

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' IN COLLABORAZIONE CON IL MINISTERO DELLA SANITA'

SPED. ABB. POST GRUPPO I BIS 70%

LA MORTALITA' FRA GLI UTENTI DI UN SAT
(SERVIZIO ASSISTENZA TOSSICODIPENDENTI) DEL COMUNE DI ROMA

Sono state esaminate tutte le cartelle cliniche (798) compilate presso il SAT della USL RM/7 nel periodo marzo 1981-marzo 1982.

La popolazione studiata è stata così definita:

utenti del SAT della USL RM/7 che

- fossero risultati positivi alla ricerca dei metaboliti urinari degli oppiacei;
- avessero effettuato almeno 1 ciclo di terapia con metadone durato almeno 1 mese.

Tali criteri di ammissione nella coorte (che tendevano ad escludere i consumatori di sole droghe leggere, gli alcoolisti e coloro che non presentavano una vera e propria dipendenza da eroina) hanno portato a considerare solo 486 cartelle. La composizione per sesso e classi di età dell'utenza è data in tab. 1; non sembra evidenziabile una differenza di struttura per età nei due sessi (test di Kolmogorov-Smirnov, $p > 0.20$).

Tabella 1.

	Classi di età						
	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	>60
Maschi	44	288	138	20	4	2	2
Femmine	7	22	10	9	-	-	-

Sono stati persi al follow-up 73 soggetti (circa 15%) dei quali quindi non è stato possibile accertare lo stato vitale. Sono stati accertati 7 decessi (5 maschi e 2 femmine) che vengono riportati in tab.2 insieme alle rispettive cause di morte.

Tabella 2.

Utente	Data del decesso	età	causa di morte
A	maggio 1981	23	incidente stradale
B	agosto 1981	23	suicidio
C	settembre 1981	27	suicidio
D	dicembre 1981	20	polmonite
E	gennaio 1982	27	K portio utero
F	febbraio 1982	18	over-dose
G	febbraio 1982	22	incidente stradale

Assumendo, in modo conservativo, che nessuno fra i persi allo studio sia deceduto in quel periodo, sono state costituite le tabelle 3 e 4 riguardanti la mortalità nei due sessi. (I morti attesi sono stati calcolati sulla base dei tassi nazionali del 1978 specifici per sesso e classe di età).

Tabella 3 - Mortalità per tutte le cause nei maschi -

Classi d'età	num. utenti SAT	decessi attesi	oss.	SMR*	interv. conf. 95%	p ^o
15-19	44	0.0396	1	12.76	4.1-29.8	5×10^{-5}
20-24	228	0.2280	3			
25-29	138	0.1242	1			
30-34	20	0.0022				
40-44	4	0.0112				
50-54	2	0.0178				
60-64	2	0.0440				
Totale	438	0.4670	5	10.71	3.5-25.0	1×10^{-4}

* Rapporto standardizzato di mortalità = morti osservate/morti attese.

° Probabilità di ottenere il valore osservato, dato il valore atteso, secondo una distribuzione di Poisson.

Tabella 4 - Mortalità per tutte le cause nelle femmine -

Classi d'età	num. utenti SAT	decessi attesi oss.	SMR	interv. conf. 95%	p
15-19	7	0.0021	134.23	15.1-484.6	1×10^{-4}
20-24	22	0.0088 1			
25-29	10	0.0040 1			
30-34	8	0.0048			
35-39	1	0.0009			
Totale	48	0.0206 2	97.09	10.9-350.5	2×10^{-4}

Considerando globalmente i dati si ha:

SMR (M+F, tot) = 14.36 (5.7-29.6); $p \approx 0$

SMR (M+F, 15-29) = 17.21 (6.9-35.5); $p \approx 0$

Assumendo che questa popolazione di utenti del SAT sia rappresentativa della "popolazione dei tossicodipendenti", a partire da questi dati di incidenza possono essere fatte due interessanti considerazioni:

- un ragazzo fra i 15 e i 19 anni che abbia instaurato una tossicodipendenza da oppiacei ha, rispetto ad un suo coetaneo non tossicodipendente, un rischio di morte che è 17 volte superiore;
- come si può notare dalla tabella 2, solo 1 dei 7 deceduti presenta, nella certificazione di morte, una diagnosi rivelatrice del suo stato di tossicodipendente. Anche per questo i dati ufficiali di mortalità, che parlano di 208 morti nel 1980, sottostimano abbondantemente l'entità del fenomeno ed andrebbero letti con molto spirito critico.

