zucchini - UO Ginecologia, Ausl Imola  
 Dott.ssa Donatella Nini - SPSAL. Ausl Imola  
 Prof.ssa Roberta Gafà - UO Anatomia Patologica, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Nunzio Calia - UO Pneumologia, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Narciso Cavallesco - UO Clinica Chirurgica, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott.ssa Ruby Martinello - UO Clinica Ostetrico-Ginecologica, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Donato Mele - UO Cardiologia, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Stefano Putinati - UO Fisiopatologia Respiratoria, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott.ssa Alessandra Santini - UO Oncologia Clinica, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Giuseppe Zandi - UO Chirurgia Generale, AO-Universitaria Ferrara  
 Dott. Annalisa Califano - Registro Mortalità, Ausl Ferrara  
 Dott.ssa Mariella Spagnolo - SPSAL. Ausl Ferrara  
 Dott.ssa Maria Rosaria Aprile - UO Anatomia Patologica, Ospedale di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott.ssa Bianca Caruso - Direzione Sanitaria, Ausl Romagna  
 Dott. Giuseppe Comerci - UO Ginecologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott. Giorgio Cruciani - UO Oncologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott. Giuseppe Perri - UO Pneumologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott.ssa Bruna Calderoni - Registro Mortalità di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott. Luciano Solaini - UO Chirurgia Toracica, Ospedale di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott.ssa Rossella Rambaldi – SPSAL di Ravenna, Ausl Romagna  
 Dott.ssa Alessandra Dubini- UO Anatomia Patologica di Forlì, Ausl Romagna  
 Dott. Andrea Amadori - UO Ginecologia, Ospedale di Forlì, Ausl Romagna

Dott.ssa Viviana Brunetti - Registro Mortalità di Forlì, Ausl Romagna  
Dott. Luciano Caravita - UO Cardiologia, Ospedale di Forlì, Ausl Romagna  
Dott. Giorgio Maria Verdecchia - UO Chirurgia Generale, Ospedale di Forlì, Ausl Romagna  
Dott. Teo Zenico - UO Urologia/Andrologia, Ospedale di Forlì, Ausl Romagna  
Dott.ssa Maria Giuseppina Valentini – SPSAL di Forlì, Ausl Romagna  
Dott. Riccardo Panzacchi- UO Anatomia Patologica di Cesena, Ausl Romagna  
Dott.ssa Michela Bartolotti - UO Cardiologia, Ospedale di Cesena, Ausl Romagna  
Dott.ssa Barbara Bondi - Registro Mortalità di Cesena, Ausl Romagna  
Dott. Davide Bruschi - UO Oncologia, Ospedale di Cesena, Ausl Romagna  
Dott.ssa Gloria Giacomini - UO Ostetricia Ginecologia, Ospedale di Cesena, Ausl Romagna  
Dott. Raffaele Meloncelli - UO Chirurgia Generale Toracica, Ospedale di Cesena, Ausl Romagna  
Dott. Giampiero Pasini -UO Pneumologia ed Endoscopia Bronchiale, Ospedale Cesena, Ausl Romagna  
Dott. Mauro Zefferini - UO Urologia, Ospedale di Cesena, Ausl Romagna  
Dott.ssa Annamaria Nicolini – SPSAL di Cesena, Ausl Romagna  
Dott. Paolo Rinaldi - UO Anatomia Patologica di Rimini, Ausl Romagna  
Dott. Michela Morri - Registro Mortalità di Rimini, Ausl Romagna  
Dott. Loris Fabbri - SPSAL di Rimini, Ausl Romagna  
Dott. Simone Capogrossi - SPSAL di Rimini, Ausl Romagna  
Dott. Maurizio Salvi - Chirurgia Toracica, Ospedale di Rimini, Ausl Romagna



## NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. Marinaccio A et al "Sesto Rapporto - il Registro Nazionale dei Mesoteliomi"; INAIL, MI set 2018;
2. Magnani C et al "III Consensus Conference on Malignant Mesothelioma of the Pleura. Epidemiology, Public Health and Occupational Medicine related issues"; Med Lav 2015 Sep 9; 106(5): 325-32;
3. Wolff H et al "Asbestos, asbestosis and cancer, The Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendation"; Consensus Report, Scand J Work Environ Health, 2015; 41(1): 5-15;
4. Marinaccio A et al "Malignant mesothelioma due to non-occupational asbestos exposure from the Italian national surveillance system (ReNaM): epidemiology and public health issues"; Occup Environ Med 2015; 72: 648-655;
5. Novello S et al "The Third Italian Consensus Conference for Malignant Pleural Mesothelioma: State of the art and recommendations"; Crit Rev Oncol Hematol; 2016 aug; 104: 9-20;
6. Magnani C et al "Pleural Mesothelioma: Epidemiological and Public Health issues. Report from the Second Italian Consensus Conference on Pleural Mesothelioma"; Med Lav 2013; 104, 3: 191-202;
7. IARC Working Group on the evaluation of Carcinogenic Risks to Humans "Arsenic, Metals, Fibres and Dusts"; IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum; Vol 100 C, Lyon, France 2012;
8. Ministero della Salute "Piano Nazionale Amianto: Linee di intervento per un'azione coordinata delle amministrazioni statali e territoriali"; Roma, marzo 2013;
9. Hughes S "Relazione sulle minacce per la salute sul luogo di lavoro legate all'amianto e le prospettive di eliminazione di tutto l'amianto esistente"; Parlamento Europeo, Doc di seduta A7-0025/2013;.
10. Marinaccio A et al "Pleural malignant mesothelioma epidemic. Incidence, modalities of asbestos exposure and occupation involved from the Italian National Register"; Int J Cancer 2012, 130(9): 2146-54;
11. Alessi M et al "Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto-correlate"; Quaderni del Ministero della Salute, n° 15, maggio-giugno 2012;
12. Delgermaa V et al "Global mesothelioma deaths reported to the World Health Organization between 1994 and 2008; Bull World Health Organ 2011; 89:716-724;
13. Mirabelli D et al "Non-occupational exposure to asbestos and malignant mesothelioma in the Italian National Registry of Mesotheliomas." Occup Environ Med 2010; 67(11):792-4;
14. Marinaccio A et al "Incidence of extrapleural malignant mesothelioma and asbestos exposure, from Italian National register." Occup Environ Med 2010; 67(11):760-5;
15. Montanaro F et al "Survival of pleural malignant mesothelioma in Italy: A population-based study". Int J. Cancer 2009, 124: 201-207;
16. Barbieri PG et al "Mesoteliomi pleurici in lavoratori tessili addetti alla filatura del cotone." Med Lav 2006; 97, 1:51-7;
17. Bertazzi PA "Descriptive epidemiology of malignant mesothelioma". Med Lav, 2005; 7(4): 287-303;
18. Romanelli A et al "Progetto di ricerca ISPEL B/45/DML/03, I mesoteliomi maligni a localizzazione extrapleurica". 2005;
19. Robinson BW et al "Malignant mesothelioma". Lancet 2005, 366: 397-408;
20. Nesti M et al "Linee Guida per la rilevazione e la definizione dei casi di mesotelioma maligno e la trasmissione delle informazioni all'ISPEL da parte dei Centri Operativi Regionali. II Edizione". Roma, Maggio 2004;
21. Chiappino G et al "Il rischio amianto nel settore tessile: indicazioni dal Registro Mesoteliomi Lombardia e definitiva conferma"; Med Lav 2003; 94, 6:521-530.
22. Sugarbaker PH et al. "A review of peritoneal mesothelioma at the Washington Cancer Institute". Surg Oncol Clin N Am 2003 Jul; 12(3):605-21;
23. Britton M "The epidemiology of mesothelioma"; Semin Oncol 2002; 29 (1): 51-61;
24. Huncharek M "Non-asbestos related diffuse malignant mesothelioma"; Tumori 2002; 88:1-9.
25. Mangone L et al. "Il mesotelioma maligno in Emilia-Romagna: incidenza ed esposizione ad amianto"; Epid Prev 2002; 26 (3): 124-129;
26. Peto J et al "The european mesothelioma epidemic"; Br J Cancer 1999, 79, 3/4: 666-672;
27. Boffetta P "Health effects of asbestos exposure in humans: a quantitative assessment"; Med Lav 1998; 89, 6: 471-480;
28. Spirtas R et al "Malignant mesothelioma: attributable risk of asbestos exposure"; Occup Environ Med 1994; 51: 804-811.

