SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

N. 369

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, MANCINO, CONDORELLI, VETTORI, D'AMELIO, FONTANA Elio, CUMINETTI, MELOTTO, BOGGIO, BERNARDI, BUSSETI, COVIELLO, DI LEMBO, PINTO e GRASSI BERTAZZI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 AGOSTO 1987

Norme concernenti la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcooldipendenze

ONOREVOLI SENATORI. – La rapida evoluzione che nel corso degli anni il fenomeno dell'alcoolismo ha subìto nel nostro Paese, con la sua incidenza anche nel campo degli infortuni sul lavoro e in materia di sicurezza stradale, fa sentire l'esigenza di affrontare decisamente il problema. Anche in sede internazionale esso è oggetto da tempo di seria considerazione e soprattutto l'Organizzazione mondiale della sanità si è data carico di esaminare compiutamente i vari aspetti.

Queste considerazioni spinsero, sin dalla precedente legislatura, numerosi senatori della Democrazia Cristiana a sottoscrivere un disegno di legge, primo firmatario il senatore Fimognari, che viene ripresentato all'inizio della X legislatura a testimoniare l'urgenza attribuita all'esame dell'argomento da parte dei firmatari.

Non tutti sono sufficientemente informati sull'argomento, anche perchè la nostra cultura è ricca di modi di dire sull'uso delle bevande alcooliche e specialmente del vino; ma tali concetti non sono molto chiari ai più, sicchè vi è ancora una approssimativa se non addirittura errata educazione sanitaria al riguardo.

Quando si dice che il vino fa buon sangue, che riscalda, che fa digerire, che ha insomma valore energetico ed alimentare, si afferma indubbiamente cosa vera, ma occorrono al contempo moderazione e accortezza nell'uso del vino e delle altre bevande alcooliche; occorre cioè saper bere.

Non è affatto necessario, quindi, bandire il vino dalle mense o dai pubblici locali, perchè anzi ad esso vanno riconosciute molte proprietà che agiscono in modo positivo sul nostro organismo; è necesssario invece educare ad un uso corretto e adeguato di tale bevanda per poter prevenire i danni che ogni eccesso produce.

È noto infatti che l'alcool assunto durante i pasti in dosi contenute stimola la secrezione salivare e gastrica facilitando la digestione; che dilatando i vasi sanguigni fa, come suol dirsi, da «spazzino delle arterie», diminuendo le probabilità di infarto o di arteriosclerosi; che l'anemia, il raffreddore, l'insonnia, la convalescenza, la stanchezza traggono benefici effetti da un buon bicchiere, ma regola e condizione generale perchè tutto si verifichi è che la sua ingestione sia moderata ed adeguata (vedi, da ultimo, *Alcool e salute*, di A. GAUDIANO, a cura del Centro studi del Ministero della sanità, Roma 1982).

Bere in giusta misura, insomma, e mai a stomaco completamente vuoto, non solo non è dannoso, ma fa anche bene ad un organismo normale.

È l'uso smodato e non corretto che finisce per diventare pericoloso per la salute, incidendo, conseguentemente, su tutto il comportamento dell'individuo.

Tutto ciò non è recepito agevolmente dalla massa dei bevitori italiani e bisogna perciò correggere la convinzione, diffusa purtroppo anche in ambienti responsabili (soprattutto a causa della carenza di dati epidemiologici costanti), secondo cui il vino è solo bevanda alimentare, i casi di alcoolisti cronici sono pienamente governabili e l'uso del vino non costituisce un problema.

Si dimentica però – a scapito, ovviamente di una corretta informazione e quindi di una buona educazione sanitaria al riguardo – che, come emerge anche dai più qualificati convegni nazionali e internazionali, il consumo di anidro (ossia di alcool puro) nel nostro Paese è molto elevato (circa 14 litri annui *pro capite*, a voler essere prudenti, con una media di 93 litri di vino a persona per l'intero territorio); che l'Italia è il terzo, se non il secondo Paese del mondo per tale consumo, preceduta, ma non più di molto, dalla Francia (che è riuscita a diminuire considerevolmente negli ultimi anni il suo consumo mediante un'accorta e costante politica di educazione sanitaria, e ciò anche indipendentemente dalla ben nota protezione dei suoi interessi commerciali) e forse dalla Spagna o dal Portogallo e seguita, tuttavia a una certa distanza, da quei Paesi che abitualmente si ritengono forti consumatori, come la Scandinavia e la Gran Bretagna.

Il fenomeno delle alcooldipendenze – derivato, come si desume, da uso smodato o non regolato soprattutto di vino – è quindi presente con innegabile serietà anche in Italia, principalmente nelle regioni del Nord (Piemonte, Veneto, Trentino-Alto Adige e anche Lombardia), specie se si considerano le numerose presenze ospedaliere, ambulatoriali o in corsia, di soggetti con sindromi (cirrosi, affezioni circolatorie) o con conseguenze (incidenti stradali, infortuni sul lavoro) risalenti a intossicazione alcoolica.

1) *La posizione dell'Organizzazione mondiale della sanità*

L'Organizzazione mondiale della sanità – la cui serietà di ricerca e di studio è ben nota – si occupa da tempo anche della patologia da alcool nei suoi riflessi sociali e in un convegno di suoi esperti su «La salute in Europa secondo il modello di vita», tenutosi a Copenaghen agli inizi del 1983, è stato messo in evidenza che la maggior parte dei problemi di salute nel continente europeo sono imputabili ad alcuni fattori di rischio correlati con l'ambiente, tra i quali, oltre alla diffusione della droga e all'aumento dell'incidenza delle malattie trasmissibili per via sessuale e delle patologie dismetaboliche, vengono annoverati l'enorme consumo di tabacco (chiaramente associato a numerosi tipi di cancro e a malattie cardiovascolari), nonchè l'abuso di alcool, causa importante degli incidenti della strada e sul lavoro, ma anche elemento alla base di alcune gravi malattie, non escluse quelle mentali. Secondo una ben nota e antica definizione della stessa OMS – tuttora valida – alcoolisti sono «quei bevitori smodati la cui dipendenza dall'alcool ha raggiunto un grado tale da mettere in evidenza disturbi mentali ovvero da

incidere sulla loro salute fisica e psichica, sui loro rapporti interpersonali e sulla loro normale attività sociale ed economica, oppure coloro in cui sono palesi i prodromi di un'evoluzione verso tale stadio. Essi pertanto abbisognano di trattamento».

È appunto questa seconda massa di bevitori, apparentemente innocui o indenni da conseguenze immediate, che fa elevare l'indice dei consumi ai valori indicati e che determina anche in Italia il problema delle alcooldipendenze.

2) *La situazione in alcuni Paesi*

In molti Paesi l'interesse al problema ha trovato rispondenze concrete ed efficaci.

In Austria – dove sono stati registrati nel 1980 trecentomila alcooldipendenti – è possibile per decisione giudiziale l'internamento obbligatorio dell'alcoolista in una speciale prigione per trattamento di riabilitazione ed anche la sottoposizione a tutela di colui che a causa del suo stato di alcooldipendenza «non si cura di se stesso e della famiglia». Ma sono previsti anche terapie occupazionali, posti speciali di lavoro ed aiuti finanziari per trattamenti volontari in appositi centri statali, fiancheggiati da istituzioni private come gli «Alcoolisti anonimi» e l'Associazione di psicoigiene.

Per la guida degli autoveicoli è fissato il tasso limite di alcoolemia dello 0,80 per mille, accertabile mediante alcotest (palloncino) e con prelievo di sangue consensuale. Tale prelievo è obbligatorio in caso di omicidio o lesioni personali colposi.

In Belgio la legge «Vanderwelte» stabilisce una tassa molto elevata sugli spiriti distillati e condiziona la vendita a due litri per volta. Negli ultimi dieci anni sono state aumentate le possibilità di trattamento per gli alcoolisti; terapie ambulatoriali sono possibili in appositi centri di consultazione, mentre curata è l'educazione sanitaria dei giovani e intensa è l'informazione sugli incidenti stradali conseguenti alla guida sotto l'influenza dell'alcool (tasso dello 0,80 per mille, accertabile con alcotest e prelievo di sangue).

In Cecoslovacchia funzionano ininterrottamente 24 posti di soccorso (*stations*), ciascuno con un'autolettiga e due infermieri specializzati, ai quali la polizia avvia le persone trovate per strada in manifesto stato di etilismo; ma l'interessato può essere anche inviato in un dispensario per trattamento ambulatoriale antialcoolico (ve ne sono 230).

In mancanza di sottoposizione volontaria interviene il Comitato nazionale del distretto per il trattamento obbligatorio.

Vi sono poi otto centri per ricoveri ordinati dall'autorità giudiziaria in occasione di reati commessi a causa dell'abuso di alcool e dal 1973 il trattamento viene eseguito durante l'espiazione della pena, con risultati ritenuti più soddisfacenti.

L'articolo 4 del codice stradale del 1° gennaio 1961 vieta di condurre autoveicoli dopo aver ingerito bevande con alcool superiore allo 0,75 per cento in volume e sono previsti sia l'alcotest, sia il prelievo di sangue per gli accertamenti del caso.

In Danimarca la legislazione in materia prevede interventi sia sul piano fiscale, in modo da favorire il consumo di birra (con protezione anche dell'industria locale), sia sul piano sociale: l'Asylum di Herstedvester, nei pressi di Copenaghen, è una specie di ospedale-prigione, che ospita anche a tempo indeterminato gli alcoolisti.

Dopo la dimissione essi sono sottoposti a due anni di sorveglianza con terapia obbligatoria. Ma si distinguono anche associazioni volontarie molto attive (Croce blu, di ispirazione francese, *Alcohol Therapeutic Society, Ring-i-Ring*).

Per i guidatori è previsto un tasso doppio di alcoolemia (0,80 e 1,20) con pene diverse, da meno gravi a più severe.

La Finlandia applica fin dal 1937 la *Temperance Welfare Law*, attraverso due organismi (*Community Social Welfare Boards* e *Community Temperance Boards*) posti sotto la vigilanza del Ministero dell'assistenza sociale. In tale quadro operano cinque cliniche per pazienti esterni e diverse organizzazioni per la cura ospedaliera degli alcoolisti, a sistema aperto, incrementato dalla fine degli anni '60.

Alla *Finnish Foundation for Alcohol Studies* è demandato il compito della ricerca. Particolarmente curata è l'educazione antialcoolica nelle scuole; ai condannati per ebbrezza al

volante (il tasso è doppio: 0,50 e 1,50, con pene diverse) può essere imposto, come pena alternativa, di partecipare al lavoro di riparazione delle strade, oltre all'eventuale trattamento terapeutico.

In Giappone il problema non assume aspetti molto rilevanti, anche perchè numerose associazioni a carattere religioso svolgono un'attiva propaganda antialcoolica.

Vi sono però nella capitale due centri di protezione e di cura per gli etilisti e altri due centri accolgono mogli e figli di alcoolisti durante il periodo di internamento dell'intossicato.