Riportato da: A. Fiume, USL RM/7

S. Belli, Lab. Igiene degli Ambienti Confinati, ISS - Roma -

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 14/6/83 AL 20/6/83

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATTINA	T. B. C. POLMONARE	T. B. C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA	3				11	5			3			14										1
CALABRIA	8	1	1	25		1	4			1					6							
CAMPANIA	82	10	1	9	4	15	27	34		1		26			12							
EMILIA R.																						
FRIULI	8			307	3	23	13	59	16	7		82										
LAZIO	47		2	49	4	55	43	34	12	7	5	34	15		9			2		9		
LIGURIA	15			4		5	8	12	16	3		16			1							
LOMBARDIA																						
MARCHE	5		1	27		13	3	19				33									1	
MOLISE	1	1		1			2	13				7			2							
PIEMONTE																						
PUGLIA	170	15		64	2	45	52	40	2	9		88			9		1					
SARDEGNA	9	8		27	2	60	37	8	6	2		61			1							
SICILIA	45	17		14	3	27	16	6	3			19			13						2	
TOSCANA	29		2	48	12	142	42	64	10	2		108			5			1		1		
UMBRIA	4			97	6	50	33	32	1			30			2						1	
VAL D'AOSTA	3		1	1	2	1	1			1		3			1						2	
VENETO	39		1	246	19	30	50	91	33	11	2	153	1		1			1		2		
BOLZANO	3	1		41	1		2	3	6			5	2								1	
TRENTO				11		5	1	7	1			2										

NOTE: Calabria: manca la provincia di R. Calabria; Friuli: 9/12 USL; Lazio: 43/59 USL; Liguria: 15/20 USL; Marche: 7/24 USL; Puglia: 54/55 USL; Sardegna: 19/22 USL; Toscana: 29/40 USL; Umbria: 9/12 USL; Veneto: 34/35 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.

Il SIRMI è parzialmente finanziato da CNR/Progetto finalizzato informatica.

INFEZIONE DA VIRUS DELLA LEUCEMIA A CELLULE-T IN PAZIENTI
CON SINDROME DI IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA:
OSSERVAZIONI PRELIMINARI

Recenti osservazioni indicherebbero che l'infezione da virus della leucemia a cellule-T (Human T-cell Leukemia Virus - HTLV) avviene in pazienti con sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). HTLV sono stati isolati dai linfociti-T del sangue periferico di alcuni pazienti con AIDS, e un retrovirus, imparentato ma chiaramente distinto da HTLV, è stato isolato da cellule di un linfonodo di un paziente con sindrome linfoadenopatica (LAS), una sindrome che potrebbe precedere la stessa AIDS. Mediante ibridazione dell'acido nucleico sono state, inoltre, rilevate sequenze di acido nucleico di HTLV nei linfociti di due (6%) dei 33 pazienti affetti da AIDS. Infine, sono stati messi in evidenza, con una tecnica di immunofluorescenza indiretta, anticorpi per antigeni espressi sulla superficie cellulare di linfociti infettati da HTLV nei sieri provenienti da 19 (25%) di 75 pazienti con AIDS, inclusi pazienti con solo sarcoma di Kaposi (10/34), sola polmonite da Pneumocystis carinii (7/30), o pazienti con entrambe le malattie (2/11). Anticorpi simili sono stati determinati in 6 (26%) di 23 pazienti con LAS. Tali anticorpi sono stati riscontrati raramente nel siero di omosessuali maschi, utilizzati a New York City come controlli di uno studio caso-controllo nell'autunno 1981 (1/81); nei sieri prelevati nel 1978 a Chicago in omosessuali maschi, in occasione di visite mediche presso una clinica per malattie veneree (0/118); ed in donatori di sangue di uno stato della costa centrale atlantica, nel 1977, non selezionati in rapporto alle abitudini sessuali (1/137).

Nota Editoriale

Gli HTLV sono retrovirus recentemente associati nell'uomo ad alcuni tipi di neoplasie linforeticolari a cellule-T mature. HTLV-1 è stato associato con leucemie acute a cellule-T e un agente virale imparentato, ma chiaramente diverso, HTLV-2 con leucemie a cellule-T di tipo "hairy cell".

I retrovirus sono virus ad acido ribonucleico (RNA) contenenti un'enzima, la transcriptasi inversa, che permette la produzione di una copia di acido desossiribonucleico (DNA) dal suo genoma di RNA. La copia di DNA può quindi essere integrata nel genoma della cellula. Infezioni da retrovirus diversi dall' HTLV sono state associate a varie malattie neoplastiche in animali, tra cui polli, gatti, bovini e gibboni. Il virus dei felini causa anche immunosoppressione.

Gli agenti HTLV sono i soli retrovirus, attualmente conosciuti, associati con la patologia umana. Clinicamente, comunque, le malattie già associate con HTLV in aree endemiche non somigliano all'AIDS. Si ritiene che raramente tali infezioni provochino neoplasie. L'HTLV potrebbe diffondersi da alcune persone infette ai loro "contatti stretti", e al riguardo è stato affermato che potrebbe essere trasmissibile col sangue o coi suoi derivati.

L'HTLV infetta e rende immortali* i linfociti T-helper ed il virus può essere isolato da pazienti infetti mediante co-coltivazione dei loro linfociti con linfociti-T umani non infettati.

Negli studi citati, la bassa frequenza riscontrata nella determinazione delle sequenze di HTLV potrebbe riflettere la deplezione di linfociti-T helper infetti, poiché i pazienti inizialmente positivi per tali sequenze erano negativi alcuni mesi più tardi.

