CAPITOLO 11

AIDS E TOSSICODIPENDENZA

AIDS E TOSSICODIPENDENZA

Rossella Snenghi
Centre of Behavioural and Forensic Toxicology
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Università degli Studi di Padova

La tossicodipendenza rappresenta nei Paesi Industrializzati il secondo fattore di rischio dopo i comportamenti sessuali promiscui. La trasmissione avviene per condivisione di aghi e siringhe contaminati da residui ematici o per rapporti sessuali. Il fenomeno è correlato a diversi fattori: tipologia della sostanza assunta e quindi correlati effetti psicomportamentali, personalità e contesto sociale d'appartenenza del consumatore, circostanze del consumo[1].
Studi svedesi dimostrano che la sieroprevalenza per HIV è maggiore negli assuntori di oppiacei rispetto ai consumatori di amfetamine per via endovenosa (50% vs 5%). L'induzione del rischio su maschi assuntori di amfetamine per via endovenosa sarebbe correlato al potenziamento dell'attività sessuale e ad una maggiore frequenza di rapporti sessuali con partner diversi[2].
Studi statunitensi dimostrano che l'intossicazione da cocaina per via endovenosa comporta un alto rischio di contrazione dell'infezione, ascrivibile allo stato di euforia esotossica che spinge l'individuo all'immediata reiterazione del consumo. Tale atteggiamento compulsivo condurrebbe il consumatore al compimento di *operazioni rischiose*, quali appunto lo scambio diretto di siringhe o l'utilizzo dopo un lavaggio superficiale. Negli adolescenti con disadattamento sociale, assuntori di cocaina per non endovenosa, l'uso dello stupefacente si correla ad atteggiamenti sessuali promiscui, quali frequente cambio di partner sessuale ed orientamenti omo- o eterosessuali[3].
Alle volte l'infezione, trasmessa per via sessuale, si verifica nell'ambito della prostituzione, sia omo- che eterosessuale. Più frequentemente il contagio si realizza all'interno di coppie regolari, costituite solitamente da maschi tossicodipendenti e

[1] Des Jarlais D.C., Friedman S.R., Woods J., Milliken J, HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and emerging pubblic health perspective. In: Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B., Substance Abuse. A comprehensive textbook, Williams and Wilkins Editors,1995, p. 722.
[2] Kall K.I., Effects of amphetamine on sexual behavior of male i.v. drug users in Stockholm--a pilot study, AIDS Education & Prevention 4, 6, 1992.
[3] Kang S.Y., Magura S., Shapiro J.L., Correlates of cocaine/crack use among inner-city incarcerated adolescents, American Journal of Drug and Alcohol Abuse 20, 413, 1994.

da partner non consumatrici. Fattori determinanti al contagio sono la reticenza del soggetto sulla situazione di tossicodipendenza/sieropositività per la paura di giudizi morali, o viceversa, la decisione di coppia di non utilizzare misure di protezione quale il preservativo per motivazioni complesse ed eterogenee di carattere emotivo, psicopatologico o economico). Questi aspetti comportamentali dimostrati da studi nordamericani ed anglosassoni[4,5,6], sono stati confermati anche da indagini italiane[7,8]. Il comportamento sessuale rischioso è seguito anche dalle coppie di sieropositivi che seppur informati trascurano i rischi di peggioramento dello stato infettivo che si correlano alla *reinfezione HIV*.

L'infezione nella donna, tossicodipendente o partner di tossicodipendente, costituisce a sua volta in caso di procreazione una probabile fonte di contagio fetale o perinatale.