Tab. 1 Distribuzione dei casi per Definizione Diagnostica, casi 1996-2018 (aggiornata al 31/12/2018)

	<b>Casi</b>	<b>DEFINIZIONE</b>
<b>MM CERTO</b>	<b>2.348</b>	<b>Istologia presente</b> con quadro morfologico caratteristico, immunostochimica caratteristica/suggestiva/assente + conferma diagnostica per immagini/diagnosi clinica di dimissione
<b>MM PROBABILE</b>	<b>150</b>	<b>Istologia presente</b> con quadro morfologico dubbio o <b>citologia</b> con quadro caratteristico + conferma diagnostica per immagini/diagnosi clinica di dimissione
<b>MM POSSIBILE</b>	<b>254</b>	<b>Istologia/citologia assente</b> , dati clinici e radiologici indicativi + diagnosi di dimissione CC di MM; <b>DCO con dizione "mesotelioma"</b>
<b>MM da DEFINIRE</b>	<b>-</b>	<b>"Contenitore provvisorio"</b> per casi che non rientrano in nessuno dei livelli precedenti
<b>Non Mesotelioma</b>	<b>165</b>	Casi deceduti da almeno due mesi che non hanno i requisiti per poter essere inclusi nei primi tre livelli
<b>Totale</b>	<b>2.917</b>	

Tab. 2 Distribuzione dei casi per sede ed anno di diagnosi (aggiornata al 31/12/2018)

<b>Sede</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Pleura	63	70	77	67	76	88	98	97	110	107	100	101
Peritoneo	8	7	4	6	9	6	15	6	8	10	7	14
Pericardio	-	3	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-
Testicolo	2	-	1	-	1	2	1	1	-	2	-	-
<b>Totale</b>	<b>73</b>	<b>80</b>	<b>83</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>96</b>	<b>114</b>	<b>105</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>115</b>

<b>Sede</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Tot. '96-'18</b>
Pleura	122	111	117	144	142	147	122	140	149	146	124	<b>2.518</b>
Peritoneo	9	11	12	10	10	5	10	11	10	11	9	<b>208</b>
Pericardio	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	<b>9</b>
Testicolo	1	-	-	1	2	1	1	-	-	1	-	<b>17</b>
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>122</b>	<b>130</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>153</b>	<b>133</b>	<b>151</b>	<b>159</b>	<b>158</b>	<b>133</b>	<b>2.752</b>

