



STUDI DAL TERRITORIO

ANAMNESI ALCOLOGICA DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA. UN PROGETTO PILOTA IN PROVINCIA DI TRENTO, NOVEMBRE 2007

Claudio Zorzi¹, Pirous Fateh-Moghadam², Letizia Chesi² e Roberto Pancheri² per il Gruppo di formazione*

¹Servizi di Alcolologia Valle di Fiemme, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

²Servizio di Educazione alla Salute e di Riferimento alle Attività Alcolologiche, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Il Ministero della Salute stima che ogni anno in Italia muoiono circa 40mila persone a causa dell'alcol (1). Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e coloro che sono bevitori *binge* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

Lo studio PASSI condotto nel 2005 (2) ha evidenziato che in Trentino oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche, mentre circa un terzo ha abitudini di consumo che possono essere considerate "a rischio". Questi valori risultano superiori al pool delle ASL partecipanti all'indagine.

Nonostante la rilevanza sociale del problema e la disponibilità di strategie di intervento validate di identificazione rapida delle persone a rischio (3, 4), i medici di medicina generale (MMG) faticano ad assumere un ruolo attivo nella strategia di promozione della salute relativamente all'alcol. Secondo i dati PASSI 2005 solo il 10% degli MMG si informa sul consumo di alcol dei suoi assistiti.

In risposta a tale problema l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento ha realizzato nel 2007 una giornata di aggiornamento (con crediti ECM) sui problemi alcol-correlati rivolta agli MMG e ai pediatri di libera scelta

(PLS). Nell'ambito di tale formazione è stato proposto di partecipare a una sperimentazione con l'obiettivo di sensibilizzare i medici sul consumo di alcol come problema di sanità pubblica e di valutare la fattibilità di un intervento volto a identificare le persone con consumi pericolosi tra i propri assistiti. Obiettivi specifici dell'indagine erano di stimare la prevalenza di consumi a rischio tra gli assistiti dei medici partecipanti e di disaggi alcol-correlati nel contesto familiare degli assistiti, e quindi di avviare una riflessione sulle modalità più appropriate dell'eventuale inserimento di un'anamnesi alcolologica nella prassi quotidiana dei medici.

Nel novembre del 2007 ai medici partecipanti al corso di aggiornamento è stato proposto di somministrare il questionario AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption) nel contesto dell'anamnesi che viene svolta nel corso dell'attività ambulatoriale per un periodo di cinque giorni lavorativi continuativi a ogni quinto paziente/genitore che accede per problemi attivi (esclusi quindi gli accessi per sol e prescrizioni o impegnative).

L'AUDIT-C è composto di tre domande che indagano la frequenza del consumo, la quantità del consumo e la frequenza del *binge drinking*. La categorizzazione avviene a seconda della somma dei punteggi delle singole domande. Nell'ambito delle cure primarie punteggi

superiori a 3 per gli uomini e punteggi superiori a 2 per le donne identificano un comportamento a rischio.

I dati raccolti sono stati informatizzati ed elaborati tramite il software Epi-info versione 3.3.

Dei 19 MMG e PLS partecipanti al corso di formazione, 15 hanno anche aderito alla sperimentazione della somministrazione del questionario. L'AUDIT-C è stato proposto complessivamente a 221 pazienti su un totale di 1.190 visite attuate nella settimana di riferimento. Due questionari avevano dati mancanti e sono stati quindi esclusi dall'analisi della prevalenza del consumo a rischio.

L'età media degli assistiti intervistati era 52 anni (da 16 a 87, valore mediano 53 anni), nel 56% (n. 123) dei casi si trattava di pazienti di sesso femminile. Solo in 4 casi (2%) la visita del paziente era dichiaratamente associata a un problema alcol-correlato, ma nel 29% (n=62) il paziente ha riferito la presenza di situazioni problematiche in relazione al consumo di alcol nell'ambito delle proprie relazioni significative (senza differenze tra bevitori a rischio e bevitori non a rischio).

