

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 3454

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**TAGLIABUE, GELLI, PALOPOLI, BENEVELLI, CECI BONIFAZI, PASTORE, AMADEI FERRETTI, MONTANARI FORNARI, MAINARDI FAVA, CALONACI, GIOVAGNOLI SPOSETTI, COLOMBINI, MARRUCCI, LANFRANCHI CORDIOLI, ZANINI, GATTI, STRUMENDO, GUALANDI, ALBORGHETTI, FAGNI, FERRI, MINOZZI, CERRINA FERONI, TRIVA, DI GIOVANNI**

*Presentata il 1° febbraio 1986*

Norme per la educazione, informazione e prevenzione dell'alcolismo e per la riabilitazione delle alcoldipendenze; per la regolamentazione della pubblicità e della etichettatura delle bevande alcoliche e superalcoliche; per la prevenzione degli incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza

**ONOREVOLI COLLEGHI!** — La proposta di legge che presentiamo intende porre all'attenzione degli onorevoli colleghi e del Parlamento la necessità di intervenire con una legislazione adeguata ad affrontare, nei suoi diversi aspetti, il problema dell'alcolismo che per rilevanza, ampiezza e caratteristiche investe e interessa la società nel suo complesso. Un fenomeno, quello dell'alcolismo, che per la sua dimensione ed evoluzione nei paesi della stessa Comunità europea, è stato oggetto di trattazione del Parlamento europeo nel 1982 che ha approvato una proposta di

risoluzione ai fini della prevenzione e del controllo del fenomeno stesso.

Proprio il Parlamento europeo con quella risoluzione del 1982 rivolta ai paesi membri segnalava un aumento del consumo delle bevande alcoliche e quindi un aumento degli abusi alcolici e dei rischi medico-sociali correlati e indicava una serie di « direttive » sulle quali fondare un adeguamento delle legislazioni e fare convergere un impegno dei paesi europei per individuare meglio le origini e le cause dell'alcolismo e i possibili interventi nella fase preventiva.

L'importanza e il valore di quella risoluzione meritano che di essa si richiama alcuni punti:

la priorità degli interventi di prevenzione da svolgere soprattutto nella scuola e fra i giovani;

l'urgenza di una approvazione, da parte del Consiglio dei ministri, della direttiva contro la pubblicità ingannevole e sleale che, per quanto riguarda le bevande alcoliche e superalcoliche ha una presa considerevole soprattutto sul pubblico giovanile;

l'urgenza che in tutti i paesi della Comunità sia adottato il controllo del tasso di alcolemia dei conduttori di veicoli e che si pervenga alla fissazione, in tutti i paesi, di un tasso massimo uniforme;

la destinazione da parte di tutti gli Stati membri di una quota degli ampi introiti fiscali derivanti dal commercio delle bevande alcoliche alla lotta contro l'abuso di alcole e contro le conseguenze sanitarie e sociali dell'alcolismo;

le iniziative di studio, di ricerca e di coordinamento fra gli Stati membri sui fronti della conoscenza e della prevenzione e ancora all'approfondimento delle conseguenze che l'alcolismo femminile e l'abuso dell'alcole in gravidanza hanno per la mortalità perinatale, i parti prematuri e le malformazioni e se l'alcolismo abbia effetti genetici.

Come si può rilevare si è trattato di una risoluzione di estrema importanza sul piano degli indirizzi e dei contenuti ma che a distanza di anni è rimasta largamente inapplicata nel nostro paese sul piano della legislazione, dei servizi e dei contenuti per garantire la tutela della salute dei cittadini.

Vogliamo ancora ricordare che anche l'Organizzazione mondiale della sanità nel corso della 32ª assemblea mondiale della sanità segnalava e sosteneva che i problemi legati al consumo di alcol costituiscono un grave danno alla salute, al benessere e alla vita e invitava gli Stati

membri a prendere misure per ridurre il consumo dell'alcol specie fra i giovani, gli adolescenti, le donne, e a elaborare programmi di prevenzione intensiva, a predisporre disposizioni legislative e altre misure relative alla produzione e alla vendita delle bevande alcoliche, a studiare i fattori psico-sociali e sociologici che contribuiscono a fare abuso di alcol.

Non c'è dubbio che un aumento del consumo delle bevande alcoliche comporta parallelamente un incremento degli abusi alcolici e dei rischi medico sociali correlati.