La guida sotto l'influenza dell'alcool (per la quale è fissato il tasso alcoolemico dello 0,50 per mille) è punita con multe rilevanti o con la detenzione fino a sei mesi.

Di vecchia data è la legislazione britannica in materia, che considera l'alcoolismo alla stregua di una qualsiasi malattia.

Per scoraggiare l'abuso dell'alcool vige un sistema di protezionismo a sfondo fiscale, che risale addirittura al 1552 e che ha trovato la sua disciplina più organica dapprima in una legge del 1870 (*The Inebriate Act*) e poi in una legge del 1904 (*The Balfour Act*) relativa al controllo degli spacci, alla produzione e importazione di bevande alcooliche, nonchè agli orari di vendita. Il *Licensing Bill* del 1960 ha eliminato alcune restrizioni (vendita fuori orario e ai minori di 18 anni) con risultati che sembrano apprezzabili.

Anche il numero degli incidenti stradali è diminuito da quando (ottobre 1967) la polizia può accertare con il «palloncino» lo stato di ebbrezza del guidatore, che non deve superare il tasso alcoolemico dello 0,80 per mille.

Molto proficua si dimostra poi l'opera di associazioni, anche private; si può spiegare così facilmente il caso singolare della città di Carlysle, capitato molti anni fa, dove tutti gli spacci di bevande alcooliche furono acquistati da un ente filantropico, che successivamente chiuse 58 dei 116 esercizi della città e 72 dei 180 esercizi del contado.

Importante ed antico è anche in Jugoslavia il problema dell'alcoolismo, legato alla grande produzione specie del famoso *slivoviz* tratto dalle prugne. Ma da qualche decennio esso è stato affrontato decisamente anche dallo Stato, con programmi educativi sistematici rivolti ai giovani e con la istituzione di centri di trattamento per alcoolisti in molte città (degno di menzione è l'ospedale di Zagabria, particolarmente attrezzato).

Il tasso alcoolemico per i guidatori è dello 0,5 per mille e in diversi Stati è vietato ai conducenti professionisti di bere alcoolici prima di mettersi alla guida.

In Norvegia l'alcoolismo è fin dal 1936 considerato come una malattia a carattere sociale e le spese per cure e degenze degli alcoolisti, come le sovvenzioni alle loro famiglie, sono a carico di un fondo di assicurazioni sociali.

È possibile disporre la devoluzione diretta, alla moglie e ai figli, dello stipendio o del salario del lavoratore alcoolista.

In casi gravi il tribunale può disporre l'internamento in un istituto specializzato e in caso di recidività è previsto persino il lavoro obbligatorio.

Finanziato con una parte notevole degli introiti derivanti dal commercio delle bevande alcooliche (il 20 per cento sulle concessioni delle licenze e il 20 per cento sui profitti di monopolio, ivi esistente), il Fondo della temperanza si occupa della prevenzione e della terapia con una serie di istituti e di comitati periferici sparsi in quasi tutti gli abitati.

Il Governo inoltre concede contributi ai bar e agli alberghi che non vendono alcoolici. Tutta la normativa in materia ricalca quella svedese. Il tasso alcoolemico per i guidatori è fissato al limite dello 0,50 per mille.

Anche il Governo dei Paesi Bassi provvede a proprie spese alla cura degli alcoolisti e affida ad appositi organismi (*Consultation Bureaux*) la prevenzione delle alcooldipendenze (igiene mentale, protezione dell'infanzia, assistenza medico-sociale, addestramento ed aggiornamento di personale specializzato, funzionamento di apposite cliniche).

Pure in tale Stato esiste un movimento per la temperanza e, secondo una legge che risale al 1923, gli alcoolisti che non sono in grado di «provvedere adeguatamente ai loro interessi e che possono mettere in pericolo le loro vite e quelle degli altri sono sottoposti a tutela a loro richiesta o su richiesta dei familiari o delle autorità».

L'interessato è affidato per un anno ad un assistente sociale, che, se necessario, può proporre la cura obbligatoria e l'internamento in un ospedale.

Il limite del tasso di alcoolemia per i guidatori è dello 0,50 per mille.

In Polonia la legislazione antialcoolica ha carattere prevalentemente fiscale (restrizione dei giorni e degli orari di vendita, aumento del prezzo delle bevande, riduzione del numero degli spacci e limitazione del margine di guadagno del venditore); a ciò si aggiunge la possibilità per alcuni comuni di proibire mediante una votazione popolare ogni commercio di alcoolici. Gli intossicati possono essere sottoposti a trattamento medico obbligatorio.

L'educazione sanitaria sul problema è intensa e si giova dell'appoggio di numerose organizzazioni laiche e religiose (come la *Krucjata Trzezwosci*, simile ai movimenti della temperanza). Anche in Polonia vi è il tasso alcoolemico dello 0,50 per mille con prelievo obbligatorio nelle cosiddette «camere di disubriacatura».

Nella Repubblica federale di Germania la lotta contro i danni dell'alcoolismo è stata determinata dal forte aumento degli incidenti stradali causati da conducenti in stato di ebbrezza (tasso alcoolemico doppio: 0,80 e 1,30, con pene diverse), controllati ora dalla polizia con gli appositi strumenti. Vari provvedimenti legislativi sono stati emanati per il trattamento, anche obbligatorio, degli alcoolisti. Il compito della riabilitazione è svolto da gruppi di assistenza volontari sussidiati da organi governativi.

In Spagna, nonostante la produzione molto alta e il consumo molto diffuso di vino, non vi è una organica legislazione antialcoolica; tuttavia da molti anni è in funzione a Madrid una clinica specializzata per alcoolisti ed è previsto che il Servizio della salute pubblica sottoponga a cura, anche obbligatoria, i soggetti interessati. Non vi è ancora, come in Italia, un limite di tasso alcoolemico per i guidatori.

Contrariamente all'opinione corrente, negli Stati Uniti d'America il fenomeno dell'alcoolismo ha connotazioni meno gravi di quello europeo, perchè – come è stato accertato dall'Organizzazione mondiale della sanità – le forme acute di etilismo sono prevalentemente occasionali.

Tuttavia un'ampia normativa è in vigore per tutti gli aspetti del fenomeno.

La prevenzione si basa innanzitutto sull'educazione sanitaria nella scuola e sul divieto di portare bevande alcooliche sul posto di lavoro; il *dépistage* precoce dei lavoratori (che dà risultati del 3-4 per cento in media, rispetto al 15 per cento circa della Francia) è appoggiato dagli stessi sindacati e inoltre presso le grandi aziende i *counsellors*, spesso ex alcoolisti, vigilano contro l'uso smodato di alcool. Una legge del 1970 (*Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment and Rehabilitation Act*) ha fissato programmi pluriennali di intervento, nel quadro della più generale normativa del *Public Health Service Act* del 1944.

Il *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* ha il compito di sviluppare i piani programmatici, provvedendo anche alla ricerca e all'addestramento del personale idoneo.

Il Ministero della sanità ha istituito anche un comitato di interazione per le attività federali del settore. I fondi stanziati nel 1979 hanno raggiunto gli 85 milioni di dollari e vanno aumentando sempre più, per assicurare le forme migliori di trattamento, anche individualizzato, e per favorire quello volontario, libero ed esterno, personalizzato, con la cooperazione anche dei gruppi di autoterapia, tra cui importanza particolare ha l'Associazione degli alcoolisti anonimi, con 15.000 circoli negli USA e più di 30.000 in 100 Paesi del mondo (compresa l'Italia).

In Svezia fin dal 1954 una legge, detta della temperanza, si occupa dei problemi dell'alcool, ma anche anteriormente enti ed istituzioni avevano cura degli alcoolisti.

I comitati per la temperanza sono eletti dalle amministrazioni comunali; le misure che essi adottano nei confronti di coloro che abusano di alcoolici (tra cui primeggia lo *schnaps*, acquavite di forte gradazione) consistono in avvertimenti, rimproveri, sottoposizione a trattamento in regime libero, per ordine del giudice, con l'aiuto e la vigilanza di un assistente sociale (*probation*), nonchè in proposte di affidamento a un istituto specializzato in caso di mancato assoggettamento volontario.

Ininterrotta è l'educazione scolastica sui problemi e sulle conseguenze dell'alcoolismo e tutta la politica preventiva (fiancheggiata da

valide organizzazioni di «sorveglianza alcoolica», quali la *Lanken Karmaforhumd* e la *Sallskapet Lancarna*) è sotto il controllo di un apposito comitato governativo (in opera dal 1965), che si occupa della ricerca interdisciplinare necessaria.

Uffici cantonali di sorveglianza antialcoolica, con medici e servizi sociali, sono funzionanti in Svizzera; essi effettuano indagini nei riguardi di persone segnalate come alcoolisti e possono adottare misure quali l'avvertimento, l'impegno scritto di astinenza per almeno tre mesi, la sottoposizione a periodico controllo medico o del patronato del servizio sociale ovvero di una istituzione a scelta, fino all'internamento in un istituto per la disintossicazione e la rieducazione, al ricovero in ospedale, alla interdizione e alla tutela.

L'alcoolismo ha subìto una apprezzabile riduzione negli ultimi anni, sia per la intrapresa riconversione delle colture con tendenza a favorire la produzione di succhi di frutta, sia per l'imposizione di una tassa (la cosiddetta decima sull'alcool) devoluta alla prevenzione e alla riabilitazione dei soggetti interessati, sia per la severità delle norme per combattere la guida in stato di ebbrezza (limite dello 0,80 per mille per il tasso alcoolemico, esame dell'aria espirata e prelievo di sangue in caso di incidente).

L'alcoolista dimesso da un luogo di cura non può frequentare per due anni spacci di bevande alcooliche e un incaricato del *Fursorger* (associazione di volontari) ha il compito di sorvegliarlo.

Comunità tenute da ex alcoolisti per il recupero e l'avviamento al lavoro dei soggetti interessati sono in funzione in molti cantoni (esempio: Vaud).

In Ungheria una legge del 1972 sulla salute prevede il trattamento e la riabilitazione degli alcoolisti in apposite istituzioni sanitarie, ma soprattutto incita alla disintossicazione volontaria attraverso i servizi di consultazione medica all'uopo esistenti e attraverso gli organismi sociali del luogo di residenza e del luogo di lavoro (articolo 67).

Norme particolari per la durata e le modalità del trattamento, per i diritti degli interessati e per i ricorsi esperibili davanti all'autorità giudiziaria, competente a disporre il trattamento obbligatorio, sono contenute in decreti del 1972, del 1974, del 1975, del 1977 e del 1978; un decreto del 1° agosto 1979 concerne il ricovero di una persona trovata in un luogo pubblico in stato di ebbrezza presso un posto di disintossicazione per 24 ore, trascorse le quali una visita medica dispone, se necessario, l'avviamento ad un centro ospedaliero.

Il limite del tasso alcoolemico per i guidatori è fissato per interpretazione giurisprudenziale allo 0,80 per mille.