In Italia i dati sulle attività dei SERT, relativamente alla diffusione del virus HIV tra i soggetti trattati, dimostrano complessivamente la decrescita dei casi di sieropositività (periodo 1991-1996)[9]. La proporzione dei soggetti infetti è comunque più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile e più elevata nei vecchi utenti di sesso femminile. La minore prevalenza dell'infezione tra i nuovi utenti si può spiegare con la minore età di questi soggetti rispetto a quelli in carico, e quindi desumibilmente con una storia di droga più breve e di minore esposizione al rischio di infezione. D'altronde posto che l'età media dei nuovi utenti sta aumentando, mentre si riduce nel tempo la prevalenza dell'infezione, si potrebbe ammettere che i vari interventi di informazione-educazione sulle modalità di contagio abbiano modificato i comportamenti dei nuovi adepti al consumo di stupefacenti (Ministero della Sanità, 1997).

La condizione di soggetto affetto da infezione HIV, o malattia di AIDS, correlata direttamente o indirettamente alla tossicodipendenza, pone complesse problematiche di interesse medico-legale che attengono a fondamentali doveri del medico;

---

[4] Des Jarlais D.C., Hagan H., Friedman S.R., Friedmann P., Goldberg D., Frischer M., Green S., Tunving K., Ljungberg B., Wodak A., Maintaining low HIV prevalence among in populations of injecting drug users, Journal of the American Medical Association, 274, 1226, 1995.

[5] Wong K. Lee S., Maintaining low HIV prevalence among in populations of injecting drug users, Journal of the American Medical Association, 275, 596, 1996.

[6] White D., Phillips K., Melleady G., Cupitt C., Sexual issues and condom use among injecting drug users, AIDS Care, 5, 427, 1993

[7] Nisda, Modificazioni del comportamento a rischio e possibile ripresa dell'incidenza dell'infezione HIV nei tossicodipendenti, Istituto Superiore di Sanità, Consensus Conference, Incidenza e prevalenza delle infezioni da HIV in Italia e previsioni a breve e medio termine, Roma 23-24 giugno 1994, pp. 23-26.

[8] Gonevi M., Pergami A., Filetti M., Germani M.R., Durbano F., Fea M., Disagio psichico e comportamenti a rischuio per l'infezione da HIV in un gruppo di soggetti tossicodipendenti in carico al SERT, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo (3), 21, 1997.

[9] Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da farmaci e sostanze d'abuso e AIDS, Relazione sulle attività dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenze nell'anno 1996, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 3, 39, 1997.

tali aspetti riguardano il dovere di informare, di curare, di mantenere il segreto, di informare l'Autorità giudiziaria nel caso di comportamenti illeciti del soggetto tossicodipendente affetto da HIV che diano luogo a reati perseguibili d'ufficio.
Corrette indicazioni comportamentali derivano dai riferimenti normativi e deontologici, e dalla copiosa elaborazione dottrinale medico-legale intervenuta in materia.
Il *dovere di informare* si correla strettamente alla tematica del *consenso*, la cui validità è presupposto fondamentale per la legittima effettuazione di qualsiasi attomedico. Peraltro sia la tossicodipendenza (in fase di intossicazione attiva o in fase astinenziale) che le complicazioni morbose psichiatriche e neurologiche che si correlano allo stadio avanzato della malattia possono inficiare la capacità di produrre un consenso valido. In caso incapacità del paziente, il medico dovrà assumersi la piena gestione delle scelte diagnostiche e terapeutiche nell'interesse prioritario della tutela della salute del paziente.
La legislazione speciale intervenuta in materia di AIDS (Legge 5/6/1990, n. 135, Programma e interventi urgenti per la lotta e la prevenzione dell'AIDS) stabilisce l'obbligo del medico di munirsi del preliminare consenso della persona assistita nel caso di accertamenti effettuati a fine diagnostico di infezione HIV (art. 5, terzo comma). Le legge prevede che gli accertamenti siano motivati da necessità cliniche; tale locuzione è secondo alcuni autori di significato ambiguo[10], potendosi ipotizzare legittima solo la proposta clinica che si realizza in condizioni di malattia o di pre-malattia (LAS). In realtà tale necessità clinica si può configurare anche nella piena *asintomaticità*; la finalità positiva si identifica nella necessità di formulare una diagnosi precoce, utile ad educare il paziente a revisioni comportamentali che possono prevenire la reinfezione e le correlate conseguenze negative.
Il luogo elettivo di effettuazione del test anti-HIV è per gli utenti consumatori di stupefacenti solitamente rappresentato dai SERT, che secondo quanto previsto dagli artt. 120-121 e 122 del DPR 309/90 (Testo Unico delle leggi in materia degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), devono fra i vari compiti istituzionali, svolgere diagnosi delle patologie in atto con particolare riguardo all'individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza. L'art. 120 prevede che la richiesta generica di assistenza possa essere espressa anche dal minore o da soggetto incapace di intendere e volere. La richiesta può essere espressa anche dai genitori del minore (consensualmente) e dal giudice tutelare nell'ipotesi del soggetto incapace, nonché di dissenso sul programma terapeutico tra i genitori del minore. Si ritiene che l'intervento di tali persone non possa essere in alcun modo evitato in caso di effet-

