

Istituto superiore di sanita'



**BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/20**

20 MAGGIO 1982

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE PUBBLICA-MINISTERO DELLA SANITA'

EPIDEMIOLOGIA DELLA TOSSICODIPENDENZA IN ITALIA

A partire dagli ultimi mesi del 1979 l'ISS ed il CNR hanno organizzato e condotto, nell'ambito del Progetto Finalizzato CNR/Tecnologie Biomediche un programma di ricerca sulle tossicodipendenze, allo scopo di disporre di dati epidemiologici sulla diffusione del fenomeno droga in Italia. Il programma, denominato TO.DI. (Tossicodipendenza) è stato articolato in due fasi. La prima fase ha riguardato la raccolta, l'analisi e la valutazione dei dati ufficiali disponibili sulla diffusione del fenomeno, in base alle segnalazioni delle Autorità Sanitarie Regionali e della Direzione Centrale Antidroga (DAD) del Ministero dell'Interno per il triennio 1977-79. La seconda fase è rappresentata da un'indagine trasversale sulla diffusione di assuntori di oppiacei in particolari campioni della popolazione generale.

Dati preliminari raccolti dal DAD indicavano nel 1979 una concentrazione del 45% del totale nazionale dei tossicodipendenti in sette grandi agglomerati urbani quali Torino, Milano, Genova, Bologna, Firenze, Roma e Palermo. Sulla base di queste informazioni sono stati campionati i giovani che si sono presentati alla prima visita di leva in queste città, in particolare sono stati presi quelli visitati in un periodo di tempo di trenta giorni (dicembre 1979-febbraio 1980). L'intero studio è stato eseguito in modo da garantire il completo anonimato dei soggetti. Gli assuntori di oppiacei sono

stati rilevati tramite rilevazione di morfina e derivati nelle urine, secondo una metodica RIA utilizzando morfina marcata con ^{125}I e misurando le radiazioni gamma nella frazione legata. I campioni di urina sono stati raccolti durante le analisi routinarie effettuate all'epoca della visita medica militare. Sono stati saggiati in questo modo 16.901 soggetti, di cui il 95.4% diciottenni. Valori inferiori a 10 ng/ml sono stati considerati negativi per morfina. Contemporaneamente al prelievo dei campioni di urina è stato compilato un questionario per raccogliere notizie circa il grado di istruzione e l'occupazione. Lo studio si proponeva di raggiungere i seguenti scopi:

- saggiare obiettivamente la prevalenza degli assuntori di oppiacei in una popolazione selezionata ad alto rischio;
- mettere a punto una metodologia appropriata per saggiare la presenza di morfina e come controllo di qualità, con caratteristiche operative semplici tali da essere applicabili a livello di USL;
- valutare l'accordo dei dati ottenuti con quelli forniti dal DAD e dalle autorità sanitarie;
- aggiornare per il 1980 la stima del numero totale degli assuntori di oppiacei nel Paese, utilizzando il metodo statistico già applicato nella prima fase dello studio (SMAD: Sistema Monitoraggio Abuso Droghe, simile all'indice di prevalenza di eroina del NIDA).

I casi identificati come positivi ammontano a 235 tra i 16.125 soggetti diciottenni (tasso di prevalenza di $1.457,4 \pm 95,1 \times 100.000$) e 23 per i 717 soggetti di età compresa tra i 19 ed i 25 anni (tasso di prevalenza di $3.207,8 \pm 668,9 \times 100.000$): questi risultati indicano un rischio relativo 2,2 volte più alto per quest'ultimo gruppo. In base ai tassi di prevalenza dei diciottenni le sette città studiate possono essere classificate in tre gruppi:

1. Firenze, Milano e Bologna con i più elevati tassi di prevalenza di circa 1.800×100.000 soggetti;
2. Roma, Torino e Genova con un tasso di prevalenza medio tra 1.100 e 1.200×100.000 soggetti;
3. Palermo con il tasso di prevalenza più basso di 850×100.000 soggetti.