Se è vero che le acquisizioni qualitative e quantitative riguardanti la disponibilità e l'uso delle bevande alcoliche provengono da fonti diverse e a volte contraddittorie, resta pur sempre il fatto che alcolizzazione, uso inadeguato dell'alcol e aspetti alcol-correlati costituiscono un problema di primaria importanza per il nostro paese. Non è un caso che diverse regioni si sono correttamente poste il problema e la lotta all'alcolismo è parte dei piani e dei programmi per la tutela della salute e della integrità fisica dei cittadini. Altrettanto importante è il costituirsi di associazioni che in più parti del territorio nazionale raggruppano « etilisti » o cittadini con lo scopo di concorrere, sui diversi piani, a combattere la diffusione dell'alcolismo e di aiutare gli alcolodipendenti ad uscire da una situazione dannosa e pericolosa per la loro salute e la vita. Se è vero che l'alcolismo è la manifestazione di una forte dipendenza fisica nei confronti dell'alcol, ciò rappresenta una piccola parte dell'insieme dei problemi legati al consumo dell'alcol. Basta pensare all'alto numero delle infrazioni gravi strettamente connesse con l'alcolismo. Ma ancora, oltre al ruolo che gioca negli incidenti stradali, l'abuso di bevande alcoliche è causa di numerosi incidenti domestici e professionali, come pare dimostrato che l'abuso di alcol abbia altresì una incidenza nell'attività produttiva, mentre sulla salute provoca effetti gravi quali: cirrosi, pancreatite, forme di cardiopatie e una minore resistenza alle infezioni. Per i bevitori

patologici il tasso di suicidio può essere fino a ottanta volte superiore a quello dell'insieme della popolazione. In un convegno tenutosi non molto tempo fa a Bergamo sul tema « Alcol e fumo, due tossicodipendenze evitabili » sono stati forniti alcuni dati che dicono come l'alcolizzazione e l'alcolismo abbiano superato i livelli di guardia e che l'alcolizzazione e l'uso inadeguato dell'alcol e aspetti correlati rappresentano un problema di rilevante importanza sociale.

Si è detto in quel convegno di Bergamo che ogni anno muoiono in Italia 26 mila persone per cirrosi epatica e che il 60 per cento dei decessi è attribuibile all'abuso di alcol.

Uno studio pubblicato dall'Ispes (Istituto di studi politici, economici e sociali) in collaborazione con l'Ema (Esperti malattie alcoliche) da una cifra di centomila morti, dal 1974 ad oggi. Il costo economico dell'alcolismo sarebbe stato nel 1980 di 3.700 miliardi, considerando soltanto gli incidenti sul lavoro che comportano la perdita di oltre 7 milioni e 221 mila giornate lavorative. Sempre secondo tale ricerca, il problema delle assenze dal lavoro provocate dall'etilismo, ma non da incidenti, che nel decennio 1971-1980 farebbero ammontare le giornate lavorative perdute, per tutti i tipi di eventi lesivi alcol-correlati, nell'industria a ben 930 milioni secondo una elaborazione che tiene conto dei dati INAIL. Queste stime non corrispondono con i dati ISTAT che danno una mortalità per cause alcoliche in Italia nel periodo 1974-1984 pari a 13.970 di cui 9.452 imputabili a cirrosi epatica e gli altri a neurosi e psicosi alcoliche. I dati ISTAT, però, non tengono conto di altre cause di morte come gli incidenti stradali dovuti ad euforia alcolica che si ritiene siano il 33 per cento del totale. Si tenga conto che al proposito secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, le percentuali d'incidenti di traffico attribuibili all'alcol nei paesi europei, con consumi inferiori all'Italia, si aggira attorno al 40/50 per cento.

Le differenti valutazioni statistiche impongono una seria riflessione. Non si tratta soltanto di dati molto distanti fra

loro che pure pongono l'esigenza della messa a punto di un sistema informativo e di rilevazione epidemiologico in grado di fornire e analizzare tutte le conseguenze dell'alcolismo e dell'abuso di alcol e correlati. I dati ci dicono, comunque, quanto sia errato sottovalutare l'alcolismo quale vera e propria malattia sociale a cui bisogna dare risposte non parziali.