[10] Garavaglia A., Test anti-HIV: volontario o coercitivo ? Alcuni spunti di riflessione alla luce di nozioni medico-legali e giuridiche, Archivio di Medicina legale e delle Assicurazioni, 12, 513, 1990.

tuazione di test anti-HIV[11], in previsione della comunicazione di un eventuale risultato positivo che comporterebbe uno "stress neuropsichico", troppo impegnativo per un minore.

L'esecuzione degli accertamenti diagnostici in tema di HIV/AIDS impone il *dovere del segreto*[12,13], imperativo generale per i medici già previsto da dettati normativi penali e deontologici, e qui duplicemente richiamato dal legislatore sia nel Testo Unico DPR 309/90 e nella Legge 135/90 con la previsione di procedure volte a tutelare la riservatezza della persona assistita.

Lo scopo evidente è quello di garantire la privacy dell'interessato e di contenere quel disagio psicologico che l'interessato prova ogni volta che è consapevole della conoscenza da parte di terzi della personale situazione di infezione HIV- tossicodipendenza. Quindi anche se il medico che trasmette il segreto ad altre persone (o ad enti vincolati egualmente al segreto) per motivi di professione o d'ufficio non commette alcun reato (trasmissione e non di rivelazione di segreto), vige in queste particolari situazioni per il medico il dovere di rispettare la riservatezza. A tale scopo le normative prevedono quanto segue:

- il diritto all'anonimato comunque, su richiesta, per il consumatore di sostanze stupefacenti e psicotrope nei suoi rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle unità sanitarie locali, nonché con i medici e tutto il personale addetto o dipendente (art. 120 DPR 309/90); in tale ambito si rileva che è stata abrogata dal referendum ratificato dal DPR 171/1993 la disposizione che prevedeva la segnalazione obbligatoria al SERT da parte del medico che visita od assiste un consumatore di sostanze stupefacenti e che doveva avvenire mediante l'utilizzo di scheda sanitaria con l'eventuale previsione dell'anonimato (artt. 120);
- l'adozione da parte degli operatori sanitari di tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita affetta da infezione HIV nell'espletamento delle attività di assistenza (art. 5 Legge 135/90);
- l'obbligo dell'anonimato nella denuncia obbligatoria dei casi AIDS conclamato (e quindi non sieropositività asintomatica, LAS e ARC), prevista dal Decreto del Ministero della Sanità 28/11/1986; la Circolare n. 5/1987 prevede la prassi dell'anonimato nella scheda di denuncia destinata alla Regione; il nominativo del soggetto contenuto nella scheda destinata al Centro Operativo AIDS del Mini-

[11] Aprile A., Raimondo A., L'accertamento dell'infezione HIV nel minorenne: riflessione su di un caso, Consultorio familiare 9 (3), 59, 1995.