Il 15% dei pazienti (n. 33) risulta astemio e in 99 casi (il 45%) il punteggio dell'AUDIT-C era tale da classificare il paziente come bevitore a rischio (Tabella). Il consumo di alcol a rischio risulta più frequente tra gli uomini, tra le perso- ▶

(*) Cristina Dal Lago (Rete delle Giudicarie), Letizia Chesi (Centro di Riferimento per le Attività Alcolologiche), Loretta Bortolameotti, Teresita Grottolo (Rete dell'Alto Garda e Ledro), Luca Paradisi (Rete delle Valli di Non e Valle di Sole), Giovanni Widman, Alberto Pasquesi, Claudio Zorzi (Servizi di Alcolologia della Valle di Non, della Valle di Sole e della Valle di Fiemme)

Tabella - Bevitore AUDIT-C positivi, APSS Trento, novembre 2007

| Caratteristiche demografiche | Bevitore a rischio ^a (%) (n. 99) |
|---------------------------------------|---|
| Totale 45,2 (95% IC 38,5-52,1) | |
| Età, anni | |
| 16-34 | 36 |
| 35-49 | 32 |
| 50-69 | 45 |
| 70 e oltre | 73 |
| Sesso ^b | |
| Maschi | 65 |
| Femmine | 35 |
| Istruzione ^c | |
| Bassa | 52 |
| Alta | 38 |

(a) Gli uomini con valori di audit superiori a 3 e le donne con valori superiori a 2

(b) Le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

(c) Istruzione bassa: licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore e laurea; la differenza risulta statisticamente significativa ($p = 0,03$)

ne con basso livello di istruzione (scuola elementare o scuola media inferiore) e aumenta con l'età.

Al fine di escludere un possibile effetto di confondimento tra le diverse variabili è stata condotta un'analisi multivariata tramite una regressione logistica con un modello in cui sono state inserite, oltre al consumo a rischio, le seguenti variabili: classi di età, sesso e istruzione.

Da tale analisi viene confermata solo l'associazione significativa tra il sesso maschile e il consumo a rischio di alcol. Il livello di istruzione e l'età non risultano più associati al fenomeno del consumo a rischio.

Oltre ai dati raccolti sulle abitudini dei pazienti, sono state utili le indicazioni fornite dagli MMG e dai PLS. Dai commenti dei medici risulta, infatti, un giudizio positivo sia sul percorso formativo sia sulla fattibilità dell'uso dell'AUDIT-C.

I dati raccolti confermano che il consumo di alcol rappresenta un importante problema di sanità pubblica in Trentino. Il 45% degli intervistati è risultato avere un consumo di alcol a rischio e circa un terzo dichiara di conoscere persone nell'ambito delle proprie relazioni significative che hanno un problema legato all'uso di alcol.

L'uso del questionario AUDIT-C come strumento di screening per problemi alcol-correlati dei propri pazienti si è rilevato fattibile e ben accetto dagli MMG. Tuttavia, viene sottolineata la necessità di un approfondimento sul tipo di approccio alla persona con consumi a rischio. Inoltre, la mancanza di percezione del rischio da parte dei pazienti (e anche dei medici) rispetto ai livelli di consumo di alcol pericolosi viene individuato come un ostacolo per un intervento efficace di promozione della salute.

In base ai risultati si raccomanda:

- di riproporre il modulo formativo ECM rivolto agli MMG e ai PLS aggiungendone uno adeguato su "intervento breve", "colloquio per il cambiamento comportamentale" e modalità di interazione con la rete territoriale dei Club e dei Gruppi degli Alcolisti Anonimi e con i Servizi di Alcologia;
- di aggiornare il software per la medicina generale al fine di permettere l'inserimento delle risposte all'AUDIT-C;