Da qui l'importanza di un intervento preventivo all'estendersi dell'alcolismo e di un progetto coordinato fra i vari ministeri per evitare il rischio di una stretta « sanitarizzazione » di un problema che, al contrario, richiede lo sviluppo di un impegno sociale e culturale per azioni programmate sulle cause e sulle ragioni assai diversificate che sono all'origine dell'aumento del consumo di bevande alcoliche e superalcoliche e che richiedono una politica di prevenzione dei danni che l'uso/abuso dell'alcol provocano.

Più indagini, per esempio, dimostrano uno spostamento in basso dell'età di inizio all'alcomania e un aumento della diffusione tra le donne e che il ricorso all'alcol ha motivazioni diverse: stati d'animo e d'angoscia, situazioni di disagio esistenziale, preoccupazione per i problemi complessivi della vita quotidiana. Per contrastare e ridurre il fenomeno dell'alcolismo, in quanto problema sociale, si deve partire dal territorio, fuori dalle false immagini e dai comportamenti moralistici o punitivi, o di isolamento degli etilisti. Studi e analisi di esperti smentiscono la rappresentazione dell'italiano quale « bevitore sobrio e intenditore » e confermano che l'alcolismo turba la salute dell'alcolomane e la sua stessa situazione familiare ed economica.

Il consumo dei superalcolici, quali i liquori, i digestivi, gli aperitivi è aumentato negli ultimi decenni in Italia di quasi il 400 per cento, mentre in un solo anno l'importazione della vodka è aumentata del 75 per cento, dell'whisky del 40 per cento, mentre più contenuto è stato l'aumento del vino pari al 35 per cento.

Dietro il consumo degli alcolici, ma soprattutto dei superalcolici stanno interessi economici notevoli delle case pro-

duttrici e importatrici. Basta considerare la pubblicità che è impegnata con l'attribuzione alle sostanze alcoliche di « poteri risolutivi » della stanchezza lavorativa, o dei pensieri e delle preoccupazioni, dello stato fisico della persona, ecc. ecc.

Tutto è messo in campo, compreso la « sponsorizzazione », per indurre a ricordare e a ricorrere alla « distensiva » marca del prodotto alcolico e superalcolico.

Altri dati ci dicono che il fenomeno dell'alcolismo ha raggiunto proporzioni notevoli. Indagini non molto vecchie indicano in cinquecentomila gli « etilisti », mentre diversi milioni sarebbero le persone comunque coinvolte.

Si tratta di prendere piena coscienza della rilevanza sociale del fenomeno dell'alcolismo nel nostro paese e dei danni che si determinano sulla persona e sul fisico dall'abuso di sostanze alcoliche. Prevenzione significa anche consapevolezza del valore di un impegno politico, sociale e culturale per demistificare quegli ingredienti di *status symbol* che vengono accreditati, per altri fini, alle sostanze alcoliche e superalcoliche.

Una efficace prevenzione dall'alcolismo, necessita anche di una legislazione adeguata che concorra, nello spirito della legge 23 dicembre 1978, n. 833, al raggiungimento dell'obiettivo di tutelare la salute dei cittadini. Lo stesso piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali devono collocare obiettivi e azioni programmate, strumenti e mezzi idonei a combattere l'alcolismo.

Onorevoli colleghi, la nostra proposta di legge intende rispondere correttamente ai diversi problemi riguardanti il fenomeno dell'alcolismo e posti in più sedi all'attenzione dello stesso Parlamento.

Sinteticamente il complesso dell'articolo è così riassumibile: compiti dello Stato (articolo 1); attribuzioni del Ministero della sanità (articolo 2); istituzione di un osservatorio permanente (articolo 3); comitato di coordinamento a livello nazionale (articolo 4); attribuzioni alle

regioni (articolo 6); progetti obiettivo per combattere l'alcolismo (articolo 7); informazione e prevenzione nelle scuole e nelle caserme (articoli 9 e 10); attività di volontariato (articolo 11); compiti dei comuni (articolo 12) e costituzione del servizio sociale territoriale (articolo 13); programmi permanenti di educazione e informazione alle emittenti radio-televisive pubbliche e private (articolo 14); regolamentazione della pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche (articolo 15); regolamentazione della etichettatura (articolo 16); finanziamenti (articolo 21).

Norme quali l'informazione sanitaria e i controlli per la prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'alcolismo, già contenute in altra nostra proposta di legge (n. 1064 del 20 dicembre 1983) sono state qui riportate, tenuto conto del ritardo con il quale essa viene discussa dalla Commissione trasporti della Camera. Esse riguardano la predisposizione di una scheda descrittiva delle sostanze pericolose per la guida (articolo 17); le controindicazioni per i farmaci pericolosi per la guida (articolo 18); la rilevazione degli incidenti stradali (articolo 19); i controlli per la guida in stato di ebbrezza (articolo 20).