Nell'Unione Sovietica, dove l'alcoolismo ha incidenze notevoli in quasi tutto il territorio (tranne l'Uzbekistan e qualche altra zona meridionale), funzionano ospedali, dispensari, preventori e colonie per etilisti, nonchè centri di disintossicazione simili a quelli degli altri Paesi dell'Est europeo; vi sono poi dei «tribunali dei compagni», che discutono i provvedimenti da adottare nei confronti dei bevitori abituali.

L'educazione sanitaria antialcoolica fa parte dei programmi scolastici e vietata è la vendita degli alcoolici prima delle 10 del mattino ed ai minori di sedici anni; essa non è consentita nei teatri, nei *buffets*, sui mezzi di trasporto e nei posti di lavoro ed è limitata nelle mense collettive e nei ristoranti.

Un singolare metodo di riabilitazione consiste nel fotografare le persone trovate in stato di ebbrezza nei luoghi pubblici e nel registrare i loro discorsi; dopo la sbornia i bevitori rivedono le loro fotografie ed ascoltano le registrazioni.

Infine, mentre in Cina l'uso del *mastic* (specie di gin ricavato dal riso) è ancora modesto, in Africa, nonostante l'islamismo predominante, il consumo di alcool sta assumendo proporzioni rilevanti, sicchè istituzioni religiose e organizzazioni come la Croce blu fanno opera di convincimento all'uso moderato; in India lo stesso Gandhi favorì la creazione di un comitato di lotta contro l'alcoolismo.

Particolare menzione merita la Francia, che, avendo la maggiore produzione di vino e il più alto consumo medio annuo di alcool puro (per il 70 per cento dovuto ad ingestione di vino), cerca di attuare in Europa i metodi più idonei per limitare l'uso smodato di bevande alcooliche, sia attraverso l'informazione, sempre più intensa in questi ultimi anni, sia mediante la istituzione in ogni dipartimento, fin dal 1957

(in attuazione della legge 15 aprile 1954 e del decreto 11 maggio 1955 sugli alcoolisti pericolosi), di un servizio medico specializzato. Tale servizio è divenuto più efficace dopo l'adozione di norme più severe (ordinanza 15 dicembre 1958; legge 18 maggio 1965) nonchè della legge 9 luglio 1970 (modificata il 12 luglio 1978) sulla guida dei veicoli sotto l'influenza dell'alcool, che ha generalizzato il *dépistage* mediante l'esame dell'aria espirata e ha fissato un doppio tasso di alcoolemia (0,80 e 1,20) con pene diverse.

A seguito di segnalazione (giudice, tribunale per minori, servizio sociale, dispensari) il servizio predetto segue gli alcoolisti facendo effettuare una indagine sociale sulla loro personalità e sul loro comportamento, procedendo ad esami specialistici, cercando di indurre gli interessati al trattamento volontario, ma provocando anche l'internamento coattivo in caso di bisogno.

L'opera di prevenzione è coordinata molto attivamente dal *Comité national de défense contre l'alcoolisme,* tendente soprattutto all'informazione delle masse operaie e alla sensibilizzazione dei medici del lavoro, nel quadro della legge 26 ottobre 1946, che impone una visita medica annuale di ogni salariato, al fine di conseguire una diagnosi precoce, nonchè alla collaborazione con i dirigenti industriali e con i sindacati per un'azione comune.

I centri di disintossicazione curano non più di 70 pazienti per volta, allo scopo di personalizzare il più possibile gli interventi; la rieducazione è attuata dai *Foyers de post-cure,* affiancati validamente da associazioni private (costituite per lo più da alcoolisti guariti), quali la *Vie libre,* la Croce blu, la Croce d'oro.

3) *La situazione nella Comunità europea*

Il problema dell'alcoolismo all'interno dei Paesi europei membri della Comunità è stato sempre tenuto nella opportuna considerazione.

La Commissione degli affari sociali e della educazione da tempo ha promosso incontri di esperti e ha finanziato ricerche intercomunitarie sui problemi dell'alcoolismo. Questo lavoro ha dato luogo alla presentazione di un documento sull'abuso dell'alcool, che il Consiglio dei Ministri e dei rappresentanti dei diversi Stati membri ha adottato come risoluzione nella riunione del 29 maggio 1986 (86/C 184/02).

In particolare tale risoluzione recita come segue:

«Il Consiglio delle Comunità europee e i rappresentanti dei Governi degli Stati membri, riuniti in sede di consiglio, visto il Trattato che istituisce la Comunità economica europea, considerando che il consumo di bevande alcooliche nei Paesi della Comunità europea è in genere fortemente aumentato; considerando che in numerosi Paesi l'aumento dell'abuso di alcool (che può essere favorito dall'aumento del consumo) suscita gravi preoccupazioni per la salute pubblica ed il benessere sociale; considerando che il miglioramento costante delle condizioni di vita e di occupazione dei loro popoli è uno scopo essenziale; consapevoli che la produzione, la vendita e la distribuzione di bevande alcooliche nella maggior parte degli Stati membri rappresentano un fattore notevole dell'economia; ritenendo che, a livello europeo, un'iniziativa comune nel settore della prevenzione dell'abuso di alcool sia opportuna; considerando i risultati di uno studio effettuato e pubblicato su richiesta della Commissione; considerando che, conformemente alla risoluzione del Consiglio, del 19 maggio 1981, riguardante un secondo programma della Comunità economica europea per una politica di protezione e di informazione del consumatore, la Commissione esaminerà fino a che punto le divergenze tra le misure adottate dagli Stati membri riguardo alle bevande alcooliche si ripercuotono sul buon funzionamento del mercato comune, e presenterà, se necessario, le proposte adeguate; che essa prenderà, a sostegno delle azioni intraprese negli Stati membri, tutte le iniziative che potrebbero rivelarsi utili nel contesto più generale dei problemi connessi ad un consumo normale o eccessivo di tali prodotti da parte dei consumatori,

invitano la Commissione a soppesare accuratamente gli interessi in materia di produzione, distribuzione e promozione delle bevande alcooliche e gli interessi in materia di pubblica sanità e a condurre a tal fine una politica equilibrata;

invitano altresì la Commissione ad esaminare quali misure possano contribuire effica-

cemente alla realizzazione dell'obiettivo della presente risoluzione ed eventualmente a presentare al Consiglio proposte in materia;

prendono atto che le attività comunitarie che in futuro verranno realizzate in questo settore dovranno essere perfettamente in armonia con le realizzazioni già avviate al riguardo nell'ambito della Organizzazione mondiale della sanità».

4) *La situazione italiana*

Nel nostro Paese il problema non è ancora adeguatamente sentito. Tale atteggiamento è in parte dovuto ad una tradizione di «tolleranza» culturale riguardo all'alcooldipendenza, identificando tale comportamento come una evoluzione, nella popolazione anziana, dell'uso dell'alcool come alimento o come sorgente di calorie.

Tale archetipo è negli ultimi venti anni profondamente cambiato, avendo assunto l'uso e l'abuso dell'alcool un significato di *status* sociale, specie in rapporto al tipo di bevanda consumata (aperitivi o superalcoolici). Sono cambiate le fasce di età coinvolte nel problema: non sono più gli anziani, ma soggetti giovani (30-40 anni) e in numero sempre più crescente le donne, specie le casalinghe. L'uso e l'abuso di bevande alcooliche ha assunto sempre più la connotazione di automedicazione alternativa ai farmaci legali e/o illegali.

Ciò premesso, ci sembra opportuno richiamare i seguenti aspetti.

a) Il rilevamento epidemiologico del consumo di bevande alcooliche presenta particolari difficoltà, specie se si vuole valutare l'abuso. Tuttavia, pur considerando queste difficoltà oggettive, poco è stato fatto in Italia a tal proposito. I dati dell'ISTAT relativi alla produzione e al consumo *pro capite* di bevande alcooliche sono disponibili con molto ritardo. E non sono certo sufficienti per una valutazione del reale consumo e per la stima dei cosiddetti «forti bevitori», e tanto meno per quella dei bevitori «inadeguati», cioè di coloro che vanno incontro alla sindrome da dipendenza alcoolica.

Anche la stima delle patologie alcool-correlate risale al 1980 e certamente non riflette completamente il reale quadro della situazione.

In breve si riportano di seguito alcuni dati disponibili circa l'evoluzione del consumo di alcoolici fino al 1984 e circa la morbilità e la mortalità alcool-correlate.

TABELLA N. 1

EVOLUZIONE DEI CONSUMI FAMILIARI DI VINO, BIRRA, SUPERALCOOLICI, RILEVATI IN ITALIA TRA IL 1973 E IL 1984 (litri/annui *pro capite*)

ANNO	Vino	Birra	Superalcoolici
1975	110	4,5	1,0
1980	90,2	5,0	1,0
1984	79,2	6,0	1,2

Se analizzati per regioni, tali consumi sono estremamente elevati nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Veneto, Emilia, Lombardia, Piemonte), mentre sono più del 50 per cento inferiori nelle regioni del Sud d'Italia.

Nella tabella n. 2 viene riferita una valutazione effettuata nel 1980 della percentuale di «grossi bevitori» (*) in rapporto alla popolazione generale nelle varie regioni italiane.

TABELLA N. 2

REGIONI	% di «grossi bevitori» sulla popolazione totale
Friuli-Venezia Giulia	22,8
Valle d'Aosta	21,8
Veneto	15,2
Trentino	15,2
Lombardia	14,4
Piemonte	13,8
Toscana	6,9
Umbria	9,3
Lazio	7,0
Campania	4,9
Abruzzo	4,4
Calabria	3,5
Puglia	3,8
Sicilia	3,2
	media naz. 9,2

(*) Consumo medio giornaliero superiore a 120 g di alcool anidro.

Tali dati indicano come, già nel 1980, 5.195.000 persone adulte fossero a rischio per una patologia alcool-correlata o per una sindrome da dipendenza alcoolica.

Nel 1980 sono stati denunciati 380 decessi per psicosi alcooliche e sindrome alcool-correlata (sindrome da dipendenza alcoolica) pari a 0,67 decessi per 100.000 abitanti.

Anche se la cirrosi epatica non è più il solo «indicatore» dei problemi alcool-correlati a livello epatico, tuttavia rimane sempre il più significativo; dobbiamo registrare un incremento delle morti per cirrosi epatica da 13,3 per 100.000 abitanti nel 1955 a 34,5 per 100.000 abitanti nel 1980.

Dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978 inoltre non è più possibile registrare con accuratezza le sindromi da alcooldipendenza e l'incidenza delle psicosi alcooliche, in quanto i pazienti non hanno più un luogo di riferimento specifico per il trattamento, come (bene o male) era stato fino a tale data.

Comunque nel 1980 veniva registrata una frequenza di ricoveri per psicosi alcoolica pari all'1,67 (per 100.000 abitanti) di cui lo 0,52 come primo ricovero.

b) Su base regionale si sono avuti alcuni interventi legislativi – talvolta più programmatici che concreti, purtroppo – in concomitanza con l'applicazione degli articoli 90 e 91 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sugli stupefacenti, che di sfuggita accennano anche all'alcoolismo. Meritano segnalazione, però, la legge della regione Lazio 11 settembre 1976, n. 46, e, ancor più, la legge 22 settembre 1982, n. 44, che per molti versi è in linea con la presente proposta. Vanno altresì ricordate le iniziative della regione Veneto (legge 31 maggio 1980, n. 75).

c) Sempre di più, peraltro, si levano le voci degli esperti e degli studiosi ad invocare sensibilizzazione per le alcooldipendenze, analoga a quella conseguita per le tossicodipendenze.