- di utilizzare il monitoraggio dei consumi di alcol e dei consigli dei medici del sistema PASSI e diffondere periodicamente i risultati ai diversi portatori di interesse. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Country Profiles, Italy. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/italy.pdf
2. Studio PASSI, Risultati dell'indagine in provincia di Trento. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Passi_TN-05.pdf
3. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88:791-804.
4. Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, et al. per il Gruppo di Ricerca Prisma. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 2006;29(1-2):20-5.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i medici (Adriana Acler, Maria Andreatta, Mariacristina Andraus, Renato Anesin, Maria Fabrizia Di Nardo, Pier Giuseppe Faccioli, Ezia Festi, Paolo Garbari, Liliana Kinspergher, Giovanni Maffei, Alessandra Maggioni, Franco Mazzola, Ali Panahi Abbas, Franco Rigetti, Fulvio Spagnoli) per la loro disponibilità a sperimentare e commentare il percorso formativo oltre gli schemi tradizionali della formazione ECM e tutti i pazienti per aver risposto al questionario.

SORVEGLIANZE NAZIONALI

SORVEGLIANZA DELLE ESPOSIZIONI PERICOLOSE: LA CASISTICA DEL CENTRO ANTIVELENI DI NAPOLI NEL 2006

Clara Volpe¹, Laura Settimi², Ciro Russo¹, Pietro Maiozzi², Elisabetta Urbani² ed Ernesto Di Florio¹

¹Centro AntiveleNI di Napoli, Ospedale "A. Cardarelli", Napoli

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

I Centri AntiveleNI (CAV) sono servizi che operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per una corretta diagnosi e terapia delle intossicazioni acute. La casistica esaminata da questi centri risulta di particolare interesse per

l'attività di sorveglianza (1). In particolare, può fornire rilevanti informazioni sulla sicurezza dei prodotti in commercio e sulle principali modalità di esposizione pericolosa sia ad agenti farmaceutici che non farmaceutici (2). I dati dei CAV

sono attualmente proposti anche come base informativa per la tempestiva rilevazione di sindromi tossicologiche da agenti chimici potenzialmente riconducibili a eventi anomali di origine accidentale o dolosa (3). Questo ultimo

aspetto è stato considerato nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2006-08 (4), il quale ha previsto l'avvio di sistemi di sorveglianza "sindromica" da attivarsi prioritariamente nei Centri Antiveleni e nei Pronto Soccorso.

In riferimento a tale problematica, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in accordo con il Ministero della Salute-Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha coordinato nel corso del 2006 un piano di lavoro per l'attivazione di un sistema informativo in grado di acquisire e integrare tra loro le informazioni rilevate dai diversi CAV italiani. Nel corso di questa attività, è stata dedicata una particolare attenzione alla definizione di un set minimo di dati di rilevazione comune in grado di assolvere alle necessità operative dei CAV e a finalità di sorveglianza.

A questo specifico obiettivo hanno collaborato i CAV della regione Lombardia (CAV di Milano, Pavia e Bergamo), attraverso l'attività di sorveglianza svolta durante le Olimpiadi Invernali 2006 (5), e il CAV di Napoli, il quale ha verificato l'accettabilità di una scheda standard per la rilevazione nel corso della consulenza delle seguenti categorie di informazione: caratteristiche della consulenza e del richiedente; caratteristiche generali del paziente; caratteristiche dell'esposizione; manifestazioni cliniche; interventi terapeutici ed esiti. Le indicazioni scaturite dall'insieme delle esperienze effettuate sono state recentemente recepite dall'accordo stipulato tra Stato, Regioni e Province Autonome per la definizione delle regole per il funzionamento dei CAV e per il loro riconoscimento (6).

Il CAV di Napoli, oltre a contribuire alla definizione di strumenti di rilevazione e archiviazione dei dati compatibili con un sistema di sorveglianza nazionale e regionale, ha avviato una collaborazione con l'ISS per una sistematica revisione e analisi dei dati raccolti.

Nel presente contributo vengono descritte le principali caratteristiche dei casi gestiti dal CAV di Napoli tra il 1° marzo e il 31 dicembre 2006.