Onorevoli colleghi, come vedete si tratta di pochi articoli ma che riteniamo sufficienti per fare un passo in avanti e per qualificare, anche sul piano legislativo, l'operare di tutti nella direzione della prevenzione dall'alcolismo e di quanto deve essere fatto per la riabilitazione degli alcolodipendenti.

L'obiettivo che con la proposta di legge che presentiamo riteniamo di perseguire, aperti al confronto e all'approfondimento adeguato, è fondamentale quello di prevenire e di contrastare l'ulteriore estendersi del fenomeno dell'alcolismo e di dare una risposta su problemi non secondari che riguardano la tutela e la integrità della salute dei cittadini.

Se è vero che il fenomeno dell'alcolismo ha assunto proporzioni e caratteristiche diverse dal passato e tocca da vicino

i problemi complessi della vita, della società e della sua organizzazione, non possiamo più attardarci dall'adeguare la stessa legislazione e dall'impegnare forze e energie, mezzi e strumenti che possano meglio salvaguardare la salute della popolazione.

Con questi intenti sottoponiamo alla vostra sensibilità e attenzione questa proposta di legge certi di incontrare l'adesione positiva per rispondere tutti assieme alla domanda che viene dal paese, da enti e associazioni che operano per combattere i danni gravi dell'alcolismo.

PAGINA BIANCA

**PROPOSTA DI LEGGE**

PAGINA BIANCA

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Compiti dello Stato).*

Lo Stato in attuazione dei principi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, promuove idonee iniziative per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati o condizioni patologiche derivanti dall'abuso delle bevande alcoliche e superalcoliche.

## ART. 2.

*(Attribuzioni al Ministro della sanità).*

Il Ministro della sanità, nell'ambito delle competenze di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833:

1) determina gli indirizzi per la prevenzione e per la cura e la riabilitazione degli stati e delle condizioni patologiche derivanti dall'abuso di bevande alcoliche e per il reinserimento sociale degli alcol-dipendenti;

2) determina, sentito il Consiglio sanitario nazionale e l'Istituto superiore di sanità, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, gli indirizzi per il rilevamento epidemiologico dell'alcol-dipendenza da parte delle regioni, delle province autonome di Trento e Bolzano, delle unità sanitarie locali su tutto il territorio nazionale;

3) stabilisce, sentito l'Istituto superiore di sanità, i contenuti e le indicazioni relative al testo da contenersi nelle etichette apposte alle confezioni delle bevande alcoliche e superalcoliche in commercio con particolare riguardo ai danni e alle patologie derivanti dal loro abuso;

4) stabilisce, in accordo con il Ministro della pubblica istruzione, gli indirizzi

riguardanti il tipo ed i contenuti della informazione da usarsi nelle scuole di ogni ordine e grado, per quanto riguarda i danni derivanti dall'abuso nell'assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche e le patologie inerenti alla condizione di alcoldipendenza;

5) elabora, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, i criteri generali e le relative metodiche dei corsi di formazione ed aggiornamento del personale delle unità sanitarie locali che opera nel campo delle alcoldipendenze;

6) presenta i dati relativi alle attività indicate ai punti precedenti nelle relazioni annuali al Parlamento sullo stato sanitario del paese, ai sensi dell'articolo 8, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

7) provvede, mediante apposito bollettino, alla pubblicazione periodica e alla divulgazione dei dati aggiornati riguardanti il consumo delle sostanze alcoliche e superalcoliche ed ogni altra notizia utile alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone affette da alcolismo.

### ART. 3.

*(Osservatorio permanente).*

Presso il Ministero della sanità è istituito un osservatorio permanente.

L'osservatorio permanente, sulla base delle direttive e dei criteri, diramati in base all'articolo 2, si occupa della raccolta e prima elaborazione dei dati riguardanti:

1) il consumo di bevande alcoliche e superalcoliche;

2) la entità del fenomeno dell'alcolismo presso la popolazione e la sua composizione con particolare riferimento alle fasce di età e al tipo di consumo;

3) la dislocazione e il finanziamento dei servizi pubblici e privati e di volonta-

riato operanti nel settore della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento degli alcoldipendenti;

4) le iniziative promosse, ai diversi livelli istituzionali, in materia di informazione e prevenzione della dipendenza da alcol;

5) l'attività svolta dalle forze preposte al controllo e alla vigilanza del traffico stradale, con riferimento ai dati inerenti le violazioni alla circolazione stradale e gli incidenti stradali dovuti alla guida in stato di intossicazione alcolica;

6) la popolazione in stato di detenzione per reati connessi all'abuso di sostanze alcoliche.