[12] Raimondo A., Il segreto: interrogativi suscitati da una questione complessa. In: Raimondo A., Il segreto tra diritto ed interesse della collettività. Il paziente sieropositivo ed AIDS conclamato. Monografia Fondazione Lanza, CIC Edizioni Internazionali, 1997, p. 3.

[13] Benciolini P., Quali norme giuridiche e deontologiche?. In: Raimondo A., Il segreto tra diritto ed interesse della collettività. Il paziente sieropositivo ed AIDS conclamato. Monografia Fondazione Lanza, CIC Edizioni Internazionali, 1997, p. 21.

stero della Sanità è imputata in un archivio mediante codificazione anonima con linkage riservato per l'accesso alle generalità previste; tali procedure aderiscono al richiamo generale della riservatezza e dell'anonimato dell'art. 5 della Legge 135/90;
- l'adozione dell'anonimato per campioni biologici utilizzati per indagini epidemiologiche di sieropositività HIV (art. 5 della Legge 135/90);
- la *comunicazione diretta all'interessato* dei risultati di accertamenti per infezione HIV (art. 5 della Legge 135/90);

Il terzo dovere fondamentale è quello dell'*assistenza*, principio generale ribadito nel Codice Deontologico (art. 12) ed obbligo di servizio in caso di medico operante nelle strutture pubbliche. La legge 135/90 ribadisce l'obbligo a tutti gli operatori sanitari di prestare la necessaria assistenza. A tale scopo la legge prevede l'attuazione di servizi domiciliari di trattamento, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza post-ricovero, mediante l'opera di personale infermieristico, sotto le direttive dei medici di reparto.
Il dovere di assistenza può assumere diverse forme di responsabilità in funzione del ruolo del medico e quindi del rapporto con il paziente. Il libero professionista ha la discrezionalità di accettare o meno la cura di un paziente affetto da AIDS, a meno che non ricorrano le condizioni di urgenza atte a configurare le premesse per il compimento del reato di omissione di soccorso, contemplato sia dal Codice Penale (ove ha valenza di applicabilità per tutti i cittadini), sia nel Codice Deontologico (ove è ovviamente richiamato come dovere professionale). Il medico di fiducia, legato al paziente da un rapporto convenzionale, e così il medico ospedaliero o di strutture pubbliche, ha il dovere di assistere sempre il soggetto affetto da infezione HIV. La ricusazione di assistenza è produttiva del reato di rifiuto di atti d'ufficio oppure nel caso più grave in cui dall'adempimento derivi l'aggravamento o la morte del soggetto, dei reati di lesioni personali e di omicidio a titolo di colpa[14].
Per ultimo resta da considerare il dovere del medico di *segnalare all'autorità giudiziaria* in determinati casi il soggetto tossicodipendente affetto da infezione HIV, autore di reati. Lo stato di intossicazione e gli stati correlati di astinenza od hung-over possono essere causa di diverse forme di criminalità, con prevalenza di reati di traffico di stupefacenti, furti, rapine, guida in stato di intossicazione; non infrequentemente possono conseguire lesioni e morte di terzi.
Il compito del medico, fondamentalmente volto alla assistenza e cura del paziente, deve scontrarsi con il dovere di collaborare con l'autorità giudiziaria, tramite la notificazione alla medesima dei reati perseguibili d'ufficio.

[14] Barni M., Attualità sanitarie e allarmi etico-deontologici in tema di AIDS, Federazione Medica XLIV, 469, 1991.