Le cellule infettate con HTLV esprimono specifiche strutture virali e proteine cellulari indotte dal virus. Gli anticorpi reagenti con queste proteine virus-specifiche sono moderatamente prevalenti (12% dei donatori di sangue) in residenti nel Giappone sud-occidentale, un'area con una prevalenza relativamente alta di leucemia a cellule-T mature, e in residenti di alcune isole caraibiche (4% dei donatori di sangue di St. Vincent); raramente sono stati trovati in popolazioni sane americane o dell'Europa occidentale, ma questi gruppi non sono stati studiati estesamente.

Seppure i suddetti risultati sierologici associano l'AIDS con la presenza di anticorpi contro antigeni di superficie specifici dell' HTLV, tuttavia tali anticorpi sono stati identificati solamente in un quarto circa dei pazienti con AIDS (controllati). Questa frequenza relativamente bassa di anticorpi nei pazienti con AIDS potrebbe rappresentare una mancanza di sensibilità del test, criteri troppo restrittivi per i test positivi, infezione di pazienti affetti da AIDS con un agente simile ma non identico a HTLV, risposte policlonali non specifiche di cellule-B, incapacità di molti pazienti con AIDS a produrre una risposta anticorpale verso questi antigeni, raccolta di sieri da pazienti a tempi impropri durante l'evoluzione della malattia, o combinazioni di questi e altri fattori che devono ancora essere identificati. Altrimenti, l' HTLV o un agente HTLV-simile, potrebbe rappresentare semplicemente un ulteriore agente opportunistico in questi pazienti con AIDS che presentano infezioni multiple.

Altri studi sono necessari per determinare se esista una relazione eziologica tra HTLV ed AIDS.

*Si riferisce alla capacità di HTLV di alterare cellule umane normali così che queste si riproducono indefinitamente in un appropriato terreno.

Riportato su: MMWR, 13 maggio 1983, 32:233-4

COMUNICAZIONI

(10)

Sono stati pubblicati gli atti del seminario di studi su "Le mappe dei rischi e gli strumenti informativi in ambiente di lavoro" organizzato dalla Regione Lazio: Assessorato alla Sanità, Osservatorio Epidemiologico, Sistema Informativo Socio-Sanitario, a Roma il 3-4 giugno 1982.

Negli atti sono riportati interventi riguardanti:

- 1) "Linee programmatiche nell'ambito regionale per censimento, mappazione e strumenti informativi relativi ai rischi in ambiente di lavoro" (A. Paoletti, P. Borgia);
- 2) "Esperienze dei servizi del Lazio di mappatura dei rischi in ambiente di lavoro" (S. Rovetta, F. Lipparini, N. Pupp/E. Luciani, F. Cavariani);
- 3) "Gli strumenti informativi in ambiente di lavoro: esperienze e proposte" (M. Conciave, S. Tonelli, G. Costa, L. Arduini, E. Occhipinti, C. A. Perucci).

Copia degli atti è disponibile presso:

Osservatorio Epidemiologico Regionale, Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 - 00145 Roma -

Errata Corrige

Nella tabella delle notifiche delle malattie infettive dal 19/4/83 al 25/4/83 (BEN 83/17-18, 5 maggio 1983: pag.3) i dati della regione Puglia sono così corretti:

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	RUSOLIA	SCARLATTINA	T. B. C. POLMONARE	T. B. C. EXTRAPUL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
PUGLIA	139	15	63	1	41	57	9	3	9	2	7	2	2	1	1						

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL MITTENTE :
REPARTO MALATTIE INFETTIVE-LAB. DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' V. REGINA ELENA 299
00161 ROMA

INDICE

La mortalità fra gli utenti di un SAT
(Servizio Assistenza Tossicodipendenti) del comune di Roma pag.1
Tabella delle notifiche settimana dal 14/6 al 20/6/83 pag.4
Dall'estero. Infezione da virus della leucemia a cellule-T
in pazienti con sindrome di immunodeficienza acquisita:
osservazioni preliminari pag.5
Comunicazioni pag.7
Errata corrige: SIRMI. pag.7

INDEX

Mortality rate among drug addicts attending a drug
addiction clinic of the City of Rome pag.1
Table of notifications-week from 14/6 to 20/6/83 pag.4
From abroad. Human T-Cell Leukemia virus infection in
patients with acquired immune deficiency syndrome:
preliminary observations pag.5
Advice pag.7
Errata corrige: SIRMI pag.7

DIRETTORE RESPONSABILE : PROF. FRANCESCO POCCHIARI
REG. TRIB. ROMA 154/83 DEL 22/4/83

IL BEN E' COMPILATO DAL REPARTO MALATTIE INFETTIVE, LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
(DIRETTORE: A. ZANPIERI), I.S.S.; TEL.: 06/4950314-4954617-4950607, ED E' RIPRODOTTO IN PROPRIO
PRESSO IL SETTORE EDITORIALE DELL'ISS. NOTIZIE ED INFORMAZIONI DA RIPORTARE SUL BEN VANNO SEGNA-
LE ALLA DR. S. SALMASO, REPARTO MALATTIE INFETTIVE, L.E.B., ISS.
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 PUO' FARNE RICHIESTA ALL'INDIRIZZO SU RIPORTATO.