I Ministeri dell'interno, di grazia e giustizia, della difesa, della pubblica istruzione, dei trasporti, nell'ambito delle rispettive competenze, trasmettono all'osservatorio i dati, di cui ai commi precedenti, relativi al primo e al secondo semestre di ogni anno, entro i mesi di luglio e febbraio di ogni anno.

L'osservatorio, avvalendosi anche delle prefetture e delle amministrazioni locali, può richiedere ulteriori dati a qualunque amministrazione statale e regionale che sono tenute a fornirli.

Ciascun Ministero, o ciascuna regione, gli enti locali, gli organismi operativi delle unità sanitarie locali hanno accesso alle informazioni elaborate presso l'osservatorio permanente.

#### ART. 4.

*(Comitato di coordinamento).*

Presso il Ministero della sanità è istituito il comitato di coordinamento per la elaborazione e l'aggiornamento del progetto obiettivo triennale per la prevenzione, cura, riabilitazione dall'alcoldipendenza e per il reinserimento sociale delle persone interessate.

Il comitato di coordinamento è presieduto dal Ministro della sanità o da un sottosegretario da lui delegato.

Il comitato di coordinamento acquisisce i dati relativi all'osservatorio permanente di cui all'articolo 3 e inoltre:

a) esamina i dati e le statistiche su basi regionali e concorre ad assicurare l'accertamento e l'aggiornamento del fenomeno dell'alcoldipendenza, nonché l'approfondimento dei fattori che sono alla base dell'abuso delle sostanze alcoliche e superalcoliche;

b) formula proposte di indirizzo della attività secondo le finalità della presente legge e della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché proposte per studi, ricerche e pubblicazioni sui fattori etiologici e patogeni riguardanti le alcoldipendenze, sulla tutela della salute e sui danni derivanti dall'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche.

Il comitato di coordinamento, può, nell'espletamento delle proprie funzioni, articolarsi in gruppi di lavoro referenti sui specifici aspetti delle problematiche emergenti.

Il comitato di coordinamento si riunisce, di norma, una volta ogni trimestre.

#### ART. 5.

##### *(Composizione del comitato di coordinamento).*

Il comitato di coordinamento, di cui all'articolo 4, è composto da:

1) due rappresentanti della direzione di medicina sociale;

2) due rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità;

3) due rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale;

4) due rappresentanti del Consiglio nazionale delle ricerche;

5) due rappresentanti del Consiglio superiore di sanità;

6) tre rappresentanti delle regioni;

7) tre rappresentanti dell'Anci;

8) sette esperti nominati dal Ministro della sanità nel settore epidemiologico, farmacologico, socio-riabilitativo;

9) tre rappresentanti indicati dalle associazioni di volontariato operanti sul territorio nazionale.

Alle riunioni del comitato di coordinamento possono essere chiamati a partecipare di volta in volta, in relazione agli argomenti da trattare, persone di riconosciuta competenza in materia.

Per il funzionamento del comitato di coordinamento è iscritto nel bilancio del Ministero della sanità un apposito capitolo di spesa.

Il comitato di coordinamento è nominato entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge e dura in carica tre anni. I componenti possono essere confermati. Per il funzionamento, il comitato di coordinamento si avvale di una segreteria presso il Ministero della sanità, direzione generale di medicina sociale.

#### ART. 6.

*(Attribuzioni alle regioni).*

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, indicano le linee di un programma triennale e dei progetti mirati per la prevenzione dell'alcolismo, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone affette da alcoldipendenza.

I progetti, di cui al primo comma, sono elaborati con la partecipazione delle unità sanitarie locali, dei comuni, delle comunità montane, delle associazioni di volontariato rappresentative di esperienze e di attività nel settore della riabilitazione delle persone affette da alcoldipendenza.

I progetti sono trasmessi alle unità sanitarie locali, ai comuni, alle comunità montane ai fini della attuazione nei territori di competenza.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono ad appositi

stanziamenti finanziari per l'attuazione dei progetti e dei programmi triennali di cui al primo comma.