Il paragone tra i tassi osservati ed i dati forniti dal DAD conferma il risultato precedente di un "livello soglia di prevalenza" sotto il quale il fenomeno droga non è percepito dalle Autorità Pubbliche e sopra il quale c'è invece una buona correlazione tra i due tipi di dati. La soglia è all'incirca tra 240 e 1.000 soggetti $\times 100.000$ (il valore minimo è stato calcolato in base ai dati riportati per entrambi i sessi e per classe di età 14-40

anni; il valore massimo è stimato per una popolazione di soli maschi di 18 anni di età).

Sulla base del questionario i soggetti esaminati possono essere classificati in 5 gruppi (studenti, impiegati con istruzione di scuola media inferiore, impiegati con istruzione di scuola media superiore, disoccupati con istruzione di scuola media inferiore e disoccupati con istruzione di scuola media superiore). Il livello di rischio associato con i differenti gruppi varia ampiamente tra le città. Così a Milano il rischio maggiore è tra i disoccupati, a Bologna tra gli studenti, e a Roma e a Palermo tra coloro che hanno un lavoro. Per contro quando l'analisi è stata effettuata secondo i gruppi riportati sopra, si trova che Milano, Bologna e Firenze presentano il rischio relativo maggiore per gli studenti, Milano e Genova per i soggetti impiegati con istruzione di scuola media inferiore, e Milano e Firenze per i soggetti disoccupati con istruzione di scuola media superiore. E' da tener presente che le piccole dimensioni della popolazione campionata limitano la significatività dei dati riportati e la possibilità di effettuare ulteriori analisi statistiche.

Le stime sull'entità del numero di consumatori di sostanze stupefacenti e psicotrope sono state calcolate utilizzando tre tipi di dati: le segnalazioni, i decessi, i dati campionari del progetto TO,DI.

a) Popolazione di assuntori di oppiacei percepita dalle istituzioni: utilizzando i dati regionali del 1980 come indicatori della distribuzione regionale e correggendoli per il rapporto medio tra segnalazioni sanitarie e legali dalle regioni dove entrambe erano disponibili (la legge italiana sulle tossicodipendenze obbliga le autorità di polizia a riferire a quelle sanitarie riguardo i casi rilevati, ma l'obbligo non è reciproco), è stato rilevato un totale di 15.000 assuntori di oppiacei, con un incremento del 36% rispetto al totale riportato nel 1979.

b) Popolazione di assuntori di oppiacei calcolata dal numero totale di morti e da un determinato tasso di mortalità: dal numero totale di decessi registrati nel 1980 (205 soggetti), assumendo un tasso di mortalità di 9,5% per anno (intermedio tra il 5% raccomandato dal NIDA per gli USA e il 14,5% riportato per la Gran Bretagna), si calcola un totale di circa 21.000 assuntori di oppiacei che include i 15.000 rilevati dalle istituzioni come già detta nel punto a). Un valore molto simile di 23.000 si ottiene se si scelgono solo due regioni (Sicilia e Lombardia) come punti di riferimento, cioè come le regioni più attendibili per le segnalazioni di morte e per l'indice di prevalenza regionale per la stima della popolazione generale.

c) Popolazione di assuntori di oppiacei non rilevati dalle istituzioni ma evidenziati dal progetto TO.DI.: questo valore è calcolato dal tasso di prevalenza soglia per la rilevazione, che risulta dal paragone tra i tests delle urine e i dati riportati dalle istituzioni, corretti per la popolazione nella classe di età 14-40 anni: in tal modo si ottiene un totale di 53.000 soggetti che rappresentano la parte sommersa della popolazione degli assuntori di oppiacei; il valore comprende i tossicodipendenti non rilevati e i drogati occasionali o allo stato iniziale.

Popolazione totale degli assuntori di oppiacei: la stima totale è stata ottenuta sommando le stime dei paragrafi a) e c) per un totale di 68.000 individui, che non è lontano dal valore stimato di 72.000 ottenuto utilizzando i valori di prevalenza TO.DI. corretti per la popolazione totale (14-40 anni di età) come punti di riferimento per le regioni in cui si trovano le città campionate (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia) combinate con gli indici SMAD di prevalenza regionale relativa.

