

II MESOTELIOMA MALIGNO IN EMILIA-ROMAGNA: incidenza ed esposizione ad amianto aggiornata al 30 Giugno 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 mortalità pressoché totale nei casi con diagnosi certa. I tassi di incidenza standardizzati per 100.000, rilevati per il 2013 sulla popolazione italiana 2000, sono pari a 4,15 per gli uomini e 1.15 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 ed 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 "Codice per la protezione dei dati personali" e dal cosiddetto "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" (cfr. art. 94, DLgs 196/03 e 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 30/06/2018.

L'incidenza può considerarsi pressoché completa per gli anni 1996-2016, 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 Rete Informativa Regionale comprende 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 raccogliere le informazioni anamnestiche espositive necessarie direttamente dal paziente. Per la verifica di completezza della rilevazione dei casi incidenti, sono previsti 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 30 giugno 2018, risultano archiviati 3.309 casi, tra cui 168 sospetti, risultati alle successive indagini non mesoteliomi (161 con data diagnosi successiva al 1995) e 3.141 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 372 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 **2.661** casi di mesotelioma maligno incidenti in cittadini effettivamente residenti in Emilia-Romagna alla data della diagnosi.

Per quanto attiene alla definizione diagnostica, 2.276 soggetti sono stati classificati come casi certi (85,5%); 145 casi probabili e 240 possibili (cfr. Tab. 1). La distribuzione per anno, sede, genere e fascia di età è riportata nelle Tabelle 2-3. Il trend dal 1996 è in aumento, dai 73 casi del 1996 ai 156 casi del 2012, in accordo con le previsioni di letteratura. La sede colpita prevalentemente è quella pleurica (91,4%), ma non sono pochi i casi a carico del peritoneo (7,7%), nè 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 (2,8:1) e tende alla parità per quella peritoneale (1,3:1). Il 76,6% dei casi è stato diagnosticato dopo i 64 anni, l'1,6% prima dei 45 anni e il restante 21,8% nella fascia d'età 45-64 anni (Tab. 3).



Il tasso di incidenza regionale per 100.000 (TIS), calcolato per il periodo 2012-2016 e standardizzato con il metodo diretto con la popolazione italiana 2000, è pari a 4,0 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 2.460 casi: 217 sono risultati non classificabili per rifiuto od impossibilità a contattare paziente o familiari, mentre, per i rimanenti 2.243 sono state raccolte informazioni standardizzate, in 917 casi direttamente dal soggetto interessato (40,9%).

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 1.558 casi, l'esposizione è stata classificata come professionale (1.081 certa, 267 probabile e 210 possibile), in 215 casi come non professionale (131 familiare, 55 ambientale e 29 legata ad attività extra lavorative) e in 470 casi l'esposizione è risultata improbabile-ignota (Tab. 4).

I 215 soggetti con esposizione non professionale sono rappresentati da 156 donne e 59 uomini. Per le donne, l'esposizione è stata di natura familiare in 117 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 1.773 casi su 2.243 (79,0%); negli uomini la quota sale a 86,7%, mentre nelle donne è stata rilevata nel 57,6% (Fig. 3). Nella Tab. 5 è riportata la distribuzione dell'esposizione professionale per settore produttivo e genere. Quello delle costruzioni edili è risultato il settore maggiormente coinvolto (232 casi), seguito da costruzione/riparazione di materiale rotabile ferroviario (169 casi) e da industria metalmeccanica (138 casi). Rilevanti sono anche gli zuccherifici/altre industrie alimentari (130 casi), la produzione di manufatti in cemento/amianto (110 casi), e la produzione di prodotti chimici/materie plastiche (79 casi). I rimanenti 700 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 741, rispetto all'incidenza dei MM (153, 133, 151, 151 e 153), 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 extrapleurica. La qualità diagnostica può essere considerata di buon livello: il 91,0% dei casi è corredato di conferma cito-istologica grazie alla pratica, diffusa nei servizi sanitari regionali, di eseguire prelievi biotipici 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 215 soggetti su 1.773 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/extrapleura registrato dal ReM è risultato pari a 10,6:1, 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 extrapleurica: chirurgia generale, ginecologia, cardiocirurgia, urologia e andrologia. D'altra parte, una ricerca svolta in ambito ISPEL/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 $71,5 \pm 10,8$ anni; è degno di nota che il 76,6% dei soggetti aveva un'età ≥ 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 biotipici 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 2012-2016 (3,96 U e 1,10 D) sono inferiori a quelli registrati dal ReNaM nel 2013 (4,15 U e 1,15 D).