Anche la Corte costituzionale nella sentenza n. 104 del 20 maggio 1982, respingendo la tesi di alcuni giudici che vedevano nell'articolo 688 del codice penale (che sanziona l'ubriachezza pubblica e manifesta) una ingiusta penalizzazione rispetto alla operata abrogazione dell'articolo 729 del codice penale (che puniva l'essere colto in stato di grave alterazione psichica per abuso di sostanze stupefacenti), ha affermato che le differenze fra la disciplina dell'alcool e quella delle sostanze stupefacenti e psicotrope sono notevoli e numerose.

E ciò perchè, anche a voler tenere nel debito conto l'equiparazione in tema di imputabilità (articoli da 91 a 95 del codice penale), «la produzione, il commercio, la detenzione e l'uso degli alcoolici hanno costantemente fruito di un atteggiamento legislativo ispirato – per una serie di ragioni storiche, economiche, culturali... – ad una larga tolleranza, con limitazioni di ordine essenzialmente amministrativo o, tutt'al più, contravvenzionale...».

La stessa Corte però ha preso atto dell'affermato riconoscimento, in sede giudiziaria, dei «gravi pericoli insiti nell'abuso dell'alcool, vera e propria malattia sociale dato l'elevatissimo numero di soggetti che si trovano in condizione di intossicazione alcoolica, anch'essa, non meno della tossicodipendenza, fonte di comportamenti criminosi e di attentati alla salute». Per cui «sono auspicabili tipi di approccio capaci sia di mettere freni oggettivamente più incisivi (di quelli che può produrre l'articolo 688 del codice penale) alla diffusione sregolata dell'alcool, sia di contrapporre antidoti soggettivamente più efficaci all'abuso di esso, operando tanto sotto il profilo della prevenzione quanto sotto il profilo della cura».

Anche secondo il principio stabilito nell'articolo 32 della Costituzione, «il diritto del singolo e l'interesse della collettività alla salute individuale abbisognano, per una effettiva tutela, di interventi appositamente preordinati», sicchè indicazione senz'altro degna di apprezzamento è «l'auspicare per l'alcoolista terapie adeguate da realizzare nell'ambito di strutture particolari, con la partecipazione di operatori variamente specializzati...».

d) Un aspetto particolare della normativa vigente in Italia è quello rivolto al divieto di guida in stato di ebbrezza (testo unico delle norme sulla circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393).

L'articolo 132 di tale testo unico stabilisce: «È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcooliche o di sostanze stupefacenti. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato, con l'arresto fino a sei mesi e con l'ammenda da lire 25.000 a lire 100.000».

In caso di più violazioni di una serie di norme elencate all'articolo 91 del citato testo unico, tra le quali è compresa la guida in stato di ebbrezza, può essere sospesa la patente da uno a tre mesi; da due a sei mesi se le infrazioni avvengono nel giro di un anno.

L'articolo 470 del regolamento per l'esecuzione del predetto testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1959, n. 420, prevede che «non possono in ogni caso conseguire la patente coloro che risultino fare abuso di bevande alcooliche...».

L'articolo 587 dello stesso regolamento prevede infine che al guidatore in stato di ebbrezza «non sarà consentito di proseguire il viaggio alla guida del veicolo».

Commenta Altamura («Alcoolismo: aspetti medico-legali», in Atti del V Incontro di studio - USL, S. Vito al Tagliamento, 1986):

«La norma è praticamente inoperante in quanto la diagnosi è lasciata al libero apprezzamento clinico degli organi di polizia (una norma che, come ha fatto giustamente rilevare Introna si basa sull'esercizio abusivo della professione medica!) e si è stati a tutt'oggi riluttanti ad emanare normative che prevedessero un controllo alcoolemico, per un eccesso di garantismo ispirato all'articolo 13 della Costituzione.

Il problema è stato da diversi Paesi superato facendo riferimento alle indagini sull'aria espirata eseguite con apparecchi che sono andati nel tempo sempre più perfezionandosi fino ad assumere una affidabilità pressochè assoluta rispetto all'indagine sul sangue. In molti Paesi che hanno adottato l'esame sull'aria espirata è previsto, in caso di positività, il controllo sul sangue, in qualche caso disposto d'ufficio, in altri a richiesta dell'interessato.

I vantaggi della metodica alcoolimetrica sull'aria espirata sono stati recepiti nel progetto di nuovo codice stradale approntato nell'ormai lontano dicembre 1977 da una apposita Commissione interministeriale.

L'articolo 170 del suddetto progetto, dopo aver ribadito il divieto di guidare sotto l'influenza dell'alcool, prevede che, in caso di incidente o quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli ufficiali, i funzionari e gli agenti di polizia hanno la facoltà di effettuarne l'accertamento mediante esame dell'aria espirata con un apparecchio, le cui caratteristiche dovranno essere definite con decreto del Ministro dei trasporti, di concerto con i Ministri della sanità, dell'interno e dei lavori pubblici, approvato con decreto del Ministro della sanità. Qualora dall'esame dell'aria espirata risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico superiore a 80 mg l'interessato non può proseguire la guida per almeno tre ore; egli può chiedere di essere sottoposto tempestivamente a prelievo di sangue da effettuarsi da un medico al fine di determinare il tasso alcolemico. Il prelievo può essere disposto d'ufficio in ogni caso di incidente stradale che abbia provocato danni alle persone nei confronti di coloro che sono coinvolti nell'incidente, sempre che vi sia positività al test sull'aria espirata. Tale facoltà non è subordinata all'esame sull'aria espirata quando tale accertamento non sia possibile per le condizioni psico-fisiche del soggetto».

Come è noto, il progetto di riforma del codice stradale non è stato attuato.

e) Ben scarse sono le norme di carattere nazionale rivolte alla prevenzione e alla riabilitazione, riguardanti specificamente l'alcoolismo. La legge n. 685 del 1975 sugli stupefacenti contiene soltanto un accenno all'alcoolismo nell'ultimo comma dell'articolo 90, quando dispone – come norma peraltro che si potrebbe definire più programmatica che precettiva – che l'istituzione del comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dei centri medici e di assistenza sociale (CMAS) può essere inquadrata dalle regioni in organi aventi finalità più ampie ricomprendenti anche la prevenzione e la cura dell'alcoolismo.

Ma è subito da precisare che tali disposizioni dovevano avere vigore fino all'attuazione del

servizio sanitario nazionale, sicchè è la legge n. 833 del 1978 che deve occuparsi della materia avendo affidato alle unità sanitarie locali (articolo 14) la predisposizione di tutti i mezzi per fronteggiare, anche in prevenzione, ogni patologia che può colpire il singolo o la collettività.

Non sono mancate, nelle passate legislature, proposte per la modifica e l'adeguamento della legge n. 685 del 1975 sugli stupefacenti in modo da comprendere più compiutamente anche il fenomeno dell'alcoolismo. Vedere tale fenomeno nello stesso quadro delle tossicodipendenze potrebbe tuttavia fare affievolire l'interesse che esso merita. E ciò senza contare che il trattamento riabilitativo e la prevenzione per gli alcoolisti possono essere rapportati anche a matrici e motivazioni diverse da quelle dei dipendenti da droga, specie quando non interessano solamente i giovani.

Anche in sede parlamentare si è avvertita l'esigenza di sottolineare l'importanza che il fenomeno dell'alcoolismo ha assunto nel nostro Paese ed una apposita mozione presentata da alcuni deputati (n. 1 - 00220 dell'8 ottobre 1982) già sottolineò la necessità di affrontare decisamente il problema. Sembra perciò più che giustificata la predisposizione di provvidenze immediate per combattere le patologie da alcoolici e soprattutto per prevenirne l'insorgenza, realizzando una sana ma costante informazione sui danni che può produrre il diffondersi di un'abitudine sregolata o smodata di bere.

5) *Il nostro disegno di legge*

Premesse nell'articolo 1 le attribuzioni del Ministero della sanità, di indirizzo generale e di coordinamento delle relative attività, l'articolo 2 fissa i compiti delle regioni, come i principali propulsori per l'istituzione delle necessarie strutture, sia attraverso i piani sanitari regionali previsti dalla legge n. 833 del 1978, sia mediante apposite leggi regionali.

La norma prevede anche rilevazioni statistiche del fenomeno da parte delle regioni e l'indicazione dei risultati raggiunti nelle varie zone di intervento.

Da tali rilevamenti emergeranno ovviamente anche le disfunzioni e le carenze esistenti.

Apposite convenzioni delle unità sanitarie locali saranno possibili con associazioni e centri privati che attuino programmi di cura e di riabilitazione, anche con metodi di autoterapia, simili, ad esempio, a quelli degli alcoolisti anonimi, organizzati da gruppi di volontari e senza fini di lucro.

L'articolo 3 indica le attribuzioni delle unità sanitarie, che sono il vero organo di realizzazione e di esecuzione dei piani previsti per il perseguimento degli scopi voluti.

A titolo esclusivamente indicativo (e quindi non tassativo) si prevede che le unità sanitarie locali promuovano – insieme con le autorità degli enti locali competenti, con le forze sindacali della zona, con gli organismi scolastici, con le associazioni di volontariato e infine con le eventuali cooperative di lavoro o di solidarietà sociale esistenti – indagini conoscitive e ricerche nel rispettivo territorio per identificare le aree, le categorie sociali e le varie fasce di età più soggette al fenomeno.

Si prevede altresì che esse provvedano alla migliore informazione della popolazione residente circa gli aspetti patologici dell'alcooldipendenza e delle relative conseguenze (tra cui infortuni e incidenti), attuando conversazioni e dibattiti al fine predetto, tentando così di realizzare quella educazione socio-sanitaria necessaria anche per individuare i mezzi utili a rimuovere i fattori di emarginazione che spesso sono causa di induzione all'uso sregolato o smodato di alcool.

Dovranno poi organizzare corsi di aggiornamento del personale, anche ospedaliero, sui dati informativi e sulle metodiche di trattamento degli alcoolisti.

La norma stabilisce infine che – in applicazione dell'articolo 26 della legge di riforma sanitaria, nonchè delle eventuali disposizioni emanate dalle regioni (alcune delle quali, secondo quanto indicato, hanno già stabilito delle provvidenze) – le unità sanitarie locali apprestino la loro opera sanitaria per il recupero funzionale e sociale degli alcooldipendenti, servendosi della collaborazione di enti locali, di gruppi di volontariato (tra i quali pure ex alcoolisti recuperati) e, all'occorrenza, anche delle cooperative di solidarietà sociale, di lavoro o di servizi previste dal successivo articolo 4.