ART. 7.

*(Progetti-obiettivo contro l'alcoldipendenza).*

I progetti, di cui all'articolo 6, contenenti le linee del programma triennale per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento delle persone affette da alcoldipendenza devono prevedere:

1) gli interventi sul territorio relativi alla prevenzione e alla informazione, nonché alla conoscenza e alla educazione sui danni insiti nell'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche, nonché degli effetti derivanti dall'uso associato di farmaci e di altre sostanze ad affetto psicotropo;

2) i programmi di formazione, aggiornamento e qualificazione degli operatori socio-sanitari dipendenti dalle unità sanitarie locali, dagli enti locali e di altri enti e associazioni;

3) gli indirizzi e gli obiettivi per la cura, la riabilitazione e il reinserimento delle persone affette da alcoldipendenza, ivi compreso i requisiti relativi al personale, alla metodologia di intervento.

I progetti devono altresì prevedere finanziamenti per le iniziative di aggiornamento degli insegnanti e di altri operatori scolastici da realizzarsi con il concorso dell'istituto di ricerca, la sperimentazione e l'aggiornamento degli insegnanti.

ART. 8.

*(Comitato regionale  
per la prevenzione dall'alcoldipendenza).*

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono il comitato regionale per la prevenzione dall'alcoldipendenza.

Il comitato ha compiti consultivi e di proposte nei confronti degli organi regionali nella materia di cui alla presente legge.

Il comitato è presieduto dal presidente della giunta regionale o da un suo delegato ed è composto dagli assessori alla sanità, ai servizi sociali, alla pubblica istruzione, nonché dai rappresentanti dei comuni, delle unità sanitarie locali, delle comunità montane e da esperti in materia nominati dal consiglio regionale.

#### ART. 9.

*(Informazione ed educazione nelle scuole).*

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, d'intesa con i provveditori agli studi e con la collaborazione dei consigli distrettuali scolastici, predispongono, nell'ambito dei progetti obiettivi contro l'alcoldipendenza, programmi triennali collegati alla generale funzione educativa, conoscitiva e informativa sui danni derivanti dall'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche.

Le attività informative, conoscitive, educative e di prevenzione sono dirette agli insegnanti, agli studenti, alle famiglie, al personale non docente della scuola e si realizzano con interventi differenziati a secondo dei destinatari. Tali attività si realizzano in collaborazione con i comuni, le comunità montane, le unità sanitarie locali e gli organi collegiali della scuola.

Ogni tre anni le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, e comunque prima della scadenza dei programmi triennali di cui al primo comma, indicano una apposita conferenza per valutare i risultati raggiunti e per raccogliere i dati relativi alla predisposizione dei programmi successivi.

#### ART. 10.

*(Informazione ed educazione nelle caserme).*

Il Ministero della difesa, di concerto con il Ministero della sanità, programma

e organizza presso le accademie militari e le scuole allievi ufficiali e sottufficiali e per i militari in servizio di leva, la informazione e educazione sul consumo delle bevande alcoliche e superalcoliche e sui danni psico-fisici derivanti da un loro abuso.

Tale attività è svolta in collaborazione con gli enti locali, le unità sanitarie locali e le associazioni di volontariato ed è parte integrante dei programmi di educazione sanitaria.

Dei programmi realizzati il Ministero della difesa trasmette una relazione annuale al Ministero della sanità.

#### ART. 11.

*(Attività di volontariato).*

I comuni singoli o associati, le comunità montane, le unità sanitarie locali possono stipulare convenzioni con le associazioni di volontariato, comunità e cooperative che svolgono attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone affette da alcoldipendenza.

Le convenzioni devono prevedere la definizione degli obiettivi e dei programmi, gli aspetti economici e finanziari e i rapporti che devono intercorrere tra le associazioni di volontariato, comunità e cooperative e i servizi socio-sanitari pubblici.

I comuni, le comunità montane e le province possono erogare contributi in favore di cooperative di servizio e di produzione aperte agli alcoldipendenti e con l'obiettivo di favorire il loro reinserimento.

In caso di erogazione di contributi da parte delle istituzioni pubbliche, le strutture di cui al comma precedente, sono tenute a trasmettere i rendiconti amministrativi agli enti erogatori.

L'attività di volontariato prevista dal presente articolo non può essere retribuita.