Tale notificazione è sempre dovuta (denuncia) qualora il medico operi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e quindi rivesta la qualifica di incaricato di pubblico; il libero-professionista, quale lo stesso incaricato di pubblico servizio al di fuori dell'orario di servizio, si esime dall'inoltrare il *referto* quando la stessa notificazione esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. La norma, applicabile ad ogni esercente una professione sanitaria, ha valore anche per altre figure che operano nei SERT, quale l'assistente sanitario o l'infermiere professionale. Sempre in tema di collaborazione con l'Autorità giudiziaria si colloca la disposizione contenuta nell'art. 120 del Testo Unico DPR 309/90 che consente a tutti i dipendenti del SERT (e quindi non esclusivamente ai medici ed agli esercenti una professione sanitaria) la facoltà di astenersi dal testimoniare su quanto hanno conosciuto in ragione della propria professione. Vige quindi per essi l'obbligo del segreto professionale. Da ricordare è inoltre la disposizione contenuta nell'art. 362 del Codice Penale che prevede la non punibilità per omessa denuncia dei responsabili di comunità terapeutiche nei confronti di tossicodipendenti affidati a loro per lo svolgimento del programma socio-riabilitativo da un servizio pubblico. Tale disposizione vigente pone alcune perplessità sotto il profilo costituzionale in merito alla sperequazione di tutela dei diritti tra utenti diretti della comunità ed utenti affidati dal servizio pubblico.

Tali disposizioni devono essere attentamente osservate qualora il paziente con infezione HIV correlata a tossicodipendenza divenga autore di reati inquadrabili come reati perseguibili d'ufficio. In tale contesto si pone la problematica delle lesioni personali e dell'omicidio, commessi a titolo di colpa o dolo.

La trasmissione di infezione intesa quale contagio può verificarsi per varie vie (sessuale e scambio di siringhe) e dare luogo correlativamente a diverse forme di responsabilità: dolosa (nei casi di utilizzo di siringhe sporche di sangue infetto nel corso di rapine) o colposa, anche se la materia è fonte tutt'oggi di dibattito in ambito giuridico (in caso di trasmissione sessuale a partner inconsapevole per mancato utilizzo di preservativo). Da un punto di vista strettamente giuridico se il partner è capace e consapevole del rischio che corre accettando il rapporto con un soggetto affetto da infezione HIV, si configura l'ipotesi di una autolesione che per definizione non è punibile[15].

Nel caso di contagio doloso, si ravvisa l'obbligatorietà di denuncia per i medici incaricati di pubblico servizio e per i liberi-professionisti; vige per questi ultimi la circostanza esimente quando la conoscenza dei fatti si verifica nel corso di un inter-

[15] Fortuna E., Una strategia giurido-sociale per la lotta all'AIDS, Rivista Italiana di Medicina Legale X, 463, 1988.

vento diagnostico-terapeutico prestato sull'autore del reato con conseguente esposizione del medesimo a procedimento penale.
Il contagio colposo configura l'ipotesi di procedibilità d'ufficio solo nel caso di avvenuta morte della persona colpita dalla trasmissione dell'infezione HIV.
Concludendo, questo breve excursus rileva le peculiari complessità che il fenomeno AIDS acquisisce nella sua associazione con la tossicodipendenza nei diversi aspetti che riguardano la prevenzione e l'assistenza, con le correlate problematiche di responsabilità del medico.
L'efficacia futura degli interventi di prevenzione della diffusione dell'infezione non può essere concentrata prevalentemente su utilissime iniziative come le campagne di informazione, la distribuzione di profilattici o di siringhe sterili, l'HIV-counselling individuale. Per il soggetto tossicodipendente, isolato individualmente o chiuso nella sottocultura della droga, solo il trattamento e la riabilitazione potranno contrastare la diffusione trasversale e verticale dell'infezione, nonché prevenire comportamenti illeciti criminali.
Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla popolazione sempre più crescente degli assuntori di droghe stimolanti (analoghi amfetaminici e derivati della cannabis), posto che gli effetti psicocomportamentali indotti, la giovane età degli assuntori, il bisogno di relazione (ivi compresa la sfera sessuale) e di aggregazione, possono costituire fattori determinanti per lo sviluppo di atteggiamenti sessuali rischiosi. Trattasi di aspetti che devono indurre le istituzioni e gli operatori sanitari ad operare celermente, per sfatare nel vissuto collettivo giovanile l'idea di droghe scarsamente pericolose o addirittura innocue.