I TIS 2012-2016 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 2.243 casi già indagati, ha evidenziato un'esposizione nel 79,0% dei casi, mentre per il rimanente 21,0% 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 3,1% 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 (104 dei 130 casi, residenti nelle province di BO, FE, RA, PR, FC), produzione manufatti in C/A (86 dei 110 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%), la cantieristica navale (6,1%) e la fabbricazione di prodotti in metallo (5,7%).

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 Referenti¹, 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, AO Reggio Emilia
Dott. Roberto Piro - SC Pneumologia, AO Reggio Emilia
Dott. Fabrizio Aguzzoli - SC Chirurgia ind. Oncologico, AO Reggio Emilia
Dott. Massimiliano Paci - SC Chirurgia Toracica, AO Reggio Emilia
Dott. Fabio Quartieri - SC Cardiologia interventistica, AO Reggio Emilia
Dott. Francesca Zanelli - SC Oncologia, AUSL Reggio Emilia
Dott. Ferdinando Luberto - Registro Mortalità, Ausl Reggio Emilia
Dott. Valerio Annessi - U.O. Chirurgia, Ospedale di Guastalla, Ausl Reggio Emilia
Dott. Fabrizio Boni-Dip.to Internistico/Oncologia/Pneumologia, Ospedale Scandiano, Ausl Reggio E.
Dott.ssa Patrizia Camerlengo - Direzione Sanitaria, Ospedale di Montecchio, Ausl Reggio Emilia
Dott. Eugenio Cenini - U.O. Chirurgia Generale, Ospedale di Castelnovo ne' Monti, Ausl Reggio Emilia
Dott. Orazio Delmonte - U.O. Chirurgia Generale/Urologia, Ospedale di Montecchio, Ausl Reggio Emilia
Dott.ssa Loredana Fioroni - U.O. Ginecologia, Ospedale di Castelnovo ne' Monti, Ausl Reggio Emilia
Dott. Antonio Frattini - U.O. Urologia, Ospedale di Guastalla, Ausl Reggio Emilia
Dott. Luca Giannella - U.O. Ginecologia, Ospedale di Scandiano, Ausl Reggio Emilia
Dott.ssa Cristina Incerti Medici - Direzione Sanitaria, Ospedale di Scandiano, Ausl Reggio Emilia
Dott. Paolo Lamperini - U.O. Chirurgia/Urologia, Ospedale di Scandiano, Ausl Reggio Emilia
Dott. Alessandro Navazio - U.O. Cardiologia, Ospedale di Guastalla, Ausl 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 ne' Monti, Ausl Reggio Emilia
Dott.ssa Cristina Rozzi - U.O. Ginecologia, Ospedale di Montecchio, Ausl Reggio Emilia
Dott. Fausto Saracchi - U.O. Oncologia/Pneumologia/Cardiologia, Ospedale Montecchio, Ausl RE
Dott. Roberto Vignoli - U.O. Oncologia/Pneumologia, Ospedale di Castelnovo ne' Monti, Ausl Reggio E.
Dott.ssa Alessandra Zoboli - U.O. Medicina, Ospedale di Correggio, Ausl Reggio Emilia
Dott.ssa Loredana Guidi - SPSAL, Ausl Reggio Emilia
Dott.ssa Enrica Crespi - SPSAL, Ausl Reggio Emilia
Dott. Matteo Riccò - SPSAL, Ausl Reggio Emilia
Dott. Riccardo Perduri - DSP, Ausl 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. Carlo Alberto Goldoni - Servizio Epidemiologia, 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
Dott. Stefano Ferretti - 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 Ravenna
Dott.ssa Bianca Caruso - Direzione Sanitaria, Ausl Ravenna
Dott. Giuseppe Comerci - UO Ginecologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Ravenna
Dott. Giorgio Cruciani - UO Oncologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Ravenna
Dott. Giuseppe Perri - UO Pneumologia, Ospedale di Ravenna, Ausl Ravenna
Dott.ssa Giannalberta Savelli - Registro Mortalità, Ausl Ravenna
Dott. Luciano Solaini - UO Chirurgia Toracica, Ospedale di Ravenna, Ausl Ravenna
Dott.ssa Rossella Rambaldi - SPSAL, Ausl Ravenna
Dott.ssa Laura Medri - UO Anatomia Patologica, Ausl Forlì
Dott. Andrea Amadori - UO Ginecologia, Ausl Forlì
Dott.ssa Viviana Brunetti - Registro Mortalità, Ausl Forlì