## ART. 12.

*(Compiti dei comuni).*

I comuni singoli o associati, le comunità montane, sulla base del programma triennale di cui all'articolo 6, assicurano con le unità sanitarie locali:

1) una attività mirata nelle aree territoriali e verso le categorie sociali e le fasce di età più esposte all'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche;

2) la diffusione tra la popolazione delle informazioni e delle conoscenze relative all'alcoldipendenza e ai danni psico-fisici derivanti per sé e per gli altri dall'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche;

3) l'intervento adeguato per rimuovere i fattori che sono alla base del ricorso all'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche e le cause di emarginazione sociale che possono indurre all'alcoldipendenza;

4) la promozione, il coordinamento e il sostegno delle iniziative di associazioni e gruppi di volontariato che svolgono attività orientate alla prevenzione, alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone affette da alcoldipendenza.

I comuni, le comunità montane, le unità sanitarie locali garantiscono presso le proprie strutture il funzionamento di un servizio informativo e documentativo per gli alcolisti e le loro famiglie.

## ART. 13.

*(Servizio sociale territoriale).*

I comuni singoli o associati, le comunità montane, avvalendosi delle unità sanitarie locali, garantiscono il funzionamento di servizi sociali per la prevenzione e la riabilitazione, attraverso gruppi interdisciplinari e in raccordo con gli altri servizi della rete socio-sanitaria, e in collaborazione con le associazioni di vo-

lontariato che operano nel settore dell'alcoldipendenza.

A tali servizi sociali territoriali fanno riferimento le associazioni ed istituti privati convenzionati.

È compito di tali servizi sociali territoriali l'educazione e l'informazione connessa all'alcoldipendenza e il sostegno psico-sociale alle famiglie di alcoldipendenti che ad essi servizi facciano riferimento.

Di norma tali servizi sociali coincidono con il territorio della unità sanitaria locale.

Tuttavia sulla base degli indici di diffusione del consumo di sostanze alcoliche e superalcoliche e dell'alcoldipendenza, i servizi possono trovare collocazione in più aree di distretto socio-sanitario di base della unità sanitaria locale competente per territorio.

#### ART. 14.

*(Educazione e informazione attraverso i mezzi di comunicazione).*

Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, predispone, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le linee di un programma di educazione e di informazione sui danni derivanti alla salute da un abuso delle bevande alcoliche e superalcoliche da realizzarsi in collaborazione e per quota obbligatoria, con la federazione nazionale della stampa, con i consigli di amministrazione della radiotelevisione e con le emittenti radiotelevisive private.

#### ART. 15.

*(Regolamentazione della pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche).*

La pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche a mezzo stampa e attraverso le emittenti radiotelevisive pubbliche e private non deve arrecare pregiudizio alla salute dei cittadini e non deve

comunque prevedere osservazioni non veritiere, ingannevoli, imprecise e non controllabili.

In ogni caso è vietata la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche che in qualsiasi forma:

1) attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della sanità in sede di autorizzazione;

2) si rivolga ai minori;

3) stimoli sensazioni e proprietà terapeutiche non esistenti;

4) faccia intravedere la concessione di premi o di altri vantaggi allo scopo di incentivare il consumo.

La pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche non può avere luogo nelle emittenti radiotelevisive pubbliche e private nelle fasce orario d'ascolto dei minori.

Il Ministro delle poste e telecomunicazioni, di concerto con il Ministro della sanità, con proprio decreto, da emanarsi entro 120 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, provvede alla attuazione regolamentativa della pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche attraverso le emittenti radiotelevisive pubbliche e private.

La pubblicità di prodotti alcolici e superalcolici fissa e mobile, nonché nelle sale cinematografiche, è consentita se limitata alla sola riproduzione del marchio del prodotto e comunque non può essere accompagnata da diciture o messaggi miranti a promuovere o a sollecitare il consumo dei prodotti medesimi.

#### ART. 16.

*(Etichettatura sulle confezioni contenenti prodotti alcolici e superalcolici).*

Le industrie produttrici sono tenute a provvedere alla stampigliatura, in caratteri ben visibili, sulla etichetta dei contenitori di bevande alcoliche e superalcoliche degli effetti derivanti da un abuso nel loro consumo sulla base delle indicazioni

descrittive fornite dal Ministero della sanità entro 120 giorni dalla approvazione della presente legge.

Chiunque produce, detiene per vendere o commercia bevande alcoliche e superalcoliche in difformità da quanto previsto nel comma precedente, è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato, con l'ammenda da lire due milioni a lire venti milioni.

