

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3755

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BORRUSO, GARAVAGLIA, CIRINO POMICINO, ALLOCCA, ALESSI, ALIVERTI, ARMELLIN, BALESTRACCI, BELUSSI, BIANCHI, BISAGNO, BOFFARDI, BORRI, BROCCA, CACCIA, CAIATI, CAPPELLI, CRISTOFORI, DEGAN, FARAGUTI, FELICI, FERRARI SILVESTRO, FORNASARI, FUSARO, IANNIELLO, LAFORGIA, LAGANA, LA LOGGIA, LATTANZIO, LEONE, LUCCHESI, MANCINI VINCENZO, MARABINI, MAROLI, MARZOTTO CAOTORTA, MENZIANI, MEROLLI, MEUCCI, NAPOLI, PATRIA, PAVONE, PEZZATI, PICCOLI MARIA SANTA, PISICCHIO, PUCCI, QUIETI, RENDE, ROSSI, RUSSO RAFFAELE, RUSSO VINCENZO, SCAIOLA, SCOZIA, SINESIO, SULLO, TANTALO, VIETTI, ZANFORLIN, ZOPPI, ZOSO, ZUECH

Presentata il 17 novembre 1982

Norme concernenti la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcooldipendenze

ONOREVOLI COLLEGHI! — La rapida evoluzione che nel corso degli anni il fenomeno dell'alcoolismo ha subito 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 esaminarne compiutamente i vari aspetti.

Non tutti sono sufficientemente informati dell'argomento perché, specialmente a causa della convinzione che fa ritenere l'alcool, e per esso il vino, fattore esclu-

sivamente energetico, vi è ancora un'errata educazione sanitaria al riguardo.

Bisogna invece correggere tale convinzione, diffusa anche in ambienti responsabili, secondo cui il vino è solo bevanda alimentare; i casi di alcoolisti cronici sono perfettamente governabili, i bevitori italiani non costituiscono un problema, in quanto la bevanda più usata è il vino e gli alcoolici di forte gradazione non hanno per ora un consumo rilevante.

È pur vero che il vino e gli alcoolici in generale, non producono danni se assunti in quantità moderata durante i pasti ed hanno anzi valore alimentare, ma deve sottolinearsi altresì — come emerge anche dai

più qualificati convegni nazionali e internazionali — che il consumo di *anidro* (ossia di alcool puro) nel nostro paese è molto elevato (circa 14 litri annui *pro capite*, a volere 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, preceduto, 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 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 è quindi presente con innegabile serietà anche in Italia, principalmente sulle 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 ad intossicazione alcoolica.

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, 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.

Naturalmente, data la carenza di strutture idonee, cui dovrà far fronte la riforma sanitaria, mancano ancora statistiche

precise ed ufficiali sul loro numero, ma il denunciato aumento delle morti e dei ricoveri dovuti prevalentemente a tale fattore (da 18 morti su centomila abitanti per cirrosi epatica nel 1961 a 34 morti nel 1976; da 3 morti su centomila abitanti per tumore all'esofago nel 1960 a 6 morti nel 1975; incremento dei ricoveri del 200 per cento dal 1954 al 1974) rende allarmante la situazione anche in Italia, tanto più considerando che persino i giovani, fino a qualche anno fa tendenti a preferire stupefacenti o psicotropi all'alcool, ora fanno uso pressoché indiscriminato e contemporaneo di tutte tali sostanze.

Il nostro paese non ha fatto nulla, o quasi, finora, per arginare il fenomeno: neppure per accertare con mezzi idonei la guida in stato di ebbrezza.

L'alcoolismo, inteso come malattia sociale, è concetto che si fa strada molto faticosamente e di conseguenza non si è apprestato in via generale alcuno strumento o struttura per prevenirne le cause e combatterne adeguatamente gli effetti. Solo su base regionale si sono avuti alcuni interventi legislativi — più programmatici che concreti, in via di massima — ma in concomitanza con l'applicazione degli articoli 90 e 91 della legge n. 685 del 22 dicembre 1975 sugli stupefacenti che di sfuggita accennano anche all'alcoolismo.

Merita segnalazione però la legge della regione Lazio n. 46 dell'11 settembre 1976 e, ancor più, quella del 29 luglio 1982 che per molti versi è in linea con la presente proposta. Vanno altresì ricordate le iniziative della regione Veneto (vedere legge 31 maggio 1980, n. 75) e della regione Friuli-Venezia Giulia (vedere legge 9 maggio 1977, n. 24).

Negli altri paesi invece l'interesse al problema ha trovato risponderne più concrete e prevalentemente più efficaci.

In *Austria* — dove sono stati registrati nel 1980 trecentomila alcooldipendenti — è possibile per decisione giudiziale l'internamento obbligatorio dell'alcooolista 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 previste 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 0,8 mg. per millilitri, 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 0,8 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 avere ingerito bevande con alcool superiore allo 0,75 per cento in volume, ed è previsto 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 (0,8 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 5 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: 0,50-1,50, 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 perché numerose associazioni a carattere religioso svolgono un'attività 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 0,5 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'alcolismo alla stregua di una qualsiasi malat-

tia. 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 1978 (The Inebriate Act) e poi in una legge del 1904 (The Balfour Act) relativa al controllo degli spacci, alla produzione e importazione di bevande alcoliche, nonché agli orari di vendita. Il Licensing Bill del 1960 ha eliminato alcune restrizioni, ma aggravato le pene pecuniarie per i trasgressori (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 0,8 per mille. Molto proficua si dimostra poi l'opera di associazioni, anche private; si può spiegare così facilmente il caso singolare della città di Carlisle, capitato molti anni fa, dove tutti gli spacci di bevande alcoliche 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 *slivowitz* tratto dalle prugne. Ma da qualche decennio esso è stato affrontato decisamente anche in quello Stato, con programmi educativi sistematici rivolti ai giovani e con la istituzione di centri di trattamento per alcoolisti in molte città (degnò 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 tribu-

nale può disporre l'internamento in un istituto specializzato e in caso di recidiva è previsto persino il lavoro obbligatorio. Finanziato con una parte notevole degli introiti derivanti dal commercio delle bevande alcoliche (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 i centri 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 di 0,5 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 alcoolipendenze (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 0,5 per cento.

In Polonia la legislazione antialcoolica ha carattere prevalentemente fiscale (restrizione dei giorni e 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 di 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 organizzazio-

ni laiche e religiose (come la Kruczata Trzewosci, simile ai movimenti della temperanza). Anche in Polonia vi è il tasso alcoolemico dello 0,5 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: 0,8 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 assistenti 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, come ancora 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, perché — 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 alcoliche sul posto di lavoro: il *dépistage* precoce dei lavoratori (che dà risultati del 34 per cento in media, rispetto al 15 per cento circa della Francia) è appoggiato dagli stessi sindacati e inoltre presso le grandi aziende i *counselors* (spesso ex alcoolisti) vigilano contro l'uso smodato di alcool. Una legge del 1970 (Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment and Reha-

bilitation 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 mila circoli negli USA e più di 30 mila 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 *schnapps*, 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*) nonché 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 Länken Karmaförhund e la Sällskapet Länarna) 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 di 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 subito 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 0,8 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 alcoliche e un incaricato del « Fürsorger » (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.

Nell'Unione Sovietica infine, 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, nonché 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 16 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 ginepro ricavato dal riso) è ancora modesto, in Africa, nonostante l'islamismo predominante, il consumo di alcool sta assumendo proporzioni rilevanti, sicché 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 alcoliche, sia attraverso l'informazione, sempre più intensa in questi ultimi anni, sia mediante l'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) nonché della legge 9 luglio 1970 (modificata il 12 lu-

glio 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 (0,8 e 1,20) con pene diverse. A seguito di segnalazione (giudici, 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, nonché 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.

Nel nostro paese, come s'è già detto, il problema non è ancora adeguatamente sentito; così, mentre s'è dato rilievo prevalente al fenomeno della droga, esploso in tutta la sua evidenza a cominciare dalla fine degli anni sessanta, non altrettanto s'è fatto per quello dell'abuso di alcool.

Sicché giustamente si levano le voci degli esperti e degli studiosi ad invocare analoga sensibilizzazione per le alcool dipendenze. Anche la Corte costituzionale in una recente sentenza (20-27 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 perché, anche a voler tenere nel debito conto l'equiparazione in tema di imputabilità (articoli 91-95 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 di 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 o di attentati alla salute ». Per cui « sono auspicabili tipi di approccio capaci di mettere freni oggettivamente più incisivi (di quelli che può produrre l'articolo 688 del codice penale) alla diffusione sregolata dell'alcool », nonché di « contrapporre antidoti soggettivamente più efficaci all'abuso di esso, operando sia 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 », sicché « 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 ».

Onorevoli colleghi, posto che, ripetesi, il fenomeno dell'alcoolismo — nel senso già spiegato di uso non corretto o non moderato di bevande alcooliche, specialmente di vino — è ancora ampiamente sottovalutato rispetto alle altre intossicazioni, occorre finalmente fare qualcosa di concreto. Soprattutto non è chiara ai più la

figura e la connotazione dell'alcoolista, come bevitore che non sa più fare a meno del « calicino » o dell'« ombretta », in ogni ora del giorno e fuori dei pasti, e che continua comunque a svolgere la sua attività ignaro dei danni cui va incontro e convinto, anzi, come tutti coloro che abusano di qualcosa, di avere una tolleranza perfetta.

In verità la stessa legge 685 del 1975 sugli stupefacenti contiene soltanto un accenno all'alcoolismo nell'ultimo comma dell'articolo 90, quando dispone — con 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, sicché è la legge numero 833 del 1978 che dovrà ora occuparsi della materia, avendo affidato alle USL (articolo 14) la predisposizione di tutti i mezzi per fronteggiare, anche in prevenzione, ogni patologia che può colpire il singolo o la collettività.

Non mancano proposte per la modifica e l'adeguamento della citata legge sugli stupefacenti in modo da comprendere anche il problema dell'alcoolismo (e in alcuni casi pure quello del tabagismo) — come ad esempio la proposta n. 1852 del deputato DC Cirino Pomicino ed altri, quella n. 1982 del deputato del PCI Tagliabue ed altri, quella n. 2030 del deputato del PSI Seppia ed altri, per citarne solo alcune — ma vedere tale fenomeno nello stesso quadro delle tossicodipendenze da stupefacenti potrebbe fare affievolire l'interesse che esso merita, data l'importanza prevalente che — sia pur erroneamente, come s'è visto — si attribuisce alla droga propriamente detta. E ciò senza contare che il trattamento riabilitativo e la prevenzione per gli alcoolisti possono essere rapportati anche a matrici e moti-

vazioni diverse, 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 di recente da alcuni deputati (n. 1-00220 dell'8 ottobre 1982) ha focalizzato la necessità di affrontare decisamente tale 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.

Non è l'etilismo acuto che perocupa eccessivamente, perché esso ha una punta verticale spesso di occasionalità ed anche i casi di intossicazione cronica sono più facilmente individuabili e governabili (come pure sostengono coloro che, interessati o non, tendono a svilire la portata del fenomeno).

È piuttosto la diffusione in senso orizzontale dell'uso non moderato, specie di vino, che deve preoccupare chi è preposto alla tutela della salute e alla sicurezza del lavoro e della circolazione.

E poiché finora nulla è stato attuato, nonostante i tentativi fatti (una Commissione istituita presso il Ministero della sanità nel 1971 e confermata nel 1973, nel 1977 e nel 1981 con il compito di proporre strutture e attività per una lotta alle alcoolodipendenze non ha approdato ad alcun risultato; anche la predisposizione, fin dal 1977, nel progetto di nuovo codice stradale, di norme che fissino un tasso limite di alcoolemia per i conducenti di autoveicoli e che consentano l'accertamento della guida in stato di ebbrezza mediante i moderni mezzi è rimasta inoperosa perché la nuova disciplina della circolazione stradale è ancora ferma all'esame preliminare della competente Commissione parlamentare), la presente proposta di legge mira a rompere ogni indugio. È tempo, ormai, di attuare finalmente una politica di intervento, con il supporto di quelle

strutture che la riforma sanitaria, sia pure faticosamente, si appresta a realizzare.

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 locali, 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 USL 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'alcoolodipendenza e delle relative conseguenze (tra cui infortuni e incidenti), attuando conversazioni e dibattiti al fine predetto, tentando così di realizzare quell'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 disposizione stabilisce, infine — e questo si prospetta come uno dei compiti principali delle USL nel quadro degli scopi che la proposta di legge si prefigge — la istituzione da parte loro, entro breve termine (sei mesi) e su delega delle regioni, di un apposito servizio medico-sociale per alcoolisti, composto — con criteri di interdisciplinarietà — da medici, anche psichiatrici, da psicologi, assistenti sociali e, possibilmente, da ex alcoolisti esperti dei problemi del settore. Alla istituzione di tale servizio collaboreranno gli enti locali e le forze sociali sopra indicate. Si potranno così individuare e raccogliere le segnalazioni degli alcoolisti (bevitori abituali, ma non necessariamente intossicati cronici) che potranno provenire da autorità sanitarie o giudiziarie ovvero dai servizi sociali. Il servizio di cui trattasi disporrà inchieste sociali sulla personalità dei soggetti e sul loro comportamento, nonché esami clinici specializzati; quando emergeranno segni di alcoolismo — nel senso già spiegato — gli interessati saranno indotti con la persuasione a sottoporsi volontariamente a trattamento, il più possibile personalizzato e programmato, sia presso le stesse USL, sia presso ospedali o centri idonei. È prevista inoltre per le ipotesi di rifiuto o di ingiustificata interruzione del trattamento, la segnalazione del caso al tribunale civile che, valutate le circostanze, potrà ordinare il ricovero ai sensi della normativa già esistente per le tossicomanie.

La scelta del trattamento obbligatorio nei casi di necessità è dettata da esigenze sociali sentite dalla maggior parte degli esperti del problema, nel quadro dei principi fissati dall'articolo 32 della Costituzione; d'altro canto, sono previste tutte le garanzie individuali, anche di temporaneità, già apprestate dagli articoli 100, 101 e 102 della legge n. 685 del 1975.

Tuttavia, per non vanificare gli intenti che con tale scelta si perseguono (vanificazione attualmente possibile per la disciplina richiamata, che non prevede espresse sanzioni per le ipotesi di inosservanza, donde una delle critiche alla legge citata), si stabilisce che la mancata sottoposizione al trattamento obbligatorio, sia penalmente sanzionata con la stessa pena fissata dall'articolo 650 del codice penale (arresto o ammenda), per chi non ottempera a un ordine legalmente impartito dall'autorità per ragioni di giustizia, di sicurezza, di ordine pubblico o di igiene. All'infrazione, di natura contravvenzionale, potrebbe però essere applicabile, per l'articolo 126 della legge 24 novembre 1981, n. 689, l'articolo 162-bis del codice penale che consente, a certe condizioni, l'oblazione anche per le contravvenzioni punibili con pena alternativa (arresto o ammenda, come nel caso). E poiché il pagamento della somma versata a titolo di oblazione estingue il reato, appare logico ed equo disporre — per sopperire ad una irragionevole omissione dell'articolo 137 della citata legge n. 689 del 1981 — che la eventuale sentenza istruttoria di non doversi procedere per intervenuta oblazione non venga iscritta nel casellario giudiziale.

Restano salve le prerogative attribuite in via generale al sindaco dall'articolo 33 della legge sulla riforma sanitaria (n. 833 del 1978) e relative agli accertamenti e al trattamento obbligatori nei casi consentiti.

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 USL 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 province 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), nonché 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) possano 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 pro-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

grammi stabiliti dal Ministero della difesa, da quello dell'interno, delle finanze, di grazia e giustizia e dell'agricoltura e 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, affinché 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 rende perciò oltremodo utile un'opera di informazione preventiva sui pericoli derivanti da una cattiva abitudine e dal non saper bere, nonché 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 quello 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 USL e soprattutto convinti, nell'interesse loro e della collettività, a fruire dell'opera dei servizi medico-sociali che le stesse USL dovranno istituire a norma dell'articolo 3, lettera d).

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 pre-

venzione e di pena, che possono avvalersi della collaborazione delle USL 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 degli stabilimenti carcerari di promuovere il ricovero e il trattamento obbligatorio dei soggetti che abbiano fondato motivo di ritenere pericolosi a sé o ad altri, mediante il ricorso alle disposizioni contenute nel precedente articolo 3, lettera d).

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 internazione e sul reinserimento nella società.

Infine, poiché 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 USL del luogo di residenza abituale affinché siano ulteriormente seguiti — in collaborazione con i centri di servizio sociale o con i consigli di aiuto 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 nella presente proposta 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 nonché di formazione e di aggiornamento del personale previsti nei precedenti articoli. Il tutto in un quadro di acquisizione di dati utili anche al Ministro, 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, pubbliche o private, 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 alcoliche, 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 15 componenti, di cui — oltre al Ministro o al Sottosegretario da lui delegato che la presiede — otto esperti dei vari aspetti connessi all'abuso dell'alcool (e cioè aspetti clinici, farmacologici, giuridici, psicologici, sociali e riabilitativi), due ex alcoolisti,

quattro rappresentanti degli organi pubblici interessati: direzione generale di medicina sociale, Istituto superiore di sanità, Consiglio nazionale delle ricerche, Consiglio superiore della sanità. Sono previste sessioni bimestrali ordinarie e riunioni straordinarie; sono stabilite inoltre norme procedurali per la validità delle sedute, nonché disposizioni per la corresponsione di un gettone di presenza e di eventuali indennità ai partecipanti. È stabilito anche lo stanziamento di fondi per il suo finanziamento 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 alcoliche 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 —, ed è anche noto che il progetto di nuovo codice stradale, tenuto conto della pratica inoperosità di dette norme per ventitre 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 quella n. 21 del 14 giugno 1967 del Consiglio dei ministri della Conferenza europea dei ministri dei trasporti

— CEMT, nonché le « Linee direttrici concernenti le infrazioni in un codice stradale europeo » pubblicato dallo stesso Consiglio d'Europa nel 1979).

Tuttavia, poiché il disegno di legge delega, che dovrebbe consentire l'adozione del nuovo codice stradale, annunciato a Stresa nel 1977, ha impiegato circa tre anni prima dell'inizio del suo *iter* parlamentare, e sono già due anni che è all'esame della competente Commissione del Senato, vi è da temere seriamente che i tempi della sua definitiva approvazione saranno ancora lunghi e che la nuova disciplina diventi superata prima del suo apparire.

Si rende perciò 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 del 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 in caso di emofilia).

Con l'articolo 11 si stabilisce appunto che è vietato guidare *sotto l'influenza dell'alcool*. La dizione è comprensiva della conduzione di ogni genere di veicolo (a motore o senza) e l'espressione adottata è quella suggerita dal Consiglio d'Europa come la più rispondente, in via generale, alla condizione fisio-psichica del soggetto. Del resto è da considerare che quella della norma vigente (stato di ebbrezza) ha assunto solo 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.

Viene fissato inoltre allo 0,8 per mille (80 milligrammi per 100 millilitri) il limite

di tasso alcoolemico, in aderenza alla risoluzione citata del Consiglio d'Europa (un tasso inferiore, come pure da alcuni auspicato, non sembra, almeno per ora, consigliabile). In caso di esame delle urine il limite giusto appare quello di 107 milligrammi per 100 millilitri, corrispondente, secondo gli studi più accreditati ed anche secondo alcune legislazioni (ad esempio quella del Regno Unito britannico) al tasso dello 0,8 nel sangue.

Sono previste pene alternative (arresto o ammenda) in via generale e pene congiunte (arresto e ammenda) in caso di incidente con lesioni alle persone. Per i casi di recidiva le sanzioni sono aumentate e, ricorrendone i presupposti, sono applicabili le disposizioni relative alla sospensione della patente di guida.

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.

Né 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 al servizio medico-sociale della USL di residenza per gli accertamenti del caso e l'eventuale trattamento. Ma poiché quando si parla di condanna ci si deve riferire a quella definitiva e poiché 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, perché gli accertamenti da effettuare possono anche evidenziare una ingestione solo occasionale e non abitudinaria di bevande alcoliche, e del resto l'eventuale trattamento obbligatorio è di-

sposto con le garanzie giurisdizionali indicate nell'articolo 3, lettera *d*).

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. 352 —, il giudice possa subordinare l'applicazione del beneficio alla condizione che l'interessato si sottoponga a trattamento di cura e di riabilitazione presso la USL 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.

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 colleghi, a conclusione di questo non breve *excursus* crediamo di avere 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 della presente proposta, dichiarandoci tuttavia disponibili a qualunque suggerimento che possa migliorarne il contenuto.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Attribuzioni del Ministero della sanità).

La prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati o condizioni patologici correlati all'abuso di bevande alcoliche 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 la legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 2.

(Attribuzioni delle regioni).

Le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso inadeguato di alcool, 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 precedente e nell'ambito dei poteri loro attribuiti dall'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

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 socio-sanitari, ovvero di servizi dipartimentali presso le unità sanitarie locali, che svolgano, mediante gruppi interdisciplinari di operatori medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali e, se necessario, di paramedici ed ausiliari socio-sanitari, le funzioni preventive, curative e riabilitative di cui sopra. Possono prevedere altresì apposite convenzioni delle unità sanitarie locali con centri e associazioni privati che predispongano e presentino dettagliati programmi in tal senso, anche di autoterapia, organizzati sulla base del volontariato senza fini di lucro.

Le regioni provvedono alla compilazione di statistiche annuali sull'andamento

del fenomeno dell'alcoolismo nelle loro province, sui mezzi di prevenzione, di cura e di riabilitazione, nonché sui risultati ottenuti e ne informano il Ministero della sanità.

I formulari per le statistiche di cui sopra possono essere stabiliti, per uniformità, con decreto del Ministro della sanità.

ART. 3.

(Attribuzioni delle unità sanitarie locali).

Le disposizioni adottate in materia di prevenzione, cura e riabilitazione a favore delle persone dedite all'uso inadeguato di alcool, che può produrre 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.

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 seguente, 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'uso inadeguato di alcool, 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'uso inadeguato di alcool;

c) anche indipendentemente da quanto previsto al successivo n. 7 dell'articolo 9, promuovono e organizzano, sulla base

dei piani sanitari regionali, corsi di formazione del loro personale socio-sanitario e, se necessario, del personale dei presidi ospedalieri sulle metodiche di trattamento e sulla problematica del settore;

d) nella organizzazione dei servizi dipartimentali di cui all'articolo precedente, e salvi gli interventi di urgenza demandati ai presidi ospedalieri, istituiscono, su delega della regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, in collaborazione con gli altri enti locali, con le associazioni e gruppi di volontariato impegnati nel settore, nonché, ove occorra, con le cooperative di cui all'articolo seguente, un servizio medico sociale, composto di medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali ed altri esperti, anche ex alcoolisti, con il compito di raccogliere le segnalazioni di alcolisti che provengono da autorità sanitarie o giudiziarie o da altri servizi sociali.

Salve le disposizioni dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il servizio predetto provvede a fare effettuare una inchiesta sociale sulla personalità del soggetto e il suo comportamento attuale e precedente, fa procedere ad un esame clinico da parte di un sanitario specializzato e, ove occorre, cerca di persuadere il soggetto a sottoporsi a cura attuando, per quanto possibile, una terapia programmata o un trattamento personalizzato diretti alla riabilitazione psicofisica dell'interessato e al suo reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo. Tale trattamento può essere effettuato anche presso un ospedale o dispensario idonei allo scopo.

In caso di insuccesso o quando vi è fondato motivo di ritenere che trattasi di soggetto dedito all'uso inadeguato di bevande alcoliche, il servizio può segnalare il caso al tribunale civile che, se lo reputa necessario, può ordinare il ricovero in un luogo di cura idoneo secondo le disposizioni degli articoli 100, 101 e 102 della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

L'inosservanza del trattamento obbligatorio è punita con le pene previste dall'ar-

articolo 650 del codice penale. L'eventuale applicazione dell'articolo 162-bis del codice penale, di cui all'articolo 126 della legge 24 novembre 1981, n. 689, comporta la non iscrizione nel casellario giudiziale.

ART. 4.

(Compiti dei comuni e delle province).

I comuni singoli o associati e le comunità montane promuovono e coordinano tutte le iniziative istituzionali e di volontariato a favore delle persone dedite all'uso inadeguato di alcool; 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.

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 alcoolisti.

Le province coordinano, qualora non vi provveda la legge regionale, le iniziative di cui al primo comma e contribuiscono finanziariamente alla loro realizzazione.

ART. 5.

(Attività di prevenzione nelle scuole).

Nei piani sanitari regionali di cui all'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, deve essere previsto, tra l'altro, 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. 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, nonché la commissione permanente di cui all'articolo 9.

Il programma è rivolto agli studenti, agli insegnanti e ai genitori attraverso lezioni, corsi, seminari e colloqui, coordinati dai presidi e si avvale dell'opera di esperti, anche ex alcoolisti, e di operatori socio-sanitari scelti dalle regioni o segnalati dalle unità sanitarie locali o da associazioni volontaristiche della zona.

Negli istituti di istruzione secondaria gli organi collegiali all'inizio di ogni anno scolastico indicano il numero di ore da utilizzare per le lezioni previste dal programma nell'ambito dell'insegnamento delle scienze e dell'educazione civica. Essi possono anche attuare un'attività di ricerca collettiva, in collaborazione con le autorità sanitarie locali e con gli altri enti e associazioni di cui agli articoli precedenti.

ART. 6.

(Attività di prevenzione per i militari).

Analoga attività di educazione sanitaria e di informazione sull'alcoolismo e le sue conseguenze deve essere svolta presso le accademie militari, le scuole di 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 i Ministeri della sanità e della pubblica istruzione, nonché con le autorità regionali.

I Ministeri dell'interno e delle finanze, d'intesa con le Amministrazioni sopra indicate, nonché con le autorità regionali, predispongono programmi simili per le accademie, le scuole e le caserme delle forze dell'ordine.

In modo analogo provvedono i Ministeri di grazia e giustizia e dell'agricoltu-

ra e foreste rispettivamente per il personale del Corpo degli agenti di custodia e per quello del Corpo forestale dello Stato.

Con le stesse modalità possono essere effettuati corsi di studio per la formazione di personale specializzato per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcooldipendenza presso le varie Armi e Corpi suindicati.

In mancanza di personale specializzato per l'attuazione dei programmi di cui ai precedenti commi, i Ministeri interessati possono prendere accordi con le autorità scolastiche locali per la partecipazione dei militari e degli altri dipendenti sopra indicati alle lezioni, ai corsi e alle altre attività previste per le scuole nell'articolo precedente.

Rilevazioni statistiche e indagini epidemiologiche in materia di alcooldipendenze sono effettuate dai Ministeri predetti nei confronti dei militari e degli altri dipendenti sopra indicati e i dati relativi sono comunicati annualmente al Ministero della sanità unitamente ai risultati dei programmi effettuati.

ART. 7.

(Attività nei luoghi di lavoro).

Attività di prevenzione contro l'abuso di alcool deve essere svolta nei luoghi di lavoro, specie collettivo, mediante la predisposizione 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 secondo comma dell'articolo 5.

I piani predetti possono prevedere visite annuali di controllo dei lavoratori al fine di stabilire l'eventuale presenza di stati patogeni correlati all'uso inadeguato di bevande alcoliche. I bevitori abituali individuati attraverso l'attività di cui sopra possono essere indirizzati al servizio medico-sociale di cui alla lettera *d*) dell'articolo 3 per le provvidenze del caso.

Indagini conoscitive e ricerche epidemiologiche possono essere disposte nei piani sanitari suindicati tra il personale dipendente delle più importanti imprese della regione, pubbliche o private, che operano nei vari settori della produzione.

ART. 8.

(Prestazioni per i detenuti e gli internati).

I detenuti e gli internati per misure di sicurezza detentive che siano alcooldipendenti possono chiedere di essere sottoposti a trattamento preventivo, 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 e dei 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.

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

Per i casi di alcooldipendenti pericolosi a sé o ad altri le direzioni possono applicare la disposizione dell'ultimo comma della lettera d) dell'articolo 3.

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).

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:

1) esaminare su base regionale, e con facoltà di richiedere supplementi di informazioni, i dati e le statistiche indicate al terzo comma dell'articolo 2 in modo da ottenere il corretto accertamento e aggiornamento dell'entità del fenomeno dell'abuso di alcool, l'identificazione dei fattori biologici e psicologici che ne sono alla base, nonché 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;

2) comunicare al Ministro della sanità, entro il primo quadrimestre di ogni anno, e sulla scorta dei dati di cui al numero precedente, 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 per la costituzione, secondo le modalità indicate dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dall'articolo 3, di servizi medico-sociali presso le unità sanitarie locali o per l'attuazione di eventuali altri modelli di prevenzione, di cura e di riabilitazione, tenute presenti le esperienze interdisciplinari e quelle dei gruppi di autoterapia;

3) mantenere, di intesa, ove occorra, con altre direzioni generali del Ministero, 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;

4) comunicare al Ministro della sanità, di intesa con il Consiglio superiore della sanità, eventuali indicazioni di criteri diagnostici uniformi per il riconosci-

mento delle sindromi di alcooldipendenza, ovvero di fare proposte per la individuazione di tali criteri;

5) 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 etologici e patogenetici delle alcooldipendenze e delle loro conseguenze negative per la salute dell'individuo e della sua prole, nonché dei riflessi sulle varie componenti sociali;

6) 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 diffondere l'uso adeguato e non smodato delle bevande alcoliche, nonché alla prevenzione degli incidenti del traffico e del lavoro dovuti alla influenza dell'alcool;

7) 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;

8) fornire pareri al Ministro della sanità su ogni altra materia che abbia attinenza alla lotta contro l'uso inadeguato di alcool ed espletare ogni altro compito che in relazione ad essa sia delegato dal Ministro medesimo.

Per l'attuazione di quanto previsto nei numeri precedenti la commissione può nominare nel suo seno comitati ristretti con compiti referenti e può acquisire parere di altre amministrazioni, uffici ed enti, pubblici o privati.

ART. 10.

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

La commissione di cui all'articolo precedente è presieduta dal Ministro della sanità o da un sottosegretario da lui delegato ed è composta da:

1) il direttore generale o il vice direttore generale della direzione generale di medicina sociale;

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

3) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

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

5) otto componenti, nominati con decreto del Ministro della sanità, esperti degli aspetti clinici, farmacologici, giuridici, psicologici, sociali e riabilitativi connessi all'abuso di alcool;

6) due ex alcoolisti esperti delle questioni sociali relative al fenomeno.

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

I componenti della commissione durano in carica tre anni, possono essere confermati e non possono farsi sostituire, salvi i casi previsti nel presente articolo.

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.

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 della materia, ma senza diritto di voto.

Ai componenti della commissione e agli intervenienti di cui al comma precedente è corrisposto, per ogni seduta alla quale partecipano, un gettone di presenza, e la indennità di trasferta, per coloro che risiedono fuori Roma, a più di 30 chilometri di distanza, pari a quelli spettanti ai dirigenti generali del Ministero della sanità.

Per eventuali missioni, anche all'estero, spetta il trattamento previsto per i dirigenti generali predetti.

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

ART. 11.

(Guida sotto l'influenza dell'alcool).

È vietato guidare sotto l'influenza dell'alcool.

Ai fini della presente disposizione, si considera sotto l'influenza dell'alcool il conducente del veicolo che risulta avere un tasso alcolemico non inferiore a ottanta milligrammi per cento millilitri (0,8 grammi per litro) ovvero, nelle urine, di 107 milligrammi per cento millilitri.

Chiunque, sulla base degli accertamenti di cui all'articolo seguente ovvero di altri elementi di prova, risulta avere guidato in tale stato è punito con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da lire centomila a lire quattrocentomila.

Se dal fatto deriva un incidente stradale con lesioni personali le pene suindicate si applicano congiuntamente.

È fatta salva, in caso di recidiva, l'applicazione dell'articolo 91 del testo unico delle norme sulla disciplina della circola-

zione stradale approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393.

ART. 12.

(*Mezzi di accertamento*).

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 con 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.

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

Qualora dall'esame dell'aria espirata risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico non inferiore a 80 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 al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o al gestore di essa con le normali garanzie per la custodia. 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.

Agli stessi fini, in ogni caso di incidente stradale con lesioni personali i pre-

lievi possono essere disposti dal giudice ovvero, ricorrendo la necessità ed urgenza di cui al secondo comma, dai funzionari, ufficiali e agenti sopra indicati che ne riferiscono entro quarantotto ore al giudice per la convalida.

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.

L'analisi alcoolimetrica 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.

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

In caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti di cui al primo e quarto comma 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 duecentomila a lire ottocentomila. 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).*

I conducenti dei veicoli condannati per guida sotto l'influenza dell'alcool ai sensi dell'articolo 11 devono essere segnalati dal giudice al servizio medico-sociale di cui all'articolo 3, lettera d), per gli accertamenti e l'eventuale trattamento del caso.

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 dedito all'uso inadeguato di bevande alcoliche.

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 primo comma 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.

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

ART. 14.

(Norma di coordinamento).

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 ».

L'articolo 132 del testo unico predetto 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).

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 occorre, per quelli delle regioni e delle province.

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