<b>Tab. 3 Distribuzione dei casi per Provincia di residenza ed anno di diagnosi</b> (aggiornata al 31/12/2018)										
	<b>PC</b>	<b>PR</b>	<b>RE</b>	<b>MO</b>	<b>BO</b>	<b>FE</b>	<b>RA</b>	<b>FC</b>	<b>RN</b>	<b>R E-R</b>
<b>1996</b>	5	12	13	8	18	7	7	1	2	<b>73</b>
<b>1997</b>	9	9	10	3	24	7	5	7	6	<b>80</b>
<b>1998</b>	8	8	13	11	20	7	7	6	3	<b>83</b>
<b>1999</b>	7	6	10	6	14	9	7	8	6	<b>73</b>
<b>2000</b>	7	10	10	8	17	13	8	11	2	<b>86</b>
<b>2001</b>	9	13	12	8	22	17	5	5	5	<b>96</b>
<b>2002</b>	8	7	16	12	37	13	11	8	2	<b>114</b>
<b>2003</b>	11	7	16	11	24	10	12	7	7	<b>105</b>
<b>2004</b>	8	16	18	10	24	10	16	12	6	<b>120</b>
<b>2005</b>	13	24	16	12	22	13	9	7	3	<b>119</b>
<b>2006</b>	15	15	10	10	29	10	11	5	2	<b>107</b>
<b>2007</b>	4	19	22	15	28	6	13	6	2	<b>115</b>
<b>2008</b>	9	14	13	20	23	18	13	12	10	<b>132</b>
<b>2009</b>	7	16	10	13	26	16	19	10	5	<b>122</b>
<b>2010</b>	12	16	19	11	26	9	16	14	7	<b>130</b>
<b>2011</b>	14	14	22	22	31	15	18	10	9	<b>155</b>
<b>2012</b>	15	21	29	13	34	16	12	7	8	<b>155</b>
<b>2013</b>	15	16	25	11	35	18	18	11	4	<b>153</b>
<b>2014</b>	12	16	25	19	28	8	16	5	4	<b>133</b>
<b>2015</b>	12	13	20	20	33	23	14	8	8	<b>151</b>
<b>2016</b>	11	17	27	21	33	12	11	13	14	<b>159</b>
<b>2017</b>	17	14	27	20	35	13	15	11	6	<b>158</b>
<b>2018</b>	10	14	35	15	21	9	13	6	10	<b>133</b>
<b>Totale</b>	<b>238</b>	<b>317</b>	<b>418</b>	<b>299</b>	<b>604</b>	<b>279</b>	<b>276</b>	<b>190</b>	<b>131</b>	<b>2.752</b>

<b>Tab. 4 Distribuzione dei casi per sede ed età alla diagnosi</b> (aggiornata al 31/12/2018)								
	<b>Pleura</b>		<b>Peritoneo</b>		<b>Pericardio</b>		<b>Testicolo</b>	<b>Totale</b>
<b>Età</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>UU/DD</b>
<45	17	9	9	5	-	-	4	<b>44</b>
45-54	83	35	9	9	-	1	3	<b>140</b>
55-64	320	85	21	19	-	2	2	<b>449</b>
65-74	636	215	39	28	4	1	3	<b>926</b>
75+	789	329	40	29	1	-	5	<b>1.193</b>
<b>Totale</b>	<b>1.845</b>	<b>673</b>	<b>118</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>2.752</b>

Fig. 1 Distribuzione per residenza: casi incidenti tutte le sedi 1996-2018 (agg. 31/12/2018)

