



**REGIONE EMILIA-ROMAGNA ~ ReM**

**Questionario di rilevazione** (ver 2005)

C/O **DIPARTIMENTO di SANITA' PUBBLICA-SPSAL AUSL Reggio Emilia** Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia Tel.0522/335415 Fax 335446

Codice Fiscale .....

N° IDENTIFICAZIONE .....

**COGNOME e NOME** ..... **SESSO** F ☐ M ☐

**DATA di NASCITA** ...../...../..... **LUOGO di NASCITA** .....

**RESIDENZA** (via e numero, città, CAP) .....

**NUMERO DI TELEFONO** ..... **TITOLO DI STUDIO** .....

**STATO CIVILE** (sposato/convivente) ☐ **DAL** ..... vedovo ☐ separato/divorziato ☐ nubile/celibe ☐

**Intervista diretta** ☐ **Intervista a congiunti** ☐ **Nome dell'intervistatore** .....

**Data dell'intervista** ..... **Luogo dell'intervista:** casa ☐ ospedale ☐ Servizio ☐ altro ☐

→**SE L'INTERVISTA NON SI E' SVOLTA:** rifiuto ☐ impossibile da rintracciare ☐ deceduto, congiunti non rintracciabili ☐ deceduto, rifiuto congiunti ☐  
stato confusionale, congiunti sconosciuti ☐ altro ☐ (specificare .....)

→**Dati da raccogliere solo per le interviste a congiunti**

**COGNOME e NOME** (del congiunto) .....

**DATA DI NASCITA** ...../...../..... **SESSO** F ☐ M ☐ **LEGAME CON IL SOGGETTO:** CONIUGE ☐ FIGLIO/A ☐

FRATELLO/SORELLA ☐ ALTRA PARENTELA ☐ AMICO ☐ COLLEGA ☐ ALTRO ☐ (.....)

**INDIRIZZO** ..... **TEL.** .....

**Motivi intervista a congiunti:** Condizioni cliniche ☐ Decesso ☐ Luogo e data decesso .....

**SEZ. A: FUMO**

*Nota per l'intervistatore: un soggetto può essere definito fumatore/fumatrice se "ha fumato regolarmente almeno una sigaretta al giorno o 1 pipa o un sigaro alla settimana per almeno un anno o per periodi più brevi che sommati risultino un anno".*

1) FUMA? SI ☐ NO ☐ HA SMESSO ☐ NON SO ☐

2) SE "SI" → CHE COSA FUMAVA?

	Si	No	Non so	Per quanti anni ha fumato?	A quale età ha iniziato a fumare?	Fuma attualmente?	Se "NO", quando ha smesso?	Quanto fuma attualmente o quanto fumava prima di smettere?
<b>SIGARETTE</b>								
- con filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		sigarette/giorno .....
- senza filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>SIGARI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		sigari/settimana .....
<b>PIPA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		grammi/settimana .....

**SEZ. B: SALUTE**

**B1. E' stato sottoposto a radiodiagnostica toracica?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

Motivo ..... N° esami .....

**B2. E' mai stato sottoposto a trattamenti terapeutici con raggi X?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Sede .....

Motivo ..... Durata (mesi) ..... Anno inizio ..... Luogo (effettuazione terapia) .....

**B3. E' titolare di rendita INAIL per malattia professionale dell'apparato respiratorio?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, indicare malattia e data di

costituzione della rendita .....

**B4. Ha mai sofferto di importanti malattie broncopolmonari?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Quali e quando? .....

**B5. Ha mai subito importanti traumi toracici?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, come e quando? .....

**B6. Nella sua famiglia ci sono stati casi di patologia tumorale?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, specificare:

Grado di parentela ..... Tumore ..... Anno insorgenza .....

Grado di parentela ..... Tumore ..... Anno insorgenza .....

**SEZ. C: STORIA PROFESSIONALE**

Compilare una scheda specifica per ogni attività lavorativa svolta: "Artigianato/industria", "Agricoltura", "Militare".  
Le attività extra lavorative vanno descritte nella scheda "Storia extra Professionale".

**C1. Svolge attualmente un'attività professionale?** SI ☐ NO ☐ Se no, indicare il motivo: .....

E' eventualmente disponibile il libretto di lavoro? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

**C2. Storia professionale completa (includere il servizio di leva)**

**N.B. in caso di lavoro discontinuo o saltuario specificare la durata complessiva**

anno inizio	anno fine	Nome e indirizzo della fabbrica o della ditta	Attività della fabbrica o della ditta	Mansione	Descrizione del lavoro

**C3. Svolge o ha mai svolto lavori saltuari?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, vanno descritti nella storia professionale completa

**SEZ. D: STORIA FAMILIARE (solo i conviventi)****D1. Storia lavorativa dei familiari e conviventi (riferita al periodo in cui hanno vissuto nella stessa casa del soggetto in esame)****1) PADRE:** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando.....

**2) MADRE:** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando.....

**3) CONIUGE:** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando? .....

**SEZ. D1-2: OCCUPAZIONE DI ALTRI PARENTI**(elencare **solo le attività svolte durante il periodo di convivenza**)**4) ALTRI PARENTI** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale?      SI      NO      NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando? .....

**5) ALTRI PARENTI** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale?      SI      NO      NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando? .....

**6) ALTRI PARENTI** .....

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro ( * )	
					a	b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale?      SI      NO      NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando? .....

**SEZ. D3-4. CONDIZIONE AMBIENTALE - STORIA RESIDENZIALE:** lista di tutte le abitazioni dalla nascita alla diagnosi

N° Progr.	Indirizzo, Città, Paese (se all'estero)	ANNO Dal	ANNO Al	Tipo * abitazione	Anno di costruzione	Amianto nei materiali di costruzione **				
						Copertura eternit	Contro soffittature	Cisterne acqua	Pannelli Stufe/Termo	Altro

\* 1 = Rurale/cascina; 2 = Casa unifamiliare/ villa; 3 = Condominio; 4 = Comunità (pensionati, caserme, collegi, ricoveri); 5 = Altro (specificare)

\*\* poni le domande solo se costruita dopo il 1945.

**Sez. D5-6. AMBIENTE GENERALE DI VITA**Ricorda la presenza di **FABBRICHE** come le seguenti nelle zone limitrofe o vicino a casa sua?

COMPARTO	SI	DENOMINAZIONE FABBRICA	Distanza METRI:	N° Progr.* Abitazione	Ha frequentato assiduamente i seguenti LOCALI DI USO COLLETTIVO o MEZZI DI TRASPORTO?:				
						SI	Denominazione	Comune	Periodo
RAFFINERIE, PETROLCHIMICA, CHIMICA di BASE	<input type="checkbox"/>								
CENTRALE TERMoeLETTRICA	<input type="checkbox"/>				TEATRI	<input type="checkbox"/>			
PORTO	<input type="checkbox"/>				CINEMA	<input type="checkbox"/>			
CANTIERISTICA e RIPARAZIONE NAVALE	<input type="checkbox"/>				PALESTRE	<input type="checkbox"/>			
INDUSTRIA AMIANTO: ETERNIT GUARNIZIONI/TESSUTI IN AMIANTO.	<input type="checkbox"/>				PISCINE	<input type="checkbox"/>			
COSTRUZIONE/RIPARAZIONE ROTABILI FERROVIARI	<input type="checkbox"/>				TRENI	<input type="checkbox"/>			
CAVA O MINIERA	<input type="checkbox"/>				METRO	<input type="checkbox"/>			
LINEA/STAZIONE FERROVIARIA	<input type="checkbox"/>				TRAGHETTI	<input type="checkbox"/>			
INCENERITORE	<input type="checkbox"/>				ALTRO	<input type="checkbox"/>			
ZONA INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
DISCARICA	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
ALTRO (SPECIFICARE) .....	<input type="checkbox"/>								

**Sez. I: STORIA EXTRA PROFESSIONALE (tempo libero)****I1 Ha effettuato riparazioni in casa?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare: .....• Lavori di idraulica/elettricità? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Tipo di lavoro e periodo: .....• Isolamento termico? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Tipo di lavoro e periodo: .....• Lavori di muratura? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Tipo di lavoro e periodo: .....

• Altre riparazioni, tipo di lavoro e periodo: .....

**I2. Ha mai riparato auto/mezzi meccanici?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Tipo di riparazione e periodo: .....**I3. Ha mai praticato attività con uso di manufatti in amianto?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare: .......... Frequenza: Raramente ☐ Spesso ☐**I4. Ha fatto uso di talco cosmetico?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, ricorda la marca? .....

Quando?..... Quanto? .....

**I5. Ha mai usato attrezzi domestici in amianto come:** Guanti per forno SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ dal ..... al .....Pannelli di protezione dal fuoco SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ dal ..... al ..... Asse da stiro SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ dal ..... al .....Appoggia ferro da stiro SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ dal ..... al ..... ; Dispositivi rompi fiamma SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ dal ..... al .....

Altro: ..... dal ..... al .....

**Esposizione ad amianto non indagata specificamente nelle schede precedenti e riferita direttamente dall'intervistato/a** .....

.....

.....



**Sez. E: SCHEDA DI VALUTAZIONE****ATTENDIBILITÀ DELLE RISPOSTE**

<b>E1. Completezza delle informazioni</b>	scarsa	parziale	sufficiente	buona
<b>E2. Atteggiamento nei confronti dell'intervista</b>	favorevole		con qualche riserva	negativo
<b>E3. Motivazione a collaborare</b>	buona		discreta	bassa
<b>E4. Stadio della malattia</b>	iniziale	avanzato		non applicabile (intervista a congiunti)

Esistono altri parenti o compagni di lavoro del soggetto che potrebbero dare risposte più approfondite rispetto ad alcuni particolari periodi? Se sì, riportare se possibile nominativo, indirizzo e numero di telefono: .....

.....

.....

.....

**DEFINIZIONE DELL'ESPOSIZIONE, SECONDO L'INTERVISTATORE** (il significato dei codici è riportato nella pagina seguente):

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Note: .....

.....

.....

.....

**FIRMA** dell'intervistatore

**Servizio di appartenenza**

.....

.....

**Sez. F STORIA PROFESSIONALE**      **SCHEDA Industria/Artigianato/Altro** (da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questi settori)

 Nome Azienda ..... In attività ☐ Cessata ☐ Non so ☐ Periodo .....

Nome Titolare ..... Direttore produzione ..... n° tot. Addetti .....

**F1. Tipo di produzione/prodotti finiti:** .....

**F2. Rapporto di lavoro:** a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ stagionale ☐ ore al giorno ..... mesi all'anno .....

**F3. Descrizione generale dell'ambiente di lavoro:** .....

**F4. Descrizione del reparto in cui lavorava:** dimensioni ..... n° di dipendenti .....

tipo di macchinari e numero: .....

**F5. Mansione o compiti lavorativi svolti:** .....

Macchine, materiali e anni utilizzo: .....

.....

Eventuali lavori insoliti/particolari, frequenza/durata: .....

**F6. Tipo di attività eventualmente svolta da altri nelle vicinanze:** .....

.....

**F7. Dove lavorava erano presenti: polveri, gas, vapori?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, da dove provenivano?: .....

.....

 C'erano impianti di aspirazione funzionanti? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, di che tipo? .....

**F8. Utilizzo DPI contro le polveri:** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, tipo e periodo? .....

per quale lavoro venivano utilizzati? .....

**DPI contro il calore:** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, tipo e periodo? .....  
 con quale materiale erano costruiti? .....  
 per quale lavoro erano utilizzati? .....

**F9. C'erano fonti di calore?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare: .....  
 .....

**F10. Erano presenti tubazioni coibentate?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare:

- con quale materiale? ..... NON SO ☐
- cosa trasportavano?..... NON SO ☐
- ha visto effettuare opere di manutenzione che comportavano rimozione del coibente? ..... NON SO ☐
- chi effettuava la loro manutenzione? ..... NON SO ☐
- Le pareti, i soffitti o le strutture metalliche erano coibentate? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare: .....