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



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 ISPESL 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'ISPESL 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 1996-2017 (aggiornata al 30/06/2018)

	Casi	DEFINIZIONE
MM CERTO	2.276	Istologia presente con quadro morfologico caratteristico, immuno-istochimica caratteristica/suggestiva/assente + conferma diagnostica per immagini/diagnosi clinica di dimissione
MM PROBABILE	145	Istologia presente con quadro morfologico dubbio o citologia con quadro caratteristico + conferma diagnostica per immagini/diagnosi clinica di dimissione
MM POSSIBILE	240	Istologia/citologia assente , dati clinici e radiologici indicativi + diagnosi di dimissione CC di MM; DCO con dizione "mesotelioma"
MM da DEFINIRE	-	"Contenitore provvisorio" per casi che non rientrano in nessuno dei livelli precedenti
Non Mesotelioma	161	Casi deceduti da almeno due mesi che non hanno i requisiti per poter essere inclusi nei primi tre livelli
Totale	2.822	

Tab. 2 Distribuzione dei casi per sede ed anno di diagnosi (aggiornata al 30/06/2018)

Sede	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
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	-	-
Totale	73	80	83	73	86	96	114	105	120	119	107	115

Sede	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tot.
Pleura	122	111	117	144	143	147	122	140	141	141	49	2.431
Peritoneo	9	11	12	10	10	5	10	11	10	11	5	204
Pericardio	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	9
Testicolo	1	-	-	1	2	1	1	-	-	1	-	17
Totale	132	122	130	155	156	153	133	151	151	153	54	2.661



Tab. 3 **Distribuzione dei casi per sede ed età alla diagnosi** (aggiornata al 30/06/2018)

Età	Pleura		Peritoneo		Pericardio		Testicolo	Totale
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	
<45	17	9	9	5	-	-	4	44
45-54	82	34	8	8	-	1	3	136
55-64	318	81	21	19	-	2	2	443
65-74	619	205	39	28	4	1	3	899
75-84	598	224	32	25	1	-	4	884
85+	157	87	6	4	-	-	1	255
Totale	1.791	640	115	89	5	4	17	2.661

Fig. 2 Distribuzione per residenza: casi incidenti tutte le sedi 1996-2018 (agg. 30/06/2018)

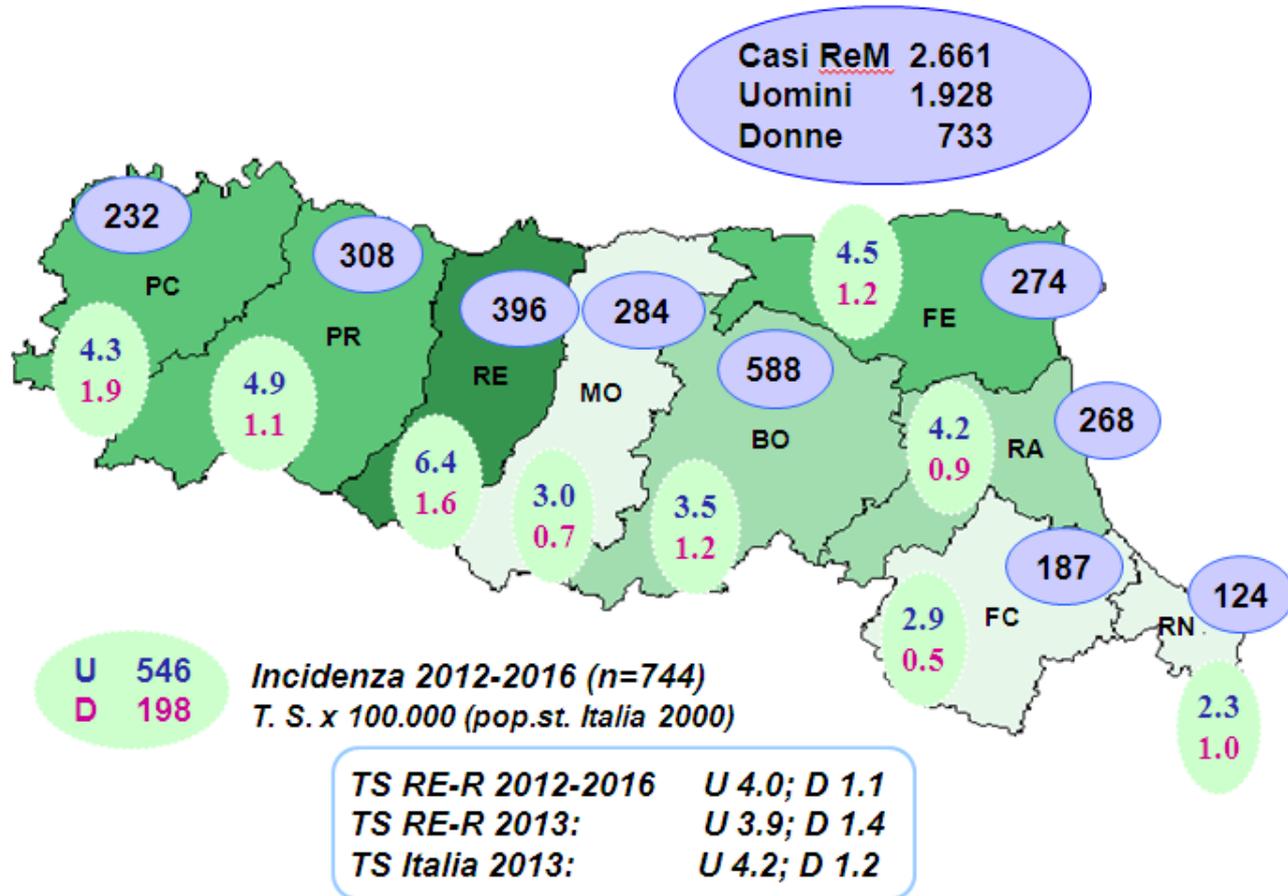




Fig. 2 Tasso di Incidenza standardizzato MM Regione Emilia-Romagna (agg. al 30/06/2018)