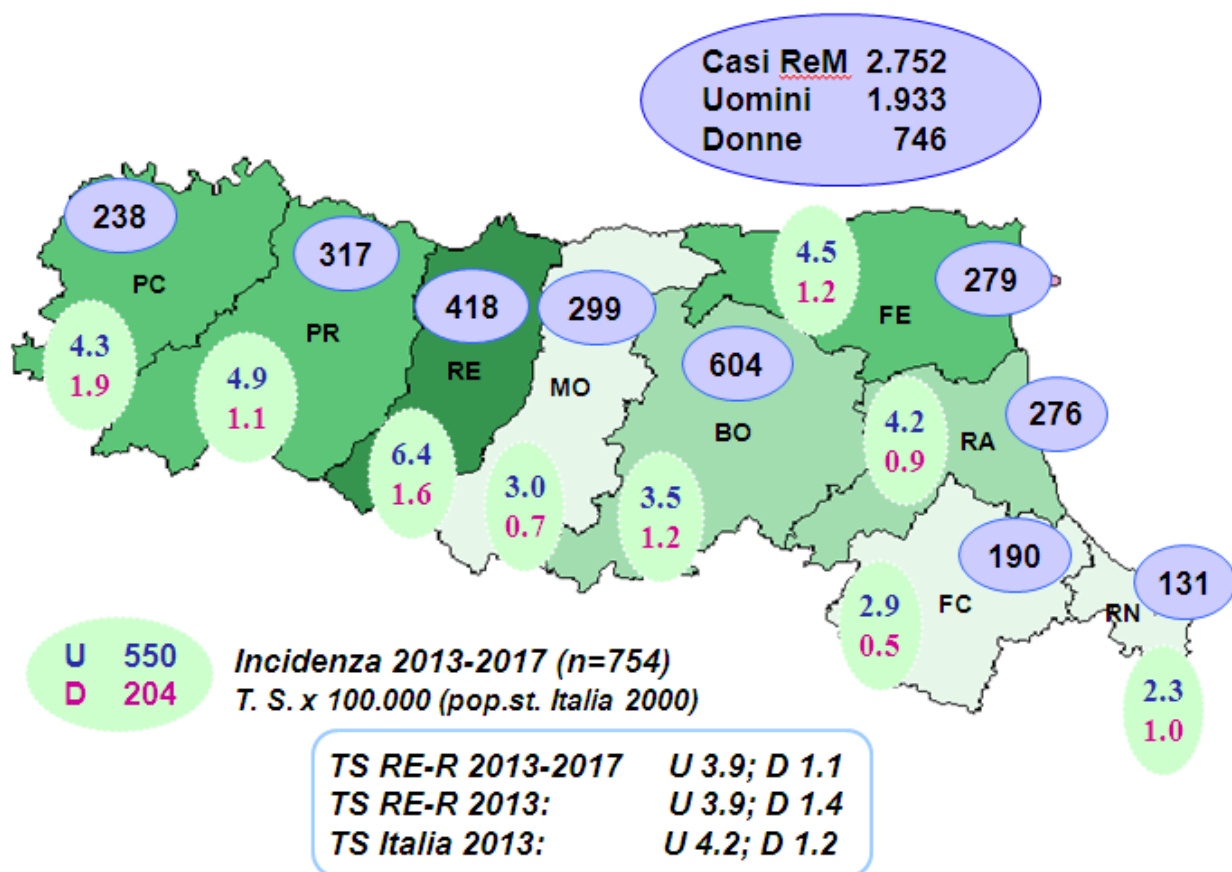


Fig. 2 Tasso di Incidenza standardizzato MM Regione Emilia-Romagna (agg. al 31/12/2018)

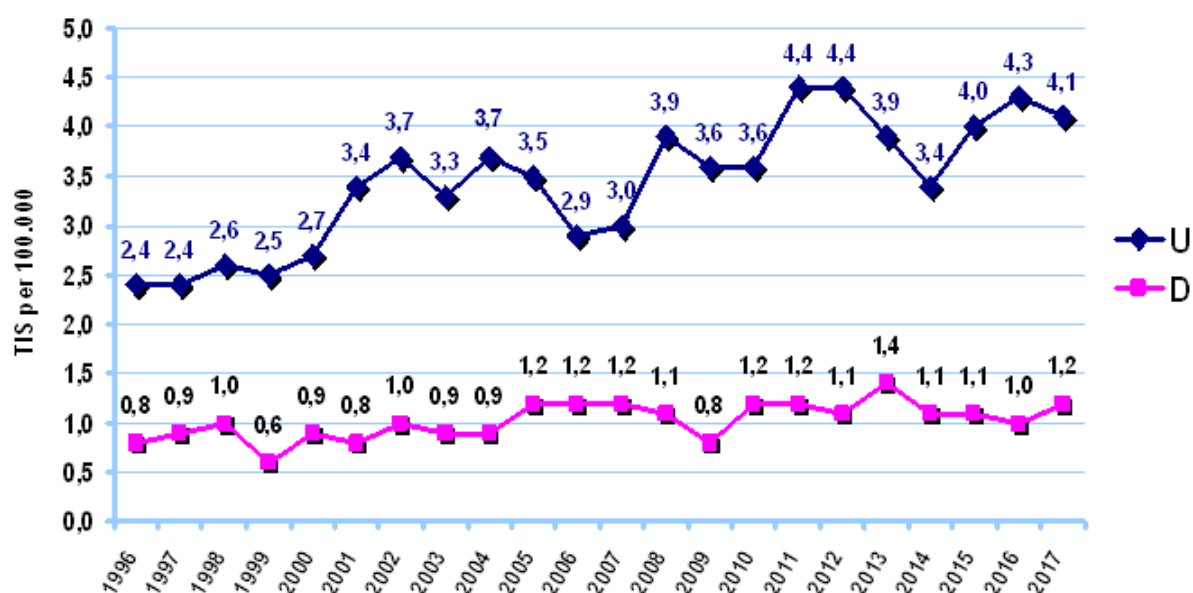
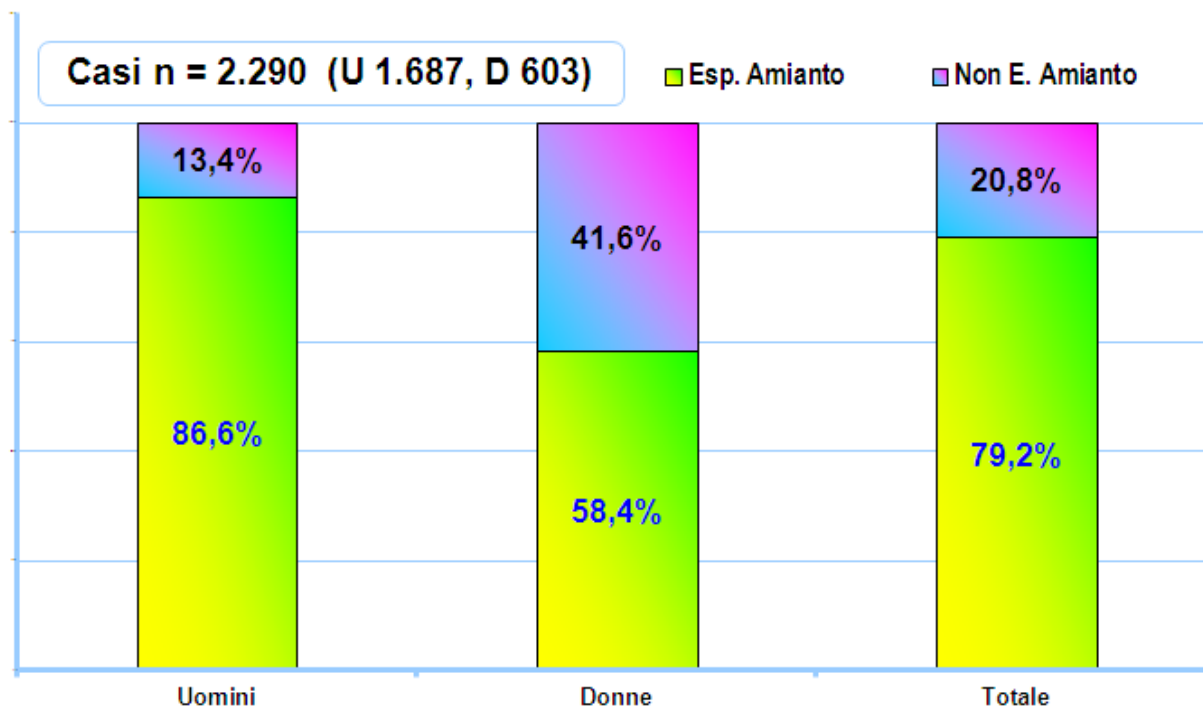


Fig. 3 Esposizione ad amianto per genere in Regione Emilia-Romagna (agg. al 31/12/2018)



Tab. 5 Distribuzione dei mesoteliomi maligni per tipo di esposizione (agg. al 31/12/2018)

Tipo di Esposizione	Uomini		Donne		Totale	
	<i>casì</i>	%	<i>casì</i>	%	<i>casì</i>	%
Professionale	1.402	83,1	192	31,8	<b>1.594</b>	69,6
Familiare	14	0,8	121	20,1	<b>135</b>	5,9
Ambientale	27	1,6	28	4,6	<b>55</b>	2,4
Extra Lavorativa	18	1,1	11	1,8	<b>29</b>	1,3
Improbabile	63	3,7	89	14,8	<b>152</b>	6,6
Ignota	163	9,7	162	26,9	<b>325</b>	14,2
<b>Totale casì definiti</b>	<b>1.687</b>	<b>100,0</b>	<b>603</b>	<b>100,0</b>	<b>2.290</b>	<b>100,0</b>
Da definire	162	8,2	79	10,3	241	8,8
Non classificabile	136	6,9	85	11,1	221	8,0
<b>Totale casì incidenti</b>	<b>1.985</b>		<b>767</b>		<b>2.752</b>	