Riassunto da: Progetto Todi - Rapporto al Ministero della Sanità
CNR - Reparto Biostatistica ed Epidemiologia
ISS - Laboratorio Clinica del Farmaco

SUMMARY

Ria assays for morphine metabolites in urine have been performed in 16,901 young male subjects, 95.5% of whom were 18 years old, on samples collected for ordinary analysis at the time of the first medical screening for Army draft. At the same time a questionnaire was administered to obtain some reference data such as level of education and occupation. Sampling was performed in 7 large urban centre (4 in Northern Italy, 2 in the Centre and 1 in the South of Italy). Estimates of the total opiate user in Italy gave a value of 68,000 subjects, in 14-40 years age population. A previous finding of a "threshold prevalence level" below which the drug abuse problem is not perceived by Public Authorities, has been confirmed.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 11/5/82 AL 17/5/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.B.C. POLMONARI	T.B.C. EXTRAPOLM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOFFELISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO																					
BASILICATA																					
CALABRIA				7	1	4	4	3		1		4			2						
CAMPANIA	74	8	1	83	12	110	5	5	1	1		25			9						
EMILIA ROMAGNA																					
FRIULI																					
LAZIO	62	6	2	154	11	246	34	42	26	7	3	242	2								
LIGURIA	12		1	7	3	77	9	2	18	2	1	69			10				1	2	
LOMBARDIA	77	4	3	34	36	346	41	246	182	13	3	480	3		5						
MARCHE	2	1		18	5	24	4	8	5			26									1
MOLISE	7	3		2	2	37		2	1	1		9			2						
PIEMONTE																					
PUGLIA	71	50	1	34	5	167	36	11	1	9		143			17						
SARDEGNA	23	5		13	4	57	22	35	3	6		27			2						3
SICILIA	32	5	4	10	5	116	10	9	2	2	4	49	13		23						5
TOSCANA																					
UMBRIA	8			17	4	126	6	11	5			68	1		1				1		
VAL D'AOSTA												1									
TRENTINO	66			88	25	124	36	76	32	16		1287	2		1						1
BOLZANO	6		1	11	2	14	5	58	12	2		34	1								
TRENTO	3	2		15	2	24	1	7	12			19									
TOTALE	443	84	13	493	117	472	213	515	300	60	12	1483	22		73			2	14		1

NOTE: I dati si riferiscono alle notifiche dei casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Calabria: dati relativi alla provincia di R. Calabria; Lazio: 50/59 USL;

Liguria: 15/20 USL; Friuli: dati non pervenuti; Sardegna: 16/22 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

DALL'ESTERO

Nuove Raccomandazioni per lo screening neonatale per la fenilchetonuria (PKU) e l'ipotiroidismo congenito (CH).

Queste raccomandazioni sono state elaborate dalla Commissione per la Genetica della Accademia Americana di Pediatria e pubblicate su *Pediatrics* 1982, 69:104.

Le precedenti raccomandazioni sugli screening neonatali per PKU e CH sono riportate in bibliografia (1). La Commissione crede che lo screening non sia equivalente ad una diagnosi; alcuni casi di PKU e CH verranno inevitabilmente "persi" dallo screening. Mentre un rilevante motivo per tale "perdita" di casi può essere la variabilità biologica delle alterazioni studiate, nessun caso dovrebbe sfuggire a causa di difetti del programma e delle sue componenti. Quindi abbiamo esaminato i problemi connessi allo screening iniziale e a quello eseguito di nuovo ad età più avanzate in relazione alle precedenti raccomandazioni e ad una precoce dimissione dal nido.