**F11. Per il suo lavoro lei usava o veniva a contatto con \*** Solventi ☐ Vernici ☐ Abrasivi ☐ Silice ☐ Cemento ☐ Talco ☐ Amiantite ☐  
 Fibre minerali (lana vetro/roccia, ceramiche) ☐ Fibre tessili o tessuti ☐ Asbesto/amianto/Eternit ☐ Altro minerale fibroso ☐ Agenti fisici/radiazioni ☐  
 Altro (specificare) ☐ ..... \*indicare il tipo .....

**F12. Oltre alle mansioni già descritte svolgeva anche lavori di manutenzione?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

Se sì, descrivere cosa effettuava (se necessario, utilizzare un'altra scheda industria): .....  
 .....

**F13. In caso di mansioni di manutenzione, descrivere il lavoro svolto:** .....  
 .....  
 .....

**Sez. G: STORIA PROFESSIONALE****SCHEDA AGRICOLTURA** (da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questo settore)Nome Azienda ..... In attività ☐ cessata ☐ non so ☐ periodo .....

Nome Titolare ..... N° totale dipendenti .....

**G1. Qual'era la sua posizione:** mezzadro ☐ bracciante/salariato ☐ coltivatore diretto ☐ operaio agricolo ☐ contoterzista ☐ altro (specificare sotto)• **Descrizione della mansione e dell'attività svolta:** .....

.....

• **Descrizione del tipo di produzione e dell'ambiente in cui lavorava:** .....

.....

.....

**G2. Rapporto di lavoro:** a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ stagionale ☐ ore al giorno ..... mesi all'anno .....**G3. Descrizione del reparto in caso di attività svolta in cantine, aziende vinicole o di altre bevande:** .....

• dimensioni ..... n° di dipendenti ..... Come definirebbe il locale dove lavorava abitualmente?

Impianto all'aperto ☐ Deposito/magazzino ☐ Cantina ☐ Ufficio ☐ Laboratorio ☐ Altro (specificare) ☐ .....

• Indicare il tipo di bevanda prodotta: tipo di vino, birra, distillati, bevande gassate, sciroppi, altro .....

• Indicare i compiti lavorativi svolti: .....

• E' mai stato addetto alla filtrazione? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, specificare: media ore/settimanali ..... dal ..... al .....• Quali filtri veniva utilizzati? Cellulosa ☐ Amianto ☐ Sacchi di tela ☐ Non so ☐ Altro (specificare) ☐ .....• Erano presenti impianti di distillazione? ? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

- G4. Usava Dispositivi di Protezione Individuali?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, di che tipo .....  
per quale lavoro venivano utilizzati? .....; in quale periodo? .....  
con quale materiale erano costruiti? .....
- G5. Erano presenti caldaie?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Tipo e posizione: .....  
Chi effettuava la manutenzione? .....
- G6. Erano presenti tubazioni coibentate?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Con che materiale e cosa trasportavano: .....  
Chi effettuava la manutenzione? ..... Ha visto effettuare opere di manutenzioni sulle coibentazioni? .....
- G7. C'era un essiccatoio in azienda?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare .....
- G8. Ha mai usato sacchi di iuta?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐; Se sì, erano nuovi o riciclati? .....  
Se erano riciclati, si ricorda cosa c'era scritto sopra o sa cosa avevano contenuto? .....
- G9. Ha mai usato mangimi per l'alimentazione degli animali? ?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare tipo di mangime e animale alimentato:  
..... Periodo e modalità di somministrazione .....
- G10. Ha mai usato lettieri per le stalle?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, specificare di che tipo .....  
Se sì, cosa? .....
- G11. Ha mai fatto riparazioni degli edifici?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, cosa? .....  
Ha mai utilizzato cemento-amianto (eternit)? SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Lo ha anche lavorato? .....
- G12. Ha mai riparato mezzi meccanici?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, quali mezzi? .....  
Che tipo di riparazioni e con quale frequenza? .....
- G13. Ha mai utilizzato cascami tessili o altro per alleggerimento dei terreni?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se sì, indicare provenienza dei cascami, periodi  
e tipo di altro materiale utilizzato: .....

**SEZ. H: SERVIZIO MILITARE**

**H1. Ha fatto il militare?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, specificare: di leva ☐ SPE ☐ dal ..... al ..... In tempo di guerra? SI ☐ NO ☐

**H2. In quale arma?** ..... **Dove?** ..... **Incarico?** .....  
Durante il servizio militare ha svolto una delle seguenti mansioni?

**H3. Durante il servizio ha mai lavorato alla riparazione di mezzi meccanici?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, dove? .....

Con quali mansioni? ..... dal ..... al .....

**H4. Ha mai guidato carri armati o mezzi blindati?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, quali? .....

**H5. Ha mai fatto parte di squadre antincendio?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, ha utilizzato materiali in amianto? .....

**H6. Era addetto a depositi di polvere da sparo o a depositi di munizioni? ?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, specificare tipo di edificio ed  
attività svolta: .....

**H7. Se ha fatto il militare in Marina, era Imbarcato?** SI ☐ NO ☐ NON SO ☐ Se si, tipo di unità navale: .....

Anno di costruzione ..... Incarico ricoperto: .....

*Nota: se è stato prigioniero e ha svolto attività lavorative, descriverle nella scheda per attività lavorative.*

**CLASSIFICAZIONE DELL'ESPOSIZIONE (secondo Linee Guida ISPEL-ReNaM 2003)**

1. **E. Professionale CERTA:** soggetti che hanno svolto un'attività lavorativa implicante **l'uso/esposizione ad amianto**.

La presenza di amianto deve essere documentata da almeno una delle seguenti condizioni:

- dichiarazione esplicita del soggetto intervistato quando trattasi del caso stesso
- indagini ambientali, relazioni organi di vigilanza, documentazione amministrativa aziendale, dichiarazione dei colleghi/datore di lavoro
- dichiarazione del parente/convivente per periodi di lavoro svolti in comparti in cui vi era certa utilizzazione di amianto

Soggetti portatori di manifestazioni patologiche quali **placche pleuriche** o **BAL positivo**, con definizione del livello di esposizione professionale "probabile" (codice 2) o "possibile" (codice 3).

2. **E. Professionale PROBABILE:** soggetti che hanno lavorato in un'**industria o in un ambiente di lavoro in cui l'amianto veniva sicuramente utilizzato o era presente**, ma per i quali non è possibile documentare l'esposizione.

3. **E. Professionale POSSIBILE:** soggetti che hanno lavorato in un'**industria o in un ambiente di lavoro** appartenente ad un settore economico **in cui generalmente** si è riscontrata presenza/uso di amianto, ma non vi sono notizie sull'utilizzazione o meno di amianto da parte degli stessi.

4. **E. FAMILIARE:** soggetti non esposti professionalmente ed esposti in ambiente domestico perché conviventi con almeno un lavoratore assegnabile alle categorie 1 o 2.

5. **E. AMBIENTALE:** soggetti non esposti professionalmente e che 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.

6. **E. EXTRA LAVORATIVA:** soggetti non esposti professionalmente, ma che sono stati esposti ad amianto durante attività svolte in ambiente domestico (uso di suppellettili in amianto) o nel tempo libero (bricolage, riparazioni idrauliche, di auto, operazioni di muratura, ecc).

7. **E. IMPROBABILE:** soggetti per i quali sono disponibili informazioni di buona qualità sulle loro attività lavorative svolte e sulla loro vita e dalle quali possa escludersi un'esposizione ad amianto superiore ai livelli del cosiddetto "fondo naturale ambientale".

8. **E. IGNOTA:** soggetti per i quali l'incompletezza e l'insufficienza delle informazioni raccolte o il livello delle conoscenze non consentono di assegnare una categoria di esposizione.

9. **E. da Definire:** soggetti per i quali è in corso la raccolta delle informazioni per la valutazione dell'esposizione.

10. **E. NON CLASSIFICABILE:** soggetti per i quali non sono e non saranno più disponibili informazioni (casi chiusi).