Nel periodo in esame, il CAV di Napoli ha ricevuto 2.240 richieste di consulenza. Di queste, il 94% ha riguardato nuovi episodi di esposizione umana, l'1% casi di esposizione animale e il 5% informazioni. Per quanto riguarda gli episodi di esposizione umana, il 97%

ha coinvolto un solo soggetto, mentre i casi di esposizione multipla sono stati 25 e hanno comportato l'esposizione di 71 soggetti.

Complessivamente, sono stati esaminati 2.099 casi di esposizione umana. Le richieste di assistenza effettuate per questi pazienti sono provenute principalmente da servizi ospedalieri (63%) e, in particolare, da Pronto Soccorso (53%). Le richieste di origine extraospedaliera hanno costituito il 36% delle chiamate e sono state effettuate soprattutto da privati cittadini (27%). L'87% dei casi è provenuto dalla regione Campania, principalmente dal comune di Napoli (73%). Le altre regioni che hanno più frequentemente consultato il CAV di Napoli sono state Puglia (6%), Sicilia (3%) e Calabria (1%).

L'esposizione è risultata accidentale per il 73% dei casi, volontaria per il 21%, di altro tipo e non nota per il 2% e il 4%, rispettivamente. Gli incidenti si sono verificati per il 77% dei casi in ambito domestico, per il 7% in un luogo pubblico e per il 5% in ambito lavorativo. L'ambito di esposizione è risultato di altro tipo per il 4% dei casi e non noto per il 7%.

Circa il 30% dei soggetti esposti ha presentato un'età inferiore ai 6 anni. Per questa stessa classe di età i soggetti di genere maschile sono risultati più numerosi (57%) rispetto a quelli di genere femminile, mentre per l'insieme della casistica non sono state rilevate differenze di genere. La maggior parte dei casi è risultata esposta a un solo agente (90%) e il rimanente 10% a due o più, per un totale di 2.360 esposizioni riportate.

Circa il 34% dei soggetti è risultato esposto a farmaci e il 64% a non farmaci. Come mostrato in Tabella, gli agenti più frequentemente riportati dall'insieme dei casi sono stati detergenti domestici (21%), seguiti da psicolettici (11%), morsi-punture (11%), antiparassitari (8%), analgesici (5%) e alcoli (5%). Per i soggetti con età inferiore ai 6 anni il quadro di esposizione è risultato, in parte, diverso. Infatti, oltre a essere caratterizzati da una più elevata percentuale di soggetti esposti a detergenti domestici (25%), hanno presentato una elevata frequenza di esposizioni a corpi estranei (12%), cosmetici e prodotti per la cura della persona (8%) e analgesici (6%).

Complessivamente, circa il 40% dei casi ha riportato almeno un segno o sintomo associabile all'esposizione,

mentre per circa il 60% è stato prescritto almeno un trattamento. I segni e sintomi più frequentemente riportati sono risultati di gravità lieve e hanno compreso effetti gastroenterici (28% dei casi), principalmente nausea e vomito, pirosi gastrica e dolori addominali; effetti cutanei (20%), principalmente edema, prurito, iperemia e dolore cutaneo; effetti del sistema nervoso centrale (16%), principalmente sopore e rallentamento; respiratori (10%), principalmente tosse e dispnea. Sono stati presi in esame 21 casi in stato comatoso, di cui 19 esposti in modo volontario e due con modalità di esposizione non nota. È stato rilevato un solo decesso la cui esposizione è risultata volontaria.