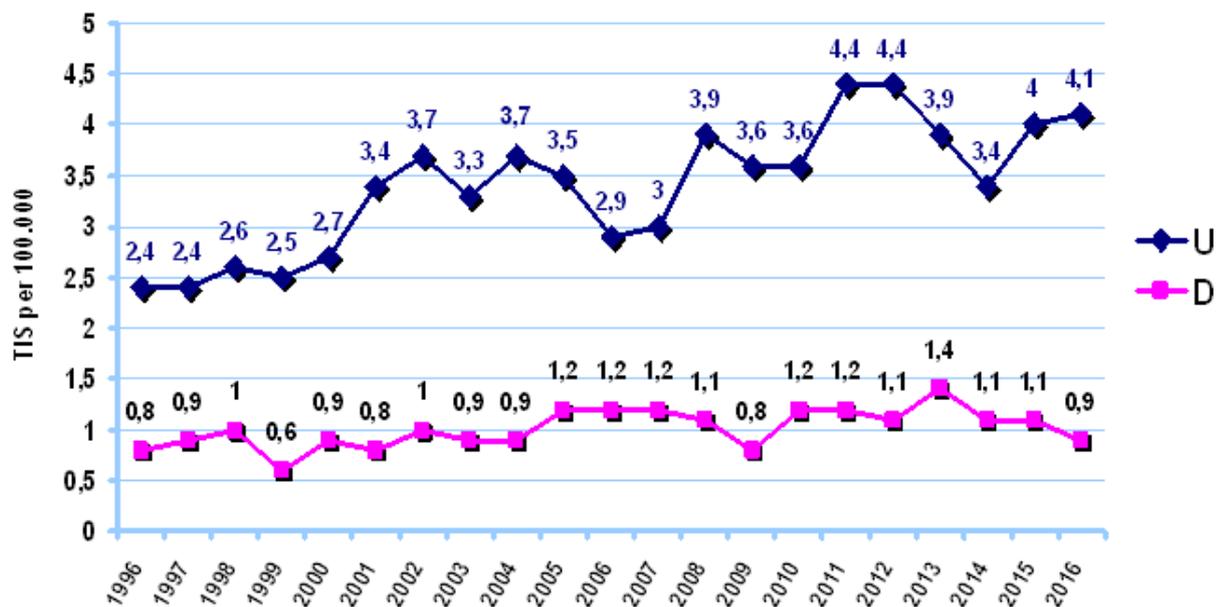
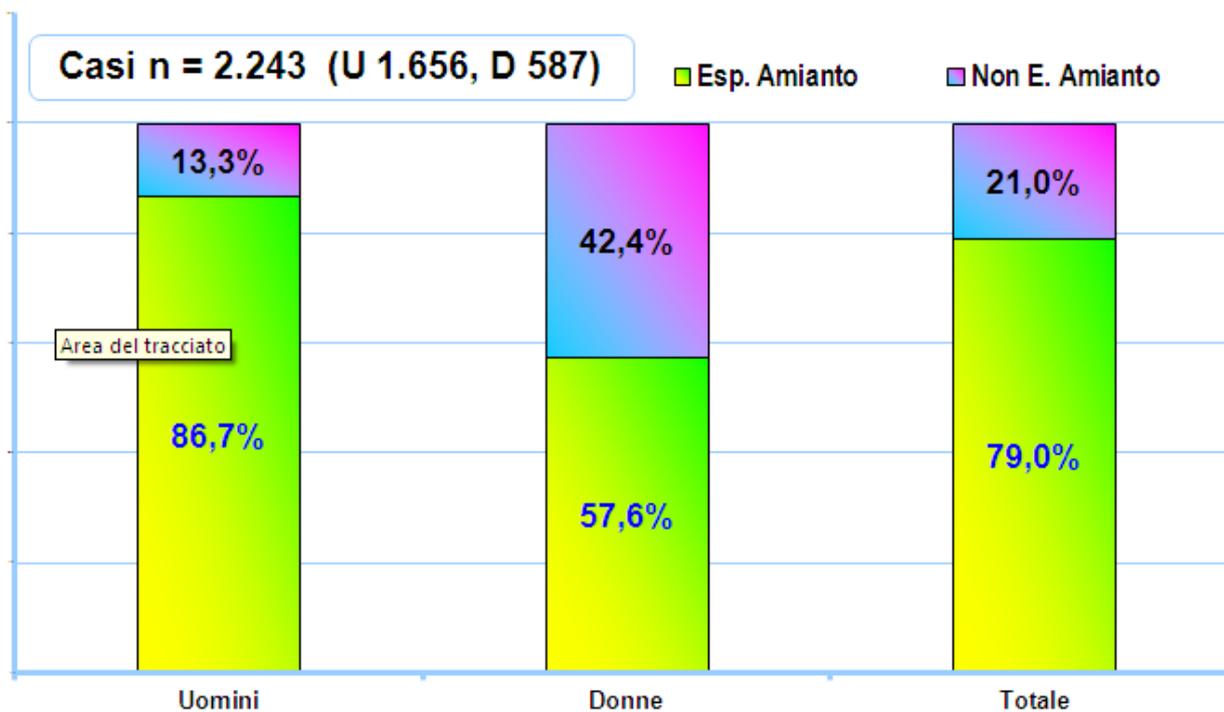


Fig. 3 Esposizione ad amianto per genere in Regione Emilia-Romagna (agg. al 30/06/2018)





Tab. 4 **Distribuzione dei mesoteliomi maligni per tipo di esposizione (agg. al 30/06/2018)**

Tipo di Esposizione	Uomini		Donne		Totale	
	casi	%	casi	%	casi	%
Professionale	1376	83,1	182	31,0	1.558	69,5
Familiare	14	0,9	117	19,9	131	5,8
Ambientale	27	1,6	28	4,8	55	2,5
Extra Lavorativa	18	1,1	11	1,9	29	1,3
Improbabile	65	3,9	88	15,0	153	6,8
Ignota	156	9,4	161	27,4	317	14,1
Totale casi definiti	1.656	100,0	587	100,0	2.243	100,0
Da definire	139	7,2	62	8,5	201	7,6
Non classificabile	133	6,9	84	11,5	217	8,2
Totale incidenti	1.928		733		2.661	

Tab. 5 **Distribuzione dell'esposizione professionale ad amianto per settore di attività economica prevalente (agg. 30/06/2018)**

Comparto produttivo	Uomini		Donne		Totale	
	casi	%	casi	%	casi	%
Costruzioni Edili	231	16,8	1	0,6	232	14,9
Costruzione/Rip.ne Rotabili Ferroviari	166	12,1	3	1,6	169	10,9
Industria Metalmeccanica	130	9,4	8	4,4	138	8,9
Zuccherifici/Altre Industrie Alimentari	96	7,0	34	18,7	130	8,3
Produzione Manufatti Cemento/Amianto	83	6,0	27	14,8	110	7,1
Produzione Prod. Chimici /Mat. Plastiche	75	5,4	4	2,2	79	5,1
Lavori Completamento Edifici	69	5,0	1	0,6	70	4,5
Fabbricazione Vetro/Ceramica/Gomma	49	3,6	17	9,3	66	4,2
Trasporti	60	4,4	3	1,6	63	4,0
Fabbricazione/Lav.ne Prodotti Metallici	50	3,6	2	1,1	52	3,3
Fab.ne/Rip.ne Veicoli (no treni e navi)	50	3,6	1	0,6	51	3,3
Industria Tessile	30	2,2	15	8,2	45	2,9
Commercio	33	2,4	7	3,8	40	2,6
Difesa Nazionale	34	2,5	1	0,6	35	2,2
Prod.ne Energia Elettrica, Gas, Acqua	34	2,5	-	-	34	2,2
Servizi Sociali/Attività Ricreative/Sanità	18	1,3	10	5,5	28	1,8
Altre Industrie Manifatturiere	25	1,8	2	1,1	27	1,7
Agricoltura/Allevamento Animali	19	1,4	8	4,4	27	1,7
Industria Metallurgica	22	1,6	4	2,2	26	1,7
Altro	102	7,4	34	18,7	136	8,7
Totale	1.376	100,0	182	100,0	1.558	100,0