Vengono sottolineati particolarmente 4 punti:

- 1) organizzazione dei programmi di screening neonatale per PKU e CH;
- 2) idoneità del campione di sangue, sua influenza sulla proporzione di risultati falsi negativi e necessità di un secondo screening di routine;
- 3) esecuzione del metodo di screening e sua influenza sui risultati falsi negativi;
- 4) anomalie nell'omeostasi della tetraidrobiopterina e loro importanza per la diagnosi e il trattamento di bambini con test per PKU positivo.

Raccomandazioni.

1. Un programma di screening adeguato per la iperfenilalaninemia persistente (PHP), comprendente PKU, e per la CH (nelle sue varie forme) dovrebbe assicurare: a) una totale partecipazione da parte della popolazione prescelta; b) notifica ai genitori circa l'effettuazione dello screening neonatale e loro partecipazione in questa attività; c) riproducibilità e pronta esecuzione del test di screening; d) immediato follow-up dei pazienti con test positivo; e) diagnosi accurata dei soggetti con test confermato positivo; f) appropriati suggerimenti e trattamento dei pazienti.
- 2) Un campione del sangue dovrebbe essere ottenuto da ogni bambino, prima di lasciare il nido, indipendentemente dall'età. Fratelli di bambini

con PKU/PHP e CH meritano una particolare priorità per la raccolta del campione di sangue. Un campione idoneo è definito come tale: a) per PKU/PHP è il sangue preso dal tallone ottenuto prima del momento di dimissione dal nido per un bambino nato a termine (il sangue del cordone ombelicale non è sufficiente); b) per CH, è il sangue del cordone ombelicale o dal tallone al momento della dissione; c) in un bambino prematuro, per ogni bambino nutrito per via parenterale, o per ogni neonato sotto trattamento per malattia, è un campione ottenuto a circa 7 giorni di età.

3. I bambini sottoposti a screening entro le 24 h di età dovrebbero essere nuovamente saggianti per PKU/PHP perché durante il test di screening iniziale la probabilità di farsi sfuggire qualche caso è molto alta. Il secondo test di screening dovrebbe essere ripetuto prima della 3ª settimana di vita.

4. Un'analisi accurata richiede una standardizzazione meticolosa del metodo di screening. L'accuratezza viene migliorata quando è ben definito il livello di soglia sopra il quale il risultato viene classificato come anormale e la specificità del test è monitorata regolarmente; fare questo richiede una quantità notevole di campioni per unità di tempo. L'analisi dei dati dovrebbe essere centralizzata per migliorare la valutazione dell'efficienza, l'accuratezza, la partecipazione e l'adeguatezza dei campioni.

5. Tutti i pazienti con iperfenilalaninemia dovrebbero essere sottoposti ad indagini per evidenziare le forme di PKU tetraidrobiopterina-deficienti.

6. Un follow-up sistematico dei bambini positivi al test di screening per CH è necessario per valutare l'efficacia della prevenzione dell'ipotiroidismo congenito.

Riportato su: MMWR 1982, 31:185.
'del

Bibliografia

- 1) American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics: Screening for congenital metabolic disorders in the newborn infant: congenital deficiency of thyroid hormone and hyperphenylalaninemia. Pediatrics 1977, 60:389.

stampe

INDICE

Epidemiologia della tossicodipendenza in Italy	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche - settimana II-17/5/82	<u>pag.5</u>
Dall'estero	<u>pag.6</u>

INDEX

Epidemiology of drug abuse in Italy	<u>pag.1</u>
Table of notifications - week II-17/5/82	<u>pag.5</u>
From abroad	<u>pag.6</u>

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Lab. Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri), Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA; telefono: 06/4950314 - 4954617 - 4950607, ed è riprodotto in proprio presso il Servizio Documentazione, dell'Istituto Superiore di Sanità.

Notizie ed informazioni da riportare sul BEN vanno segnalate alla Dr.ssa S. Salmasso, Reparto Malattie Trasmissibili, I.C.B., I.S.S.

Gli articoli e le notizie riportate sul BEN possono essere citate previo consenso dell'Editore, contattabile ai numeri telefonici diretti su riportati. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo.