

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1149

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FOSCHI, ARTIOLI, AMADEI, MARTINO, ANDREOTTI, ANIASI, ANSELMI, ARMATO, ARMELLIN, AZZARO, AZZOLINI, BALESTRACCI, BAMBI, BERNARDI GUIDO, BIANCHI, BIANCHINI, BODRATO, BONALUMI, BONFERRONI, BORRI, BROCCA, CABRAS, CACCIA, CAFARELLI, CARLOTTO, CARRUS, CASALINUOVO, CASATI, CASTAGNETTI, COLOMBO, COMIS, COSTI, CRISTOFORI, CUOJATI, CURCI, DELL'ANDRO, DE MITA, FALCIER, FERRARI MARTE, FERRARI SILVESTRO, FINCATO GRIGOLETTO, FIORI, FOTI, GALLONI, GARAVAGLIA, LAPENNA, LATTANZIO, LUCCHESI, LUSSIGNOLI, MARIANETTI, MANCINI VINCENZO, MELELEO, MEMMI, MEROLLI, NAPOLI, NICOTRA, NUCCI MAURO, PASQUALIN, PERRONE, PERUGINI, PICCOLI, PIRO, PORTATADINO, QUIETI, RABINO, RADI, REBULLA, REGGIANI, RICCIUTI, RIGHI, ROGNONI, ROSINI, ROSSATTINI, RUBINO, RUFFINI, RUSSO FERDINANDO, RUSSO GIUSEPPE, RUSSO RAFFAELE, RUSSO VINCENZO, SACCONI, SALERNO, SANGALLI, SANZA, SARETTA, SARTI ADOLFO, SAVIO, SCAIOLA, SCAGLIONE, SENALDI, SEPPIA, SILVESTRI, SINESIO, SULLO, TEDESCHI, TESINI, VISCARDI, ZARRO, ZOPPI, ZUECH

Presentata il 19 gennaio 1984

Norme concernenti la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcoolipendenze

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 sull'argomento, anche perché la nostra cultura è ricca di modi di dire sull'uso delle bevande alcoliche e specialmente del vino; ma tali concetti non sono molto chiari ai più, sicché 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 alimen-

tare, si afferma indubbiamente cosa vera, ma occorre al contempo moderazione e accortezza nell'uso del vino e delle altre bevande alcoliche; occorre cioè *saper bere*.

Non è affatto necessario, quindi, bandire il vino dalle mense o dai pubblici locali, perché anzi ad esso vanno riconosciute molte proprietà che agiscono in modo positivo sul nostro organismo; è necessario 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 perché tutto ciò si verifichi è una ingestione moderata e adeguata (vedi da ultimo *Bevande alcoliche 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 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, 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 e 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 — derivanti, 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, Trenti-

no-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.

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 sulla « salute in Europa secondo il modello di vita », tenutosi a Copenaghen all'inizio 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, viene annoverato l'enorme consumo di tabacco (chiaramente associato a numerosi tipi di cancro e a malattie cardiovascolari), nonché 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 Organizzazione mondiale della sanità — 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.

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 — talvolta più programmatici che concreti, purtroppo, 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 (legge 31 maggio 1980, n. 75), della regione Friuli-Venezia Giulia (legge 9 maggio 1977, n. 24 e 23 agosto 1982 n. 57), della regione Piemonte (legge 23 dicembre 1977, n. 62).

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'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 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 psico-igiene.

Per la guida degli autoveicoli è fissato il tasso limite di alcoolemia dello 0,8 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 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 aver ingerito bevande con alcool superiore allo 0,75 per cento in volume, ed è previsto sia l'alcotest sia il pre-

lievo 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 Copenhagen, 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).

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'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 0,5 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'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 1878 (The Inebriety 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 Carlyle, 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 (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 professioni-

sti 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 recidiva 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 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 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 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 mille.

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 organizzazioni laiche e religiose (come la Kruczata Trzezwości, 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 gli 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 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 *counselors* (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 of 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 istituti 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 af-

fidamento 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 alcolica », quali la Länken Karmaförhumd 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 conversione 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 « 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 istitu-

zioni 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 0,8 per mille.

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 le 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 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 (0,8 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, 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 alcoolipendenze. 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 relizzare 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 n. 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

ricomprensivi 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 n. 833 del 1978 che dovrà ora 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, nella passata legislatura, proposte per la modifica e l'adeguamento della citata legge sugli stupefacenti in modo da comprendere anche il fenomeno dell'alcoolismo (e in alcuni casi anche quello del tabagismo), e non mancano neppure ora proposte simili — come quella n. 113 dei deputati del PdUP Crucianelli ed altri, presentata il 13 luglio 1983 (le altre proposte n. 318 del successivo 10 agosto, presentata dal deputato Amodeo e quella n. 542 presentata il 27 settembre 1983 dai deputati del MSI Pazzaglia ed altri riguardano esclusivamente la droga) —, ma vedere tale fenomeno nello stesso quadro delle tossicodipendenze potrebbe fare affievolire l'interesse che esso merita, data l'importanza prevalente che — sia pure 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 motivazioni 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 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 provvedimenti 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'abi-

tudine sregolata e smodata di bere. Non è l'etilismo acuto che preoccupa eccessivamente, perché esso ha una punta verticale spesso di occasionalità ed anche i casi di intossicazione cronica sono più facilmente individuabili o 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 alcoolipendenze 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 giacente dinanzi alla 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 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 sociali 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'alcoldipendenza 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 regolato e 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, nonché 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 alcoolodipendenti, 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 e di servizi previste dal successivo articolo 4.

Viene espressamente chiarito che nei casi accertati di alcoolodipendenza 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 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, se-

minari e dibattiti condotti da esperti, anche ex alcoolisti, e da operatori sociali, tratti 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 di cui si 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 programmi 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 essi 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 fisio-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 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 abbiamo fondato motivo di ritenere pericolosi a sé 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, 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 unità sanitarie locali di residenza abituale affinché 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 pò a somiglianza del *Comité National de defense* 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, nove 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), un rappresentante del settore della produzione e del commercio di bevande alcoliche e quattro rappresentanti degli organi pubblici interessati: direzione generale di medicina sociale, istituto superiore di sanità, consiglio nazionale delle ricerche, consiglio

superiore della sanità. Si prevede che il direttore generale o il vice direttore generale di medicina sociale sia anche vicepresidente 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, nonché disposizioni per la corresponsione di un gettone di presenza e di eventuali indennità ai partecipanti.

È stabilito anche lo stanziamento dei 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 articolo 132 del codice e 587 del regolamento —, ed è anche noto che il progetto del nuovo codice stradale, tenuto conto della pratica inoperosità di dette norme per ventitré 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 utilizzati), 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, nonché le « Linee direttrici concernenti le infrazioni in un codice stradale europeo » pubblicato dallo stesso Consiglio d'Europa del 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, ed erano già più di due anni che era all'esame della competente Commissione del Senato prima dello scioglimento anticipato del Parlamento, 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 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 alcolemico 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).

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 convicimento 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 alcolemico (0,8 e 1,30, 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).

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 (0,8 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 0,5 per mille, non sembra per ora consigliabile.

Sarà 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 (esempio quella della Gran Bretagna) al tasso dello 0,8 nel sangue, e, rispettivamente, quello di 174 milligrammi per cento millilitri corrispondente al tasso di 1,30 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 trasfondere 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 all'unità sanitaria locale di residenza per gli accertamenti e l'eventuale trattamento del caso. 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'approvazione 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 disposto con le garanzie giurisdizionali indicate nell'articolo 3, lettera *d*), (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 e del 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 l'unità sanitaria locale 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.

Al fine di limitare non solo gli incidenti della strada, ma anche gli infortuni sul lavoro, che spesso producono conseguenze molto gravi per sé o per altri, è parso opportuno, tenendo presente pure le legislazioni straniere che si occupano della materia, introdurre una disposizione, di portata più generale, che prende in considerazione le situazioni nelle quali si abbia fondato motivo di ritenere che tali infortuni siano stati determinati dal trovarsi sotto l'influenza dell'alcool. È il caso, ad esempio, di quelle categorie di lavoratori cui in modo particolare è richiesta la piena capacità delle proprie risorse fisiche e mentali e per i quali il tasso alcoolemico dovrebbe essere, se non addirittura nullo, molto basso (come ad esempio gli operai di talune fabbriche o i tecnici dei laboratori di precisione).

Per attuare ciò si prevede, con l'articolo 14, una delega al Governo perché, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, emani uno o più decreti delegati contenenti norme che, fissando tassi alcoolemici determinati e le relative modalità di accertamento, stabiliscano la possibilità di effettuare l'esame alcoolemico delle persone che abbiano dato causa ad un infortunio sul lavoro trovandosi sotto l'influenza dell'alcool. Naturalmente, nello stabilire i mezzi di accertamento, devono essere rispettate le garanzie costituzionali già indicate nell'articolo 12 e, per i casi di violazione, devono essere fatte salve le disposizioni previste per i conducenti di veicoli nel precedente articolo 13.

Restano infine impregiudicate le disposizioni relative alla fabbricazione, al consumo, alla vendita e alla somministrazione ad altri soggetti particolari delle bevande alcoliche, e dirette a scoraggiarne l'uso inadeguato, già previste negli articoli 686, 687 (come modificato dall'articolo 13 della legge 24 novembre 1981, n. 689), 688, 689, 690 e 691 del codice penale, nonché quelle contenute

nel testo unico delle leggi di pubblica sicurezza approvato con regio decreto 18 giugno 1931 n. 773 e successive modificazioni.

L'articolo 15 contiene una semplice norma di coordinamento e infine con l'articolo 16 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

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 della presente proposta, dichiarandoci tuttavia disponibili a qualunque suggerimento che possa migliorare 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 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 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 o di presidi 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 primo comma. 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.

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 al comma precedente 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 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.

A tale scopo le unità sanitarie locali:

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 al secondo comma, 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 le indicazioni 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) anche al di fuori di quanto previsto al successivo n. 7 dell'articolo 9, promuovono e organizzano, sulla base dei piani sanitari regionali, corsi di forma-

zione 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 di cui all'articolo precedente, in applicazione dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle norme stabilite in materia dalle leggi regionali e salvi gli interventi di urgenza demandati ai presidi ospedalieri, provvedono ad erogare prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da alcooldipendenza.

Al fine predetto il personale sanitario può servirsi della collaborazione di enti locali, associazioni e gruppi di volontariato impegnati nel settore nonché di ex alcoolisti già recuperati e, ove occorre, delle cooperative di cui all'articolo seguente.

Quando le unità sanitarie locali non sono 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 secondo comma dell'articolo 2.

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.

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 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 so-

ziale, di lavoro, di comunità artigiane, agricole e di servizi, aperte alle persone alcooldipendenti.

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 recuperati.

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 recuperati, 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 pro-

gramma nell'ambito dell'insegnamento delle scienze o 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 Ministro della difesa d'intesa con i Ministri della sanità e della pubblica istruzione, nonché con le autorità regionali.

I Ministri 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 Ministri di grazia e giustizia e dell'agricoltura 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 Ministri 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 alcooldipendenza sono effettuate dai Ministri predet-

ti nei confronti dei militari e degli altri dipendenti sopra indicati e i dati relativi sono comunicati annualmente al Ministro della sanità unitamente ai risultati dei programmi effettuati.

ART. 7.

(Attività nei luoghi di lavoro).

Attività di prevenzione contro l'alcool-dipendenza deve essere svolta nei luoghi di lavoro, specie collettivo, mediante la predisposizione di appositi programmi nei piani sanitari regionali e lo svolgimento di essi si attua, di intesa con i titolari delle imprese, pubbliche e private, con le modalità e l'opera dei soggetti indicate nel terzo 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'abuso di bevande alcoliche. I bevitori abituali individuati attraverso l'attività di cui sopra possono essere indirizzati alle unità sanitarie locali per le provvidenze del caso indicate nella lettera *d*) dell'articolo 3. Indagini conoscitive e ricerche epidemiologiche possono essere disposte nei piani sanitari di cui al primo comma 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 alcool-dipendenti 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 e gruppi di autoterapia che forniscono, se necessario, il personale qualificato a tale scopo. Le dire-

zioni 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 i dirigenti dei servizi sanitari degli istituti possono farne segnalazione al sindaco, in qualità di autorità sanitaria, per la eventuale applicazione delle disposizioni indicate nell'ultimo comma 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 ottonere il corretto accertamento e aggiornamento dell'entità del fenomeno dell'alcoolismo, 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, 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;

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 riconoscimento 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 etiologici 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 elabora-

zione di criteri per scoraggiare l'uso inadeguato 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 le alcooldipendenze 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 pareri 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, che ne è vice presidente;

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) dieci componenti, nominati con decreto del Ministro della sanità, scelti

fra coloro che abbiano maturato una comprovata esperienza professionale nel settore delle alcooldipendenze, così suddivisi:

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

b) due esperti degli aspetti clinici;

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

d) un esperto del settore della produzione e del commercio di bevande alcoliche.

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

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 interventi di cui al comma precedente è corrisposto, per ogni seduta alla quale partecipano, un gettone di presen-

za, 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 alcoolemico 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 12 ovvero di altri elementi di prova, risulta avere guidato con il tasso alcoolemico predetto è punito con l'ammenda da lire centomila a quattrocentomila.

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 quattrocentomila.

Se il tasso alcoolemico, accertato come all'articolo seguente, risulta non inferiore a centotrenta milligrammi per cento millilitri (1,3 grammi per litro) o, nelle urine, a 174 milligrammi per cento millilitri, la pena è dell'arresto fino a otto mesi o dell'ammenda da lire duecentomila a ottocentomila.

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 99 del codice penale, modificato dall'articolo 9 del decreto-legge 11 aprile 1974, n. 99, convertito nella legge 7 giugno 1974, n. 220, nonché dell'articolo 91 del testo unico delle nor-

me sulla disciplina della circolazione 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, con atto motivato, 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 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 prelievi

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

Se il giudice non convalida entro le quarantotto ore successive al ricevimento della comunicazione di cui al secondo comma i provvedimenti provvisori come sopra adottati, questi si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

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.

L'esame dell'aria espirata e l'analisi alcoolemica 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, secondo 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 quattrocentomila a un milione. 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 - Sospensione condizionale della pena).

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 d).

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 sia alcooldipendente.

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 la 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.

(Infortuni sul lavoro).

Al di fuori dei casi indicati nell'articolo 11 ed allo scopo di prevenire gli infortuni sul lavoro, il governo è autorizzato ad emanare, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio di ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con gli altri Ministri interessati, norme che prevedano la possibilità di effettuare l'esame dell'aria espirata e successivamente, qualora positivo, quello alcolemico o, in caso di impossibilità, l'esame delle urine, nei confronti dei lavoratori, pubblici o privati, che abbiano determinato gli infortuni stessi in condizioni tali da fare fondatamente ritenere che si trovassero sotto l'influenza dell'alcool.

Per l'attuazione di quanto sopra dovranno essere osservati i seguenti criteri:

1) uniformazione alle convenzioni internazionali e alle direttive della Comunità economica europea in materia;

2) indicazione delle categorie di lavoratori, con riferimento a quelle cui è richiesta, nell'espletamento del lavoro, particolare e piena capacità fisica e mentale;

3) fissazione di tassi alcoolemici determinati tra un minimo e un massimo, nonché fissazione di tassi nelle urine per i casi di impossibilità di effettuare l'esame alcoolemico;

4) indicazione particolareggiata delle modalità di accertamento e delle persone ad esso preposte, con rispetto delle garanzie costituzionali e a quanto disposto dall'articolo 12 della presente legge;

5) indicazione delle eventuali sanzioni per le persone che abbiano causato un incidente sul lavoro trovandosi sotto l'influenza dell'alcool e per applicazione di disposizioni analoghe a quelle contenute nell'articolo 13 della presente legge.

ART. 15.

(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 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. 16.

(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.