Nel commentare le osservazioni riportate in questo contributo, risulta opportuno procedere a un confronto con quanto rilevato dal CAV di Milano, per cui è già stata effettuata una prima disamina complessiva dei dati su base annuale, riferita al 2005 (7). In primo luogo, viene evidenziato che i due centri presentano caratteristiche analoghe per quanto riguarda il tipo di utente, principalmente ospedaliero, le modalità di esposizione della casistica trattata, prevalentemente di tipo accidentale, e la percentuale di pazienti con sintomatologia associata all'esposizione, pari a circa il 40%. In ambedue le casistiche, l'ambito di esposizione è risultato prevalentemente di tipo domestico, anche se le esposizioni in luogo pubblico sono risultate più frequenti per il CAV di Napoli (7% vs il 3% rilevato dal CAV di Milano). La distribuzione per classi di età evidenzia una differenza nella percentuale di soggetti con età inferiore ai 6 anni (31% rilevato dal CAV di Napoli vs il 46% rilevato dal CAV di Milano), mentre le categorie di agenti più frequentemente riportate per questo stesso gruppo risultano analoghe. Per quanto riguarda i casi in età adulta (>19 anni), il CAV di Napoli ha rilevato una frequenza marcatamente più elevata di casi con morsi e punture (17% vs il 3% rilevato dal CAV di Milano), mentre la distribuzione per le altre categorie di agenti più frequentemente riportate è risultata confrontabile.

La casistica gestita dal CAV di Napoli proviene principalmente dalla Campania e, in particolare, dallo stesso comune di Napoli. Pertanto, le differenze ►

Tabella - Categorie di agenti più frequentemente rilevate dal CAV di Napoli nel 2006

| Categorie | Esposti | | Fascia d'età | | | | | | | |
|-------------------------------|---------|----------------|--------------|----------------|------|----------------|------|----------------|----------|----------------|
| | n. | % ^a | < 6 | % ^b | 6-19 | % ^b | > 19 | % ^b | non nota | % ^c |
| Detergenti domestici | 450 | 21,4 | 164 | 25,3 | 34 | 18,0 | 218 | 20,2 | 34 | 18,6 |
| Psicolettici | 232 | 11,1 | 10 | 1,5 | 17 | 9,0 | 181 | 16,8 | 24 | 13,1 |
| Morsi-punture | 226 | 10,8 | 5 | 0,8 | 20 | 10,6 | 181 | 16,8 | 20 | 10,9 |
| Antiparassitari | 166 | 7,9 | 32 | 4,9 | 10 | 5,3 | 109 | 10,1 | 15 | 8,2 |
| Analgesici | 113 | 5,4 | 38 | 5,9 | 14 | 7,4 | 55 | 5,1 | 6 | 3,3 |
| Alcoli | 109 | 5,2 | 11 | 1,7 | 9 | 4,8 | 77 | 7,1 | 12 | 6,6 |
| Corpi estranei | 96 | 4,6 | 77 | 11,9 | 12 | 6,3 | 3 | 0,3 | 4 | 2,2 |
| Antidepressivi | 85 | 4,0 | 6 | 0,9 | 5 | 2,6 | 68 | 6,3 | 6 | 3,3 |
| Alimenti | 68 | 3,2 | 5 | 0,8 | 10 | 5,3 | 41 | 3,8 | 12 | 6,6 |
| Cosmetici-cura della persona | 67 | 3,2 | 51 | 7,9 | 2 | 1,1 | 12 | 1,1 | 2 | 1,1 |
| Anticonvulsivanti | 63 | 3,0 | 3 | 0,5 | 3 | 1,6 | 48 | 4,4 | 9 | 4,9 |
| Antimicrobici | 63 | 3,0 | 14 | 2,2 | 10 | 5,3 | 36 | 3,3 | 3 | 1,6 |
| Cardiovascolari | 60 | 2,9 | 24 | 3,7 | 6 | 3,2 | 25 | 2,3 | 5 | 2,7 |
| Ormoni e antagonisti ormonali | 45 | 2,1 | 27 | 4,2 | 6 | 3,2 | 12 | 1,1 | - | - |
| Idrocarburi | 35 | 1,7 | 5 | 0,8 | 9 | 4,8 | 21 | 1,9 | - | - |
| Uso topico | 34 | 1,6 | 11 | 1,7 | 4 | 2,1 | 17 | 1,6 | 2 | 1,1 |
| Sostanze chimiche | 30 | 1,4 | 9 | 1,4 | 4 | 2,1 | 13 | 1,2 | 4 | 2,2 |
| Gastrointestinali | 29 | 1,4 | 16 | 2,5 | 4 | 2,1 | 8 | 0,7 | 1 | 0,5 |
| Antistaminici | 27 | 1,3 | 14 | 2,2 | 7 | 3,7 | 6 | 0,6 | - | - |
| Fumi-gas-vapori | 27 | 1,3 | 2 | 0,3 | - | - | 16 | 1,5 | 9 | 4,9 |
| Funghi | 27 | 1,3 | 1 | 0,2 | 2 | 1,1 | 18 | 1,7 | 6 | 3,3 |
| Altro | 286 | 13,6 | 125 | 19,3 | 28 | 14,8 | 100 | 9,3 | 33 | 18,0 |
| Non noto | 22 | 1,0 | 8 | 1,2 | - | - | 12 | 1,1 | 2 | 1,1 |