Viene espressamente chiarito che nei casi accertati di alcooldipendenza possono essere applicate, se indispensabili, le attribuzioni demandate al sindaco dall'articolo 33 della legge n. 833 del 1978 per la eventuale imposizione anche di trattamento terapeutico obbligatorio, naturalmente con le modalità già fissate e con le garanzie e la tutela soggettiva previste dagli articoli 34 e 35 della stessa legge.

Dato il rilievo che con la presente proposta si intende dare all'utilità dell'opera di volontariato nel delicato settore, con l'articolo 4 si riconosce ai comuni, anche consorziati, e alle comunità montane l'azione di stimolo per le possibili iniziative – a prevalente carattere volontario – in favore degli alcoolisti, come, ad esempio, comitati comunali, consortili o di comprensorio, che cooperino con gli operatori delle unità sanitarie locali all'esecuzione dei programmi e dei piani previsti, e soprattutto per la costituzione di cooperative che, secondo lo spirito dell'articolo 2511 e seguenti del codice civile, possono essere di lavoro, di comunità artigiane, agricole, di servizi e specialmente di solidarietà sociale, dirette alla soddisfazione di interessi morali, assistenziali, educativi, culturali e ricreativi, aperte, oltre che agli esperti della materia, anche ad ex alcoolisti recuperati e socialmente riabilitati che, con la loro esperienza, possono essere di valido supporto anche ai fini di eventuali programmi di autoterapia.

Alle provincie è riservato il compito di coordinare le iniziative di cui sopra (specie quando non vi provveda una apposita legge regionale), contribuendo altresì al finanziamento delle iniziative stesse.

Con l'articolo 5 è disciplinata l'attività di prevenzione, che può essere svolta nelle scuole medie attraverso lezioni, corsi, seminari e dibattiti condotti da esperti, anche ex alcoolisti, e da operatori sociali, tratti anche dai gruppi di volontariato.

Si dispone al riguardo che nei piani sanitari regionali si inserisca un programma annuale di informazione socio-sanitaria sul fenomeno dell'alcoolismo e sulle sue conseguenze, che tale programma tenga conto delle rilevazioni epidemiologiche effettuate nelle zone territoriali di più alto rischio, che alla sua predisposizione collaborino eventualmente il Consiglio sanitario nazionale, il Consiglio superiore della pubblica istruzione e, in particolare, l'ufficio studi e programmazione del Ministero della pubblica istruzione (che si occupa precipuamente dell'educazione alla salute e della prevenzione delle tossicodipendenze), nonchè la commissione permanente del Ministero della sanità di cui la presente proposta prevede l'istituzione nel successivo articolo 9.

Per l'attuazione pratica è previsto che all'inizio di ogni anno scolastico gli organi collegiali che operano nelle scuole indichino il numero delle ore che gli insegnanti di scienze o di educazione civica (a seconda del livello di preparazione del relativo docente nella materia) possono dedicare allo svolgimento del programma predetto.

Tali organi potranno effettuare anche attività di ricerca collettiva di intesa con le autorità locali e le associazioni più volte indicate.

Analoga attività preventiva l'articolo 6 prevede a favore dei militari, secondo programmi stabiliti dal Ministero della difesa e da quelli dell'interno, delle finanze, di grazia e giustizia e dell'agricoltura e delle foreste per i rispettivi Corpi e Armi dipendenti.

Si prevedono anche corsi di preparazione per il personale specializzato di tali Corpi ed Armi e si stabilisce che in mancanza di esso i militari possono appoggiarsi alle scuole per fruire dell'attività ivi predisposta secondo l'articolo precedente.

Utili e importanti saranno le rilevazioni statistiche ed epidemiologiche da effettuare presso i militari suindicati, con comunicazione dei dati relativi al Ministero della sanità.

Con l'articolo 7 si stabiliscono gli interventi presso i luoghi di lavoro, affinchè una buona azione di prevenzione venga svolta presso i lavoratori, soprattutto manuali, che operano nelle grosse aziende, pubbliche e private.

È noto infatti, come s'è già accennato, che i soggetti dediti all'uso sregolato di alcool continuano a lavorare regolarmente, ignari che a lungo andare la tendenza al bere produce in loro una diminuzione della condizione fisico-psichica necessaria e quindi una maggiore possibilità di infortuni.

Si rendono perciò oltremodo utili un'opera di informazione preventiva sui pericoli deri-

vanti da una cattiva abitudine e dal non sapere bere, nonchè un'azione di rilevamento, specie epidemiologico, da effettuare secondo i piani sanitari regionali specialmente presso le grandi aziende esistenti nelle regioni ed operanti nei più importanti settori di produzione, come quelli siderurgico, metalmeccanico, tessile, edilizio, cantieristico, di trasporto (ad esempio, personale delle ferrovie e delle autolinee).

I lavoratori individuati come dediti all'uso inadeguato di alcool potranno così essere segnalati alle unità sanitarie locali e soprattutto convinti, nell'interesse loro e della collettività, a fruire dell'opera dei servizi medico-sociali delle unità sanitarie locali.

L'articolo 8 prevede le prestazioni in favore dei detenuti che siano alcooldipendenti e che chiedano di sottoporsi a trattamento.

Tale compito è demandato ai servizi sanitari e sociali degli istituti di prevenzione e di pena, che possono avvalersi della collaborazione delle unità sanitarie locali e dei gruppi di autoterapia esistenti.

È prevista anche opera di prevenzione e di informazione da svolgersi nelle carceri, osservate le vigenti norme dell'ordinamento penitenziario.

Le unità sanitarie locali raccolgono annualmente i dati statistici concernenti i detenuti alcooldipendenti e i risultati dei trattamenti terapeutici e riabilitativi effettuati.

È data facoltà ai direttori sanitari degli stabilimenti carcerari di promuovere il ricovero e il trattamento obbligatorio dei soggetti che abbiano fondato motivo di ritenere pericolosi a sè o ad altri, mediante il ricorso alle disposizioni contenute negli articoli 33 e seguenti della legge n. 833 del 1978.

Ai detenuti vanno equiparati gli internati per sottoposizione a misure di sicurezza detentive (articolo 215 del codice penale).

Si è evitato di stabilire che i soggetti alcooldipendenti siano raggruppati in reparti appositi, sia per non creare motivi psicologici di emarginazione o, peggio, di deresponsabilizzazione, posto che la partecipazione dell'interessato al trattamento è elemento essenziale di successo, sia per favorire l'opera di riabilitazione, che ancora più abbisogna della cooperazione dell'interessato medesimo per lo svolgimento di programmi basati sulla interazione e sul reinserimento nella società.

Infine, poichè l'assistenza postpenitenziaria è demandata al Ministero di grazia e giustizia come uno dei compiti diretti ad attuare il precetto costituzionale della rieducazione del condannato (articolo 27 della Carta), si prevede che, una volta liberati, i soggetti interessati siano segnalati alle unità sanitarie locali del luogo di residenza abituale affinchè siano ulteriormente seguiti – in collaborazione con i centri di servizio sociale dipendenti dal predetto Ministero – per gli eventuali ulteriori interventi in loro favore.

Come già accennato, l'articolo 9 prevede l'istituzione di una commissione permanente presso il Ministero della sanità, che, un po' a somiglianza del *Comité National de défense* e del *National Institute on Alcohol Abuse*, rispettivamente operanti in Francia e negli Stati Uniti, provveda a svolgere una funzione di costante stimolo, coordinamento e fiancheggiamento dell'opera degli organismi previsti nel presente disegno di legge, mediante l'esame delle statistiche regionali e il rilevamento dell'andamento del fenomeno, con la individuazione dei fattori biologici, psicologici e patogenetici che ne sono alla base, con indicazione, se possibile, di criteri diagnostici uniformi ovvero di modelli di prevenzione e di trattamento, con proposte operative per i programmi di educazione socio-sanitaria nonchè di formazione e di aggiornamento del personale previsti nei precedenti articoli.

Il tutto in un quadro di acquisizione di dati utili anche al Ministero, sia per le direttive di politica sanitaria che gli sono attribuite dalla legge, sia per la predisposizione del piano sanitario nazionale.

Compito della commissione dovrebbe essere altresì quello di mantenere i rapporti con enti e organizzazioni internazionali, pubblici o privati, di spiccata competenza nel settore, esprimendo pareri o formulando proposte per la migliore esecuzione di adempimenti previsti da trattati internazionali o da direttive della Comunità economica europea relativi alla materia; di promuovere pubblicazioni, studi e ricerche, anche in cooperazione con enti stranieri, per aggiornare o approfondire le conoscenze in materia, in modo da diffondere

sempre più la convinzione della necessità di fare uso adeguato e non smodato di bevande alcooliche, presupposto necessario per ridurre convenientemente le dannose conseguenze di un «non saper bere» (vedi la citata mozione parlamentare dell'8 ottobre 1982).

L'articolo successivo fissa la composizione della commissione e la sua durata (triennale), con possibilità di conferma dei suoi membri.

Sono previsti diciotto componenti, di cui, oltre al Ministro o al Sottosegretario da lui delegato, che la presiede, dieci esperti dei vari aspetti connessi all'abuso dell'alcool, e cioè aspetti clinici, epidemiologici, farmacologici, giuridici, psicologici e socio-riabilitativi (in relazione a questi ultimi aspetti sono inclusi anche due ex bevitori recuperati e un rappresentante del settore della produzione e del commercio di bevande alcooliche) e quattro rappresentanti degli organi pubblici interessati: Direzione generale di medicina sociale, Istituto superiore di sanità, Consiglio nazionale delle ricerche, Consiglio superiore di sanità. Si prevede che il direttore generale o il vice direttore generale della Direzione generale di medicina sociale sia anche vice presidente della commissione, con funzioni vicarie in caso di impedimento del presidente, e ciò per facilitare la procedura di convocazione.

Sono previste sessioni bimestrali ordinarie e riunioni straordinarie; sono stabilite inoltre norme procedurali per la validità delle sedute, nonchè disposizioni per la corresponsione di un gettone di presenza e di eventuali indennità ai partecipanti.

È stabilito anche lo stanziamento dei fondi per il funzionamento della commissione nel bilancio annuale del Ministero della sanità. Altre disposizioni molto importanti, per i fini che la presente proposta si prefigge, sono quelle contenute negli articoli 11, 12 e 13.

Data l'incidenza che l'uso sregolato di bevande alcooliche ha sulla circolazione stradale (si ricorda che secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'ACI circa il 40 per cento degli incidenti del traffico sono dovuti a guida sotto l'influenza dell'alcool), non poteva essere dimenticato il problema della cosiddetta «ebbrezza al volante».

È pur vero che la *sedes materiae* dell'argomento sarebbe quella del codice stradale (vedi articoli 132 del codice e 587 del regolamento di esecuzione) ed è anche noto che il progetto del nuovo codice stradale, tenuto conto della pratica inoperosità di dette norme per ventitrè anni (data la impossibilità, più volte lamentata dalle forze dell'ordine, di accertarne le infrazioni con mezzi validi e moderni diversi da quelli empirici ora utilizzabili), si è dato carico di prevederne (nell'articolo 170) la sostanziale modifica.

E ciò non solo in accoglimento delle sollecitazioni degli studiosi e degli esperti, ma in aderenza anche alle deliberazioni e raccomandazioni degli organismi internazionali che più si occupano della materia (vedi per tutte la risoluzione n. 7 del 22 marzo 1973 del Consiglio d'Europa, che si ricollega sia alla precedente risoluzione n. 31 del 1968 sugli aspetti sanitari della prevenzione degli incidenti, sia a quella n. 21 del 14 giugno 1967 del Consiglio dei Ministri della Conferenza europea dei Ministri dei trasporti CEMT, nonchè le «Linee direttrici concernenti le infrazioni in un codice stradale europeo» pubblicate dallo stesso Consiglio d'Europa nel 1979).

Tuttavia, poichè il disegno di legge delega, che dovrebbe consentire l'adozione del nuovo codice stradale, annunciato a Stresa nel 1977, non è stato ancora approvato, si rende necessario porre subito in essere almeno qualcuna di quelle riforme sulle quali tutte le parti interessate (amministrazioni responsabili, enti ed esperti) hanno già manifestato il loro consenso, com'è stato rilevato anche nella relazione di sintesi della Conferenza di Stresa fin dal 1980.

Indifferibile, infatti, appare ormai l'introduzione anche nel nostro Paese, come già da molti anni è stato fatto nei principali Stati europei, di un tasso alcoolemico determinato che segni il limite oltre il quale la guida è da considerarsi pericolosa e quindi passibile di sanzioni.

E si impone altresì l'apprestamento di validi mezzi tecnici di accertamento, generalmente riconosciuti come tali (esame dell'aria espirata e alcoolemia, ovvero analisi dell'urina).

Tuttavia, per accedere alla opinione di quegli esperti che ritengono più efficace, anche ai fini preventivi, procedere gradualmente e non drasticamente nei confronti dei

conducenti di veicoli in modo da determinarne il convincimento e l'educazione al bere prima di porsi alla guida, si è previsto, in aderenza a quanto praticato anche in alcuni Paesi europei con intensa circolazione (come la Francia e la Germania Federale), oltre che in altri Stati (Danimarca, Finlandia, Svezia), un doppio tasso alcoolemico (0,80 e 1,30 per mille, come per la Germania Federale).

In tal modo si potrà distinguere una condotta meno grave sanzionabile con pena pecuniaria ed una più grave punibile con pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda (secondo il prudente apprezzamento del giudice in relazione alle circostanze).

È ovvio che in caso di incidente con lesioni personali (anche del solo conducente) le pene predette si applicano congiuntamente e sono aumentate per il caso di tasso alcoolemico più elevato (1,30 per mille).

La previsione per le lesioni del solo guidatore è dettata da una giustificata presunzione di pericolosità.

Le pene, sia pecuniarie che detentive, sono aumentate anche in caso di recidiva, mentre inalterata resta la possibilità della sospensione o revoca della patente di guida nei casi di più violazioni ai sensi dell'articolo 91 del codice stradale vigente.

È l'articolo 11 che fissa tali disposizioni, stabilendo innanzitutto il divieto di guidare sotto l'influenza dell'alcool.

La dizione è comprensiva della conduzione di ogni genere di veicoli, a motore o senza, e l'espressione adottata è quella suggerita (e ricorrente nelle sue risoluzioni) dal Consiglio d'Europa come la più rispondente, in via generale, alla condizione fisico-psichica del soggetto.

Del resto è da considerare che la dizione della norma vigente («stato di ebbrezza») ha già assunto attraverso l'interpretazione giurisprudenziale il significato più proprio di stato di alterazione, anche non raggiungente la soglia dell'ubriachezza, ma comunque di ostacolo ad una guida oculata e sicura.

Anche il tasso limite previsto come minimo (0,80 per mille) è quello adottato dal Consiglio d'Europa – in verità come limite massimo – e fissare un tasso inferiore, come pure da alcuni auspicato in base alla diminuzione dei riflessi talvolta già verificantesi con tassi dello 0,50 per mille, non sembra per ora consigliabile.

Saranno l'applicazione pratica della nuova disciplina e i risultati ottenuti a determinare eventuali modifiche, in più o in meno, dei limiti attualmente indicati.

In caso di esame delle urine il limite giusto appare quello di 107 milligrammi per cento millilitri, corrispondente, secondo gli studi più accreditati ed anche secondo alcune legislazioni (ad esempio, quella della Gran Bretagna), al tasso dello 0,80 per mille nel sangue, e, rispettivamente, quello di 174 milligrammi per cento millilitri, corrispondente al tasso di 1,30 per mille nel sangue.

L'articolo 12 indica i mezzi di accertamento; la loro applicabilità è attribuita in via generale al giudice e, nei casi di necessità e urgenza, ossia quando sia impossibile ottenere tempestivamente un suo provvedimento per assicurare l'accertamento (che deve essere effettuato entro breve tempo), essi possono essere disposti dagli ufficiali ed agenti delle forze dell'ordine addetti alla vigilanza sulla circolazione stradale. In tale ultima ipotesi è prevista la convalida del giudice; ciò per evitare ogni possibile discussione sulla legittimità delle norme relative, in relazione all'articolo 13 della Costituzione. Naturalmente è data anche all'interessato la facoltà di sottoporsi volontariamente agli accertamenti e sono previste altresì, per le analisi, le garanzie stabilite dagli articoli 304-*bis* e seguenti del codice di procedura penale.

La norma comprende anche le sanzioni da irrogare nel caso che il contravventore si rifiuti di sottoporsi agli accertamenti predetti e a tal riguardo è prevista una pena superiore a quella stabilita per l'infrazione, allo scopo di scoraggiare l'interessato dall'assumere un atteggiamento negativo.

L'articolo dispone poi che al contravventore non è consentito di proseguire nella guida per almeno tre ore dall'accertamento dell'infrazione e che il veicolo – in mancanza di altro conducente idoneo – può essere fatto trainare fino al luogo indicato dall'interessato o alla più vicina autorimessa con affidamento in custodia al proprietario o al gestore.

Trattasi del contenuto dell'articolo 587 del regolamento di esecuzione del codice stradale

(decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1959, n. 420), che si ritiene opportuno trasformare nell'attuale testo, così come già operato dal progetto di nuovo codice stradale.

Nè può essere dimenticata, in questa sede, la condizione dei conducenti che riportino condanna per l'infrazione di cui sopra.

Si prevede perciò, con l'articolo 13, che il giudice, con la sentenza di condanna, segnali il soggetto alla unità sanitaria locale di residenza per gli accertamenti e l'eventuale trattamento del caso. Ma poichè quando si parla di condanna ci si deve riferire a quella definitiva e poichè i tempi per il passaggio in giudicato di una sentenza possono essere lunghi, data la possibilità di tre gradi di giudizio, occorre prevedere che tale segnalazione possa essere fatta anche durante la fase di accertamento giudiziale della colpevolezza, a somiglianza di quanto previsto dall'articolo 206 del codice penale per l'applicazione provvisoria di misure di sicurezza nei confronti dell'ubriaco abituale o dell'intossicato cronico.

È ovvio che una segnalazione del genere non comporta necessariamente privazione della libertà personale, perchè gli accertamenti da effettuare possono anche evidenziare una ingestione solo occasionale e non abitudinaria di bevande alcooliche, e del resto l'eventuale trattamento obbligatorio è disposto con le garanzie giurisdizionali indicate nell'articolo 3, lettera *e*), (articoli 34 e 35 della legge n. 833 del 1978).

Sembra utile, inoltre, specie ai fini preventivi, stabilire che nei casi in cui è consentita la sospensione condizionale della pena, salva restando comunque la disciplina sulle misure alternative introdotte dal capo III della legge 24 novembre 1981, n. 689, e dal capo I della legge 12 agosto 1982, n. 532, il giudice possa subordinare l'applicazione del beneficio alla condizione che l'interessato si sottoponga a trattamento di cura e di riabilitazione presso le unità sanitarie locali del luogo di residenza.

Per ragioni di equità e di opportunità si prevede che, se il trattamento di cui sopra si compie con successo prima della scadenza dei due anni stabiliti dagli articoli 163 e 167 del codice penale per l'operatività del beneficio, il reato è da considerare egualmente estinto.

Restano infine impregiudicate le disposizioni relative alla fabbricazione, al consumo, alla vendita e alla somministrazione ad altri soggetti particolari delle bevande alcooliche – e dirette a scoraggiarne l'uso inadeguato – già previste negli articoli 686, 687 (come modificato dall'articolo 33 della legge 24 novembre 1981, n. 689), 688, 689, 690 e 691 del codice penale, nonchè quelle contenute nel testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni.

L'articolo 14 contiene una semplice norma di coordinamento e infine con l'articolo 15 si prevedono i necessari finanziamenti per far fronte agli oneri che la presente proposta comporta.

* * *

Onorevoli senatori, a conclusione di questo non breve *excursus*, crediamo di aver sufficientemente illustrato l'importanza del fenomeno dell'alcoolismo e la necessità di affrontare e avviare a soluzione i problemi che – anche autonomamente rispetto alle altre forme di intossicazione voluttuaria – esso determina.

Confidiamo pertanto nella sollecita approvazione del presente disegno di legge, dichiarandoci tuttavia disponibili a qualunque suggerimento che possa migliorarne il contenuto.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(*Attribuzioni del Ministero della sanità*)

1. La prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati o condizioni patologici correlati all'abuso di bevande alcooliche sono sottoposte alle direttive, all'indirizzo e al coordinamento del Ministero della sanità, secondo i principi e gli obiettivi del servizio sanitario nazionale istituito con legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. L'Istituto superiore di sanità provvede a coordinare le rilevazioni epidemiologiche di cui all'articolo 2 ed annualmente trasmette tali dati al Ministro della sanità. Il Ministro riferisce al Parlamento sui dati epidemiologici, nonchè su ogni aspetto del problema, utilizzando anche le competenze di altra amministrazione interessata.

Art. 2.

(*Attribuzioni delle regioni*)

1. Le funzioni di prevenzione e di intervento contro le alcooldipendenze, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone interessate, sono determinate dalle regioni in applicazione dei criteri di indirizzo e di coordinamento stabiliti secondo l'articolo 1 e nell'ambito dei poteri loro attribuiti dall'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Le leggi regionali o i piani sanitari regionali, nel disciplinare il complesso dei servizi per la tutela della salute, dispongono fra l'altro l'istituzione di consorzi o di presìdi socio-sanitari, presso le unità sanitarie locali, che, a seconda delle necessità locali, svolgano, anche mediante gruppi interdisciplinari, le funzioni preventive, curative e riabilitative di cui al comma 1. Inoltre, in tale ambito, le regioni debbono prevedere una congrua dispo-

nibilità di posti letto di ricovero e per il trattamento delle alcooldipendenze in fasi per le quali si richiede il trattamento ospedaliero. Si deve predisporre altresì il collegamento dei presìdi sopra indicati con i servizi di salute mentale e per il trattamento della patologia psichiatrica correlata all'alcooldipendenza, utilizzando ove necessario anche il disposto degli articoli 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riguardanti il trattamento sanitario obbligatorio.

3. Le regioni possono prevedere altresì apposite convenzioni delle unità sanitarie locali con centri e associazioni private che predispongano e presentino dettagliati programmi in tal senso, anche di autoterapia, organizzati sulla base del volontariato senza fini di lucro.

4. Le regioni provvedono alla compilazione di statistiche annuali sull'andamento del fenomeno dell'alcoolismo nelle loro provincie, sui mezzi di prevenzione, di cura e di riabilitazione, nonchè sui risultati ottenuti e ne informano, trasmettendo tali dati, il Ministero della sanità e l'Istituto superiore di sanità. Per la realizzazione degli obiettivi, le regioni possono utilizzare il disposto del comma 2 dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

5. I formulari per le statistiche di cui al comma 4 debbono essere stabiliti, per uniformità, con decreto del Ministro della sanità.

Art. 3.

(*Attribuzioni delle unità sanitarie locali*)

1. Le disposizioni adottate in materia di prevenzione, cura e riabilitazione a favore delle persone alcooldipendenti, al fine di evitare conseguenze nocive per lo stato di salute, per la sicurezza del lavoro o della circolazione stradale, sono attuate, nel quadro dei piani sanitari regionali, dalle unità sanitarie locali con le modalità previste dagli articoli 19 e seguenti della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. A tale scopo esse:

a) promuovono con gli enti locali, con le forze sindacali, con gli organismi scolastici, con le associazioni culturali, con i gruppi di volontariato e con le cooperative di cui

all'articolo 4, che siano presenti nel territorio di competenza, programmi di ricerca per individuare le aree territoriali, le categorie sociali e le fasce di età dedite all'uso inadeguato di alcool;

b) diffondono tra la popolazione del loro territorio informazioni relative all'alcooldipendenza, con indicazione delle patologie, degli infortuni e degli incidenti conseguenti, promuovendo con gli enti e istituzioni suindicate conferenze, seminari e dibattiti al fine di una educazione sanitaria e sociale idonea anche ad eliminare o ad indicare i mezzi per rimuovere le cause di emarginazione sociale che possono indurre all'alcooldipendenza;

c) promuovono iniziative di educazione alla salute nei luoghi di lavoro per un intelligente consumo di alcool e di prevenzione del suo abuso nelle condizioni di lavoro particolarmente faticoso; inoltre operano per l'adeguata informazione dei rischi connessi all'interazione fra alcool, solventi e sostanze organiche in particolari ambienti di lavoro industriale;

d) anche al di fuori di quanto previsto alla lettera *g*) dell'articolo 9, promuovono e organizzano, sulla base dei piani sanitari regionali, corsi di formazione del loro personale sociosanitario e, se necessario, del personale dei presìdi ospedalieri sulle metodiche di trattamento e sulla problematica del settore;

e) nella organizzazione dei servizi dipartimentali di cui all'articolo 2, in applicazione dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle norme stabilite in materia dai piani sanitari regionali e/o dalle leggi regionali e fatti salvi gli interventi di urgenza demandati ai presìdi ospedalieri, provvedono ad erogare prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da alcooldipendenza.

3. Ai fini predetti il personale sanitario può servirsi della collaborazione di enti locali, associazioni e gruppi di volontariato impegnati nel settore nonchè di ex bevitori già recuperati o, ove occorra, delle cooperative di cui all'articolo 4.

4. Quando non siano in grado di fornire direttamente le prestazioni, vi provvedono mediante le convenzioni previste dall'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, o dal comma 3 dell'articolo 2.

5. Restano salve le disposizioni di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da applicare nei casi accertati di alcooldipendenza che richiedano l'applicazione di tali norme.

Art. 4.

(*Compiti dei comuni e delle provincie*)

1. I comuni singoli o associati e le comunità montane promuovono e coordinano le iniziative istituzionali e di volontariato a favore delle persone alcooldipendenti; in particolare promuovono la costituzione di comitati comunali, consortili o di comprensorio che collaborino con gli operatori socio-sanitari delle unità sanitarie locali alla realizzazione dei piani e dei programmi disposti per la prevenzione, la cura e la riabilitazione; favoriscono altresì, ai sensi dell'articolo 2511 e seguenti del codice civile, la costituzione di cooperative di solidarietà sociale, di lavoro, di comunità artigiane, agricole e di servizi, aperte alle persone di cui sopra.

2. Delle cooperative suindicate, e in particolare di quelle di solidarietà sociale dirette alla soddisfazione di interessi morali, assistenziali, culturali, educativi e ricreativi, possono far parte, oltre che studiosi ed esperti della materia, anche ex bevitori recuperati.

3. Le provincie coordinano le iniziative di cui al comma 1 e contribuiscono finanziariamente alla loro realizzazione.

Art. 5.

(*Attività di prevenzione nelle scuole*)

1. Nei piani sanitari regionali di cui all'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, deve essere previsto, nell'ambito delle iniziative di educazione sanitaria, un programma, da svolgere annualmente nelle scuole medie di ogni ordine e grado, di educazione e informazione socio-sanitaria sull'alcoolismo e sulle sue conseguenze.

2. Tale programma è predisposto tenendo conto anche delle rilevazioni epidemiologiche

regionali nelle zone di più alto rischio; possono essere sentiti altresì il Consiglio sanitario nazionale, il Consiglio superiore della pubblica istruzione e l'ufficio studi e programmazione del Ministero della pubblica istruzione, nonchè la commissione permanente di cui all'articolo 9.

3. Tali programmi verranno svolti di concerto con i provveditorati agli studi, nell'ambito di attività di educazione sanitaria rivolte alla prevenzione dell'abuso di sostanze tossiche, della farmacodipendenza, dell'alcoolismo, destinate agli studenti, ai docenti e ai genitori.

Art. 6.

(*Attività di prevenzione per i militari*)

1. Analoga attività di educazione sanitaria e di informazione sull'alcoolismo e le sue conseguenze deve essere svolta presso le accademie militari, le scuole per allievi ufficiali e sottufficiali, le caserme e i centri per i giovani in servizio di leva, secondo programmi annuali predisposti dal Ministero della difesa d'intesa con il Ministero della sanità ed attuati a cura della Direzione generale della sanità militare.

2. Analoghi programmi dovranno essere attivati per le accademie e i corpi militari dipendenti dai Ministeri dell'interno, delle finanze, di grazia e giustizia e dell'agricoltura e delle foreste, sempre d'intesa fra le amministrazioni competenti e il Ministero della sanità.

3. Rilevazioni statistiche e indagini epidemiologiche in materia di alcooldipendenza sono effettuate dai Ministeri predetti nei confronti dei militari e degli altri dipendenti indicati nei commi 1 e 2 e i dati relativi sono comunicati annualmente al Ministero della sanità, unitamente ai risultati dei programmi effettuati, ai sensi del comma 2 dell'articolo 1.

Art. 7.

(*Attività di prevenzione nei luoghi di lavoro*)

1. Attività di prevenzione contro l'alcooldipendenza deve essere svolta nei luoghi di lavoro, specie collettivo, mediante la predispo-

sizione di appositi programmi nei piani sanitari regionali e lo svolgimento di essi, di intesa con i titolari delle imprese, pubbliche e private, con le modalità e l'opera delle persone indicate nel comma 3 dell'articolo 5.

2. Con decreto congiunto del Ministro della sanità e del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, è istituita, presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), una commissione con il compito di aggiornare l'elenco delle mansioni di alta responsabilità per le quali si richiede un particolare controllo dell'abuso alcoolico, ai fini dell'idoneità a svolgere mansioni caratterizzate da alto rischio di incidenti, nonchè di aggiornare i criteri di valutazione in parte stabiliti dal decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, e successive modificazioni e integrazioni.

Art. 8.

(*Prestazioni per i detenuti e gli internati*)

1. I detenuti e gli internati per misure di sicurezza detentive che siano alcooldipendenti possono chiedere di essere sottoposti a trattamento curativo e riabilitativo all'interno degli istituti carcerari. Tale trattamento è assicurato dai servizi sanitari e sociali degli istituti di prevenzione e di pena, in collaborazione con le unità sanitarie locali ed i gruppi di autoterapia, che forniscono, se necessario, il personale qualificato a tale scopo. Le direzioni degli istituti suddetti predispongono, osservate le disposizioni dell'ordinamento penitenziario, le misure idonee a prevenire il diffondersi o l'estendersi delle alcooldipendenze fra i detenuti.

2. Le direzioni trasmettono ogni anno alle unità sanitarie locali i dati statistici relativi ai detenuti alcooldipendenti e ai risultati dei trattamenti effettuati.

3. Per i casi di alcooldipendenti pericolosi a sè o ad altri i dirigenti dei servizi sanitari degli istituti possono farne segnalazione al sindaco, in qualità di autorità sanitaria, per l'eventuale applicazione delle disposizioni indicate nel comma 5 dell'articolo 3.

4. All'atto della scarcerazione i soggetti interessati sono segnalati alle unità sanitarie locali del luogo di abituale residenza per le

eventuali necessità di ulteriore trattamento terapeutico e riabilitativo, da effettuare d'intesa con i consigli di aiuto sociale o con i centri di servizio sociale dipendenti dal Ministero di grazia e giustizia.

Art. 9.

(*Istituzione di una commissione permanente per l'alcoolismo*)

1. Al fine di assicurare il costante svolgimento delle attività di cui all'articolo 1, è istituita presso il Ministero della sanità – Direzione generale di medicina sociale – una commissione permanente per l'alcoolismo, con i seguenti compiti:

a) esaminare su base regionale, e con facoltà di richiedere supplementi di informazioni, i dati e le statistiche indicati al comma 4 dell'articolo 2 in modo da ottenere il corretto accertamento e aggiornamento dell'entità del fenomeno dell'alcoolismo, l'identificazione dei fattori biologici e psicologici che ne sono alla base, nonchè il rilevamento delle condizioni sociali e ambientali che ne favoriscono la diffusione. Tali dati possono essere utilizzati anche ai fini delle attività di cui agli articoli 53 e 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) comunicare al Ministro della sanità, entro il primo quadrimestre di ogni anno, e sulla scorta dei dati di cui alla lettera *a*), un rapporto sull'andamento del fenomeno, sui sistemi di prevenzione, di cura e di riabilitazione in atto nelle regioni, sulle eventuali carenze riscontrate e sugli interventi ritenuti necessari, secondo le modalità indicate dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, presso le unità sanitarie locali per l'attuazione di eventuali modelli di prevenzione, di cura e di riabilitazione, tenute presenti le esperienze interdisciplinari e quelle dei gruppi di autoterapia;

c) mantenere, di intesa, ove occorra, con altre direzioni generali del Ministero della sanità, i rapporti con enti e organizzazioni internazionali, anche privati, che abbiano competenza in materia; fare proposte o esprimere pareri per l'esecuzione di adempimenti relativi a tale materia, previsti da trattati o convenzioni internazionali o da direttive della Comunità economica europea;

d) comunicare al Ministro della sanità, di intesa con il Consiglio superiore di sanità, eventuali indicazioni di criteri diagnostici uniformi per il riconoscimento delle sindromi da alcooldipendenza, ovvero fare proposte per la individuazione di tali criteri;

e) formulare proposte per la realizzazione, anche in collaborazione con altri organi o enti, pubblici o privati, nazionali o esteri, di pubblicazioni, studi e ricerche rivolti a chiarire i fattori eziologici e patogenetici delle alcooldipendenze e delle loro conseguenze negative per la salute dell'individuo e della sua prole, nonchè i riflessi sulle varie componenti sociali;

f) formulare proposte, di intesa con le altre amministrazioni interessate e con le autorità regionali competenti, per la predisposizione di programmi annuali di educazione e di informazione socio-sanitaria, da svolgere nelle scuole, nelle caserme, accademie e scuole militari, nelle comunità sanitarie e negli ambienti di lavoro, e diretta soprattutto alla elaborazione di criteri per scoraggiare l'uso inadeguato delle bevande alcooliche, nonchè alla prevenzione degli incidenti del traffico e del lavoro dovuti alla influenza dell'alcool;

g) proporre, di intesa con le autorità regionali e sentiti, ove occorra, l'Istituto superiore di sanità e le altre amministrazioni interessate, l'organizzazione di corsi di studio per la formazione e l'aggiornamento del personale necessario per le attività di prevenzione, di cura e di recupero sociale delle persone alcooldipendenti;

h) fornire pareri al Ministro della sanità su ogni altra materia che abbia attinenza alla lotta contro le alcooldipendenze ed espletare ogni altro compito che in relazione ad essa sia delegato dal Ministro medesimo.

2. Per l'attuazione di quanto previsto nel comma 1 la commissione può nominare nel suo seno comitati ristretti con compiti referenti e può acquisire pareri di altre amministrazioni, uffici ed enti, pubblici o privati.

3. Gli atti e gli elaborati della commissione sono disponibili e possono essere resi pubblici, per intero o per estratto, nel «Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo» o in altre pubblicazioni dello Stato.

Art. 10.

(*Composizione della commissione permanente per l'alcoolismo e spese per il suo funzionamento*)

1. La commissione di cui all'articolo 9 è presieduta dal Ministro della sanità o da un Sottosegretario da lui delegato ed è composta da:

a) il direttore generale o il vice direttore generale della Direzione generale di medicina sociale, che ne è vice presidente;

b) il direttore dell'Istituto superiore di sanità o un suo rappresentante;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

d) un rappresentante del Ministero dell'agricoltura e delle foreste;

e) un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione;

f) un rappresentante della Direzione generale della sanità militare;

g) un rappresentante del Consiglio superiore di sanità designato dal presidente fra i membri del Consiglio stesso;

h) dieci componenti, nominati con decreto del Ministro della sanità, scelti fra coloro che abbiano maturato una comprovata esperienza professionale nel settore delle alcooldipendenze, e cioè:

1) un esperto per ciascuno degli aspetti epidemiologico, farmacologico, giuridico e psicologico;

2) due esperti degli aspetti clinici;

3) tre esperti degli aspetti socio-riabilitativi connessi all'abuso di alcool, di cui due ex bevitori recuperati;

4) un esperto del settore della produzione e del commercio di bevande alcooliche.

2. In caso di impedimento del presidente, il vice presidente ne esercita le funzioni.

3. La commissione ha una segreteria composta di due appartenenti alla Direzione generale di medicina sociale, di cui un impiegato della carriera direttiva, che la dirige, e di due appartenenti alla carriera esecutiva del Ministero della sanità, con qualifica di dattilografi.

4. I componenti della commissione durano in carica tre anni, possono essere confermati e

non possono farsi sostituire, salvo nei casi previsti nel presente articolo.

5. La commissione si riunisce presso il Ministero della sanità, in sessione ordinaria, ogni bimestre. Può riunirsi in via straordinaria per disposizione del Ministro della sanità o su richiesta di almeno la metà dei suoi membri, escluso il presidente. Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza di almeno i due terzi dei componenti, oltre a quella del presidente.

6. È in facoltà del Ministro della sanità fare intervenire in singole adunanze della commissione, per lo studio di speciali questioni o in caso di particolari indagini, persone estranee di riconosciuta competenza nella materia, ma senza diritto di voto.

7. Ai componenti della commissione e agli intervenienti di cui al comma 6 sono corrisposti, per ogni seduta alla quale partecipano, un gettone di presenza e la indennità di trasferta, per coloro che risiedono fuori Roma, a più di trenta chilometri di distanza, pari a quelli spettanti ai dirigenti generali del Ministero della sanità.

8. Per eventuali missioni, anche all'estero, spetta il trattamento previsto per i dirigenti generali di cui al comma 7.

9. Per il funzionamento della commissione, in relazione ai compiti indicati nell'articolo 9, il Ministro della sanità determina nel bilancio annuale i necessari stanziamenti.

Art. 11.

(*Guida sotto l'influenza dell'alcool*)

1. È vietato guidare sotto l'influenza dell'alcool.

2. Ai fini della disposizione di cui al comma 1, si considera sotto l'influenza dell'alcool il conducente del veicolo che risulta avere un tasso alcoolemico non inferiore a ottanta milligrammi per cento millilitri (0,80 grammi per litro) ovvero, nelle urine, di centosette milligrammi per cento millilitri.

3. Chiunque, sulla base degli accertamenti di cui all'articolo 12 ovvero di altri elementi di prova, risulta avere guidato con il tasso alcoolemico di cui al comma 2 è punito con l'ammenda da lire centomila a lire quattrocentomila.

4. Se dal fatto deriva un incidente stradale con lesioni personali, la pena è dell'arresto fino a sei mesi e dell'ammenda da lire centomila a lire quattrocentomila.

5. Se il tasso alcoolemico, accertato come previsto all'articolo 12, risulta non inferiore a centotrenta milligrammi per cento millilitri (1,30 grammi per litro) o, nelle urine, a centosettantaquattro milligrammi per cento millilitri, la pena è dell'arresto fino a otto mesi o dell'ammenda da lire duecentomila a lire ottocentomila.

6. Se dal fatto deriva un incidente stradale con lesioni personali, le pene di cui al comma 5 si applicano congiuntamente.

7. È fatta salva, in caso di recidiva, l'applicazione dell'articolo 99 del codice penale, modificato dall'articolo 9 del decreto-legge 11 aprile 1974, n. 99, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 giugno 1974, n. 220, nonchè dell'articolo 91 del testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393.

Art. 12.

(*Mezzi di accertamento*)

1. In caso di incidente stradale o quando si abbia fondato motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool, il giudice può disporre, anche verbalmente, l'esame dell'aria espirata mediante un apparecchio avente le caratteristiche indicate dal Ministro della sanità con decreto emanato di concerto con i Ministri dei trasporti, dei lavori pubblici e dell'interno.

2. In caso di necessità ed urgenza, qualora non sia possibile ottenere tempestivamente un provvedimento del giudice per assicurare un immediato accertamento, all'esame previsto al comma 1 possono procedere i funzionari, gli ufficiali e gli agenti di cui all'articolo 137 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, che ne riferiscono entro quarantotto ore al giudice per la convalida.

3. Qualora dall'esame dell'aria espirata ri-

sulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico non inferiore a ottanta milligrammi per cento millilitri, il conducente non può proseguire nella guida per un periodo di almeno tre ore dall'accertamento e il veicolo, se non può essere guidato da altra persona idonea, può essere fatto trainare fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o al gestore di essa con le normali garanzie per la custodia.

4. Il conducente tuttavia può chiedere di essere sottoposto tempestivamente a prelievo del sangue o, in caso di impossibilità, a prelievo delle urine, da effettuare a cura di un medico del più vicino ospedale o unità sanitaria locale o del medico condotto o dell'ufficiale sanitario, al fine di determinare il tasso alcoolemico.

5. Agli stessi fini, in ogni caso di incidente stradale con lesioni personali i prelievi possono essere disposti dal giudice ovvero, ricorrendo la necessità ed urgenza di cui al comma 2, dai funzionari, ufficiali ed agenti ivi indicati, che ne riferiscono entro quarantotto ore al giudice per la convalida.

6. Se il giudice non convalida entro altre quarantotto ore i provvedimenti provvisori come sopra adottati, questi si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

7. L'analisi alcoolemica deve essere effettuata secondo le modalità e le tecniche stabilite dal Ministro della sanità con decreto da emanarsi di concerto con i Ministri dei trasporti, dei lavori pubblici e dell'interno, e con le garanzie previste dagli articoli 304-*bis* e seguenti del codice di procedura penale.

8. L'esame dell'aria espirata e l'analisi alcoolemica non esimono coloro che espletano servizi di polizia stradale dal compiere ogni altro idoneo accertamento.

9. In caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti di cui ai commi 1, 2 e 5, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a dodici mesi o con l'ammenda da lire quattrocentomila a lire un milione.

10. Se dal fatto è derivato un incidente stradale con lesioni personali, le pene si applicano congiuntamente.

Art. 13.

(*Condannati per guida sotto l'influenza dell'alcool*)

1. I conducenti dei veicoli condannati per guida sotto l'influenza dell'alcool ai sensi dell'articolo 11 devono essere segnalati dal giudice alle unità sanitarie locali per gli accertamenti e l'eventuale trattamento del caso, di cui all'articolo 3, lettera *e*).

2. La segnalazione predetta può avvenire anche se la condanna non è definitiva, quando per le circostanze dei fatti vi è fondato motivo di ritenere che l'interessato è alcooldipendente.

3. Salve le disposizioni del capo III della legge 24 novembre 1981, n. 689, e del capo I della legge 12 agosto 1982, n. 532, il giudice che ritiene di concedere per il reato di cui al comma 1 la sospensione condizionale della pena può subordinarne la concessione e gli effetti alla sottoposizione dell'interessato a trattamento terapeutico e riabilitativo presso l'unità sanitaria del luogo di residenza.

4. Il completamento del trattamento, segnalato al giudice dal dirigente sanitario dell'unità di cui al comma 3, estingue il reato anche se non è decorso il termine previsto dall'articolo 163 del codice penale.

Art. 14.

(*Norme di coordinamento*)

1. La lettera *h*) del terzo comma dell'articolo 91 del testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, è sostituita con la seguente:

«*h*) divieto di guidare sotto l'influenza dell'alcool».

2. L'articolo 132 del testo unico predetto, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, e l'articolo 587 del regolamento di esecuzione, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1959, n. 420, sono abrogati.

Art. 15.

(*Finanziamenti*)

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge il Ministero della sanità e gli altri Ministeri interessati provvedono stanziando ogni anno nei rispettivi bilanci i necessari finanziamenti per gli interventi diretti e, ove occorra, per quelli delle regioni e delle provincie.

2. L'eventuale finanziamento delle regioni e delle provincie avviene in base a dettagliati piani operativi predisposti per le varie iniziative dalle regioni e inviati ai competenti Ministeri entro il mese di ottobre di ciascun anno.