ART. 17.

*(Schede descrittive di sostanze pericolose per la guida).*

I Ministri della sanità e dei trasporti, entro 120 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, predispongono una scheda descrittiva indicante la pericolosità per la conduzione di motocicli ed autoveicoli ad uso privato e pubblico, di bevande alcoliche e superalcoliche, di farmaci e psicofarmaci, di sostanze stupefacenti e psicotrope.

La scheda di cui al primo comma è parte integrante del libretto di circolazione stradale.

ART. 18.

*(Controindicazioni per farmaci pericolosi per la guida).*

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, con decreto da emanarsi entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, dispone che le case farmaceutiche evidenzino, con un segno particolare posto esternamente alla confezione, le controindicazioni utili relative ai farmaci la cui assunzione può risultare pericolosa per la guida.

ART. 19.

*(Rilevazione degli incidenti stradali).*

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dei trasporti, stabilisce,

entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le procedure per la rilevazione, da parte degli organi territoriali competenti, degli incidenti stradali dovuti:

1) all'uso di sostanze alcoliche e superalcoliche;

2) all'assunzione associata di bevande alcoliche e di altre sostanze ad effetto psicotropo;

3) all'abbassamento del campo visivo e uditivo;

4) all'uso di sostanze stupefacenti.

I dati di cui al comma precedente costituiscono parte integrante della relazione annuale sullo stato sanitario del paese.

#### ART. 20.

*(Controllo per guida in stato di ebbrezza).*

Dopo l'articolo 91 del decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, è aggiunto il seguente:

« ART. 91-bis. — Ai fini di prevenire incidenti stradali e di garantire l'incolumità del conducente e degli altri utenti della strada, le forze preposte al controllo e alla disciplina del traffico stradale e autostradale e al rispetto delle norme di circolazione, possono procedere, in caso di manifesta alterazione da sostanze alcoliche e superalcoliche, alla prova dell'alito per accertare il grado di alcolemia il cui tasso non può superare l'1 per mille. Qualora la prova dell'alito dia esito positivo è elevata una contravvenzione da un minimo di lire 50.000 a un massimo di lire 200.000. Della prova viene trasmessa informazione all'ispettorato della motorizzazione civile e alla prefettura.

Qualora nel corso di un anno lo stesso conducente incorra in tre violazioni nella guida per abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche, il prefetto può disporre la sospensione della patente per un periodo da due a sei mesi. In caso di incidenti stradali, con lesioni lievi alle persone,

può essere disposta l'analisi del sangue dei conducenti di motoveicoli ed autoveicoli o comunque di qualsiasi altro mezzo di trasporto, nella più vicina struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata per accertare la presenza nel sangue del tasso di alcolemia in misura non superiore a quella indicata dal primo comma.

Nel caso di esito positivo, alle sanzioni vigenti è aggiunta un'ammenda da lire 100.000 a lire 300.000.

Copia del verbale è trasmessa all'ispettorato della motorizzazione civile e alla prefettura.

Il prefetto, nel caso che il conducente di un mezzo meccanico di cui al primo e al secondo comma procuri, nel corso di un anno, a causa del tasso alcolemico, più incidenti stradali con lesioni lievi, può disporre la sospensione della patente da quattro a otto mesi.

Per incidenti stradali con lesioni gravi alle persone è obbligatorio l'esame del sangue dei conducenti dei mezzi meccanici coinvolti per accertare se il tasso di alcolemia supera la misura indicata al primo comma del presente articolo.

In caso positivo, alle sanzioni già previste nel presente testo unico è aggiunta un'ammenda da lire 500.000 a lire un milione.

Nei casi previsti nei commi 6 e 7 dell'articolo 91, la patente, in considerazione della guida in stato di ebbrezza, è sospesa per un periodo non inferiore ai dodici mesi ».

#### ART. 21.

##### *(Finanziamenti).*

Per gli anni 1986-1987-1988 sono stanziati rispettivamente, su apposito capitolo del bilancio dello Stato, 50-70-100 miliardi di lire da destinare alla attività di prevenzione, informazione, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo delle persone affette da alcoldipendenza.

Per il finanziamento indicato nel comma precedente viene utilizzata una

quota delle entrate fiscali dello Stato derivanti dal commercio delle bevande alcoliche e superalcoliche.

ART. 22.

*(Entrata in vigore).*

La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica italiana.