(a) Percentuale calcolata sul numero totale di soggetti esposti (n. 2.099)

(b) Percentuale calcolata sul numero totale di soggetti esposti per classe di età (< 6 anni, n. 648; 6-19 anni, n. 189; >19 anni, n. 1.079)

(c) Percentuale calcolata sul numero totale di soggetti con esposizione non nota (n. 183)

osservate potrebbero riflettere alcune peculiarità di questa area. Nondimeno, l'osservazione relativa ai casi con morsi e punture potrebbe derivare dal fatto che questo centro viene selettivamente consultato per tale problematica in considerazione di competenze specifiche.

Attualmente il CAV di Napoli e il CAV di Milano utilizzano un set minimo di dati condiviso che risponde pienamente a quanto richiesto dall'accordo stipulato tra Governo e Regioni per il riconoscimento dei CAV (6). Tale condizione permetterà di procedere ad analisi congiunte, in grado di fornire una più completa caratterizzazione degli incidenti causati da esposizioni pericolose, con particolare riferimento alla regione Campania.

Recentemente, l'ISS ha promosso una serie di attività per la messa a punto di un data base delle esposizioni pericolose cui possano contribuire i diversi CAV attivi in Italia (8). Le collaborazioni in atto con il CAV di Milano e di Napoli permettono di evidenziare la rilevanza di questa iniziativa. ■

Riferimenti bibliografici

1. Wolkin AF, Patel M, Watson W, *et al.* Early detection of illness associated with poisonings of public health significance. *Ann Emerg Med* 2006;47(2):170-6.
2. Lai MW, Klein-Schwartz W, Rodgers GC, *et al.* 2005 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Clin Toxicol* 2006;44:803-932.
3. Watson AW, Litovitz TL, Bedson MG *et al.* The Toxic Exposure Surveillance System (TESS): risk assessment and real-time toxicovigilance across United States poison centers. *Toxicol Appl Pharmacol* 2005;207:S604-10.
4. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=316>
5. Settini L, Davanzo F, Carbone P, *et al.* Surveillance of toxic exposures: the pilot experience of the Poison Control Center of Milan, Pavia, and Bergamo. *Ann Ist Super Sanità* 2007;43(3):287-94.

6. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione di attività e requisiti basilari di funzionamento dei Centri Antiveneni. Rep. Atti n = 56/ CST del 28 febbraio 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=5510&idoc=17682&tipodoc=2> Ultima consultazione 30 giugno 2008
7. Davanzo F, Settini L, Sesana FM, *et al.* Sorveglianza delle esposizioni pericolose: la casistica rilevata dal Centro Antiveneni di Milano nel 2005. *Not Ist Super Sanità-Inserto BEN* 2008;21(4):iii-iv.
8. Settini L, Davanzo F, Marcello I, *et al.* Implementazione di una nuova progettualità per la sorveglianza delle esposizioni pericolose. *Not Ist Super Sanità* 2008;21(4):3-8.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: profea@iss.it