Tab. 6 **Distribuzione dei casi per Provincia di residenza ed esposizione ad amianto**  
(aggiornata al 31/12/2018)

	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN	R E-R
<b>Professionale</b>	134	192	274	142	361	157	169	102	63	<b>1.594</b>
<b>Familiare</b>	11	19	29	7	28	17	6	8	10	<b>135</b>
<b>Ambientale</b>	3	12	7	5	17	4	3	4	-	<b>55</b>
<b>Extraprofessionale</b>	5	6	-	3	6	2	4	2	1	<b>29</b>
<b>Improbabile</b>	12	20	9	15	41	14	24	9	8	<b>152</b>
<b>Ignota</b>	35	41	22	36	87	25	34	29	16	<b>325</b>
<b>Da definire</b>	6	6	73	49	31	10	30	15	21	<b>241</b>
<b>Non classificabile</b>	32	21	4	42	33	50	6	21	12	<b>221</b>
<b>Totale</b>	<b>238</b>	<b>317</b>	<b>418</b>	<b>299</b>	<b>604</b>	<b>279</b>	<b>276</b>	<b>190</b>	<b>131</b>	<b>2.752</b>

Tab. 7 **Distribuzione dell'esposizione professionale ad amianto per settore di attività economica prevalente** (agg. 3/12/2018)

<b>Comparto produttivo</b>	<b>Uomini</b>		<b>Donne</b>		<b>Totale</b>	
	<b>casi</b>	<b>%</b>	<b>casi</b>	<b>%</b>	<b>casi</b>	<b>%</b>
<i>Costruzioni Edili</i>	234	16,7	1	0,5	235	14,7
<i>Costruzione/Rip.ne Rotabili Ferroviari</i>	168	12,0	3	1,6	171	10,7
<i>Industria Metalmeccanica</i>	131	9,3	9	4,7	140	8,8
<i>Zuccherifici/Altre Industrie Alimentari</i>	98	7,0	34	17,7	132	8,3
<i>Produzione Manufatti Cemento/Amianto</i>	85	6,1	30	15,6	115	7,2
<i>Produzione Prod. Chimici /Mat. Plastiche</i>	80	5,7	4	2,1	84	5,3
<i>Lavori Completamento Edifici</i>	70	5,0	1	0,5	71	4,5
<i>Fabbricazione Vetro/Ceramica/Gomma</i>	48	3,4	17	8,9	65	4,1
<i>Trasporti</i>	60	4,3	3	1,6	63	4,0
<i>Fabbricazione/Lav.ne Prodotti Metallici</i>	54	3,8	2	1,0	56	3,5
<i>Fab.ne/Rip.ne Veicoli (no treni e navi)</i>	53	3,8	1	0,5	54	3,4
<i>Industria Tessile</i>	30	2,1	15	7,8	45	2,8
<i>Commercio</i>	35	2,5	7	3,7	42	2,6
<i>Difesa Nazionale</i>	34	2,4	1	0,5	35	2,2
<i>Prod.ne Energia Elettrica, Gas, Acqua</i>	35	2,5	-	-	35	2,2
<i>Agricoltura/Allevamento Animali</i>	19	1,4	11	5,7	30	1,9
<i>Servizi Sociali/Attività Ricreative/Sanità</i>	18	1,3	11	5,7	29	1,8
<i>Altre Industrie Manifatturiere</i>	24	1,7	3	1,6	27	1,7
<i>Industria Metallurgica</i>	22	1,6	4	2,1	26	1,6
<i>Altro</i>	104	7,4	35	18,2	139	8,7
<b>Totale</b>	<b>1.402</b>	<b>100,0</b>	<b>192</b>	<b>100,0</b>	<b>1.594</b>	<b>100,0</b>