

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 2427}

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato FRONZA CREPAZ

Norme concernenti la prevenzione, la cura e la riabilitazione
delle alcoldipendenze e delle patologie ad esse correlate

Presentata il 18 marzo 1993

ONOREVOLI COLLEGHI ! — È nota ai più la storia e l'evoluzione che nel corso degli anni il fenomeno dell'alcolismo e, più in generale, dei problemi ad esso connessi, ha dimostrato di avere nel nostro come anche in altri Paesi.

Parlare di problemi correlati all'alcool significa, per lo più, fare riferimento alle compromissioni dello stato di salute dei singoli, delle loro famiglie e dei corpi sociali di appartenenza, relative alla condotta alcolica, all'ambito familiare, all'attività lavorativa, allo stato fisico e psichico, all'idoneità alla guida di autoveicoli e alla relativa infortunistica, alla richiesta di cure sanitarie e di assistenza sociale, all'uso combinato di alcool con altre sostanze psicotrope, e così via.

Non può pertanto sfuggire ad alcuno l'esigenza di affrontare con decisione l'intera materia in una visione che deve essere costante e sistematica.

In sede internazionale essa è da tempo oggetto di seria considerazione e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) si è fatta carico di esaminarne più completamente i vari aspetti.

Il problema, nella sua complessità, non è agevolmente recepito dalla massa degli italiani, convinti di sapere e di potere fare uso corretto delle bevande alcoliche e di avere una perfetta conoscenza dei confini tra il bere non problematico e quello problematico, o comunque a rischio.

Tale convinzione è diffusa anche in ambienti « responsabili » e le incertezze

dei dati epidemiologici, peraltro frammentari, non aiutano certamente a far cambiare atteggiamenti e comportamenti.

Gli esperti italiani e stranieri danno ancor oggi un serio credito alla teoria che i consumi alcolici, nonché l'incidenza e la prevalenza dei problemi ad essi correlati, sono in diretto rapporto con la disponibilità che si ha della sostanza e condividono le direttive dell'OMS che auspicano una riduzione del 25 per cento dei consumi entro il duemila, se si intende affrontare concretamente la questione alcool.

Attualmente in Italia le ricerche epidemiologiche avvertono una certa riduzione del consumo medio *pro capite* annuo di vino e superalcolici nel corso dell'ultimo decennio, compensato da un certo incremento del consumo medio individuale di birra. Resta comunque quello italiano un consumo alcolico tra i più elevati e non sono pochi certamente i 30 mila decessi annui causati dall'alcool.

Va anche sottolineato che ci si sta avviando verso una « internazionalizzazione » della cultura del bere, propria di ciascun Paese, che nel prossimo futuro inciderà sugli stili, sulla qualità e sulla quantità dei consumi alcolici.

Istituzionalizzare l'attività di ricerca epidemiologica in materia, ai fini dei rilevamenti, sia pur minimali, sui quali poi operare, nonché identificare e sviluppare istituzioni già impegnate nello studio e nella ricerca in campo alcolico, rappresenta una necessità per poter affrontare tutti gli aspetti perniciosi che il fenomeno comporta sotto il profilo della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Siamo ancora una volta in grave ritardo se già nel 1983 l'OMS, in occasione del convegno su « Salute in Europa secondo il modello di vita », tenutosi a Copenaghen, aveva messo in evidenza che la maggior parte dei problemi di salute nel continente europeo era imputabile ad alcuni fattori di rischio correlati con l'ambiente. Tra questi, oltre alla diffusione della droga ed all'aumento dell'incidenza delle malattie trasmissibili per via sessuale, nonché delle patologie dismetaboliche, veniva annoverato, accanto all'enorme

consumo di tabacco, noto agente cancerogeno, anche l'abuso di alcool, causa rilevante di danno sulla salute fisica e psichica, sui rapporti interpersonali e sull'attività sociale ed economica dei singoli, delle famiglie e delle comunità di appartenenza.

L'alcolismo ed i problemi ad esso correlati, intesi come disagio sociale, rappresentano un concetto che stenta a farsi strada nel nostro Paese; quanto fin qui approntato per prevenire le cause e combatterne adeguatamente gli effetti è frutto di azioni isolate e approssimativamente regolamentate e coordinate.

Non vanno in ogni caso dimenticate le regioni, che hanno legiferato in materia a partire dal 1976 (Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Veneto, Lombardia, Toscana e, via via, le altre) e nemmeno le iniziative di trattamento degli alcolisti, come quelle degli alcolisti anonimi e dei club degli alcolisti in trattamento, che rappresentano oggi un sistema esteso della rete del volontariato di mutuo-aiuto, integrata con i servizi per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope, territoriali e ospedalieri.

Dette esperienze, superata da tempo la fase sperimentale, necessitano ora di un formale riconoscimento e di una regolamentazione a norma di legge.

Questa proposta di legge dovrebbe rispondere a tali esigenze e integrare il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Negli altri Paesi invece l'interesse al problema ha trovato risposte più concrete e in genere più efficaci.

In Austria, dove nel 1970 si contavano circa 300 mila alcolodipendenti, è possibile, per decisione giudiziale, internare obbligatoriamente l'alcolista in una speciale prigione per il trattamento di riabilitazione e anche sottoporre a tutela colui che, a causa del suo stato di alcolodipendenza, non si cura di se stesso e della famiglia.

Sono inoltre previste terapie occupazionali, corsi speciali di lavoro ed aiuti finanziari per trattamenti volontari in appositi centri statali, fiancheggiati da istituzioni private come gli alcolisti anonimi e l'associazione di psicoigiene.

Per la guida degli autoveicoli poi è fissato un tasso limite di alcolemia pari ad una presenza di alcool dello 0,8 per mille, accertato mediante *alcoholtest* e con prelievo di sangue consensuale. Tale prelievo è obbligatorio in caso di omicidio o lesioni personali colpose.

In Belgio la legge *Vanderwelte* stabilisce una tassa molto elevata sugli spiriti distillati e condiziona la vendita a due litri per volta.

Negli ultimi quindici anni sono aumentate le possibilità di trattamento degli alcolisti. Sono infatti previste terapie ambulatoriali in appositi centri di consultazione. Si riserva inoltre molta cura all'educazione sanitaria dei giovani e si estende l'informazione su problemi alcol-correlati in genere e sull'infortunistica stradale, conseguente alla guida sotto l'influenza dell'alcool.

Nella ex Cecoslovacchia funzionano ininterrottamente posti di soccorso (*stations*) dotati di autolettiga ed infermieri specializzati ai quali la polizia avvia le persone trovate per strada in manifesto stato di ubriachezza; ma l'interessato può anche essere inviato in un dispensario per il trattamento ambulatoriale di svezamento e recupero (ve ne sono oltre 200).

In caso di rifiuto interviene il comitato nazionale del distretto per il trattamento obbligatorio.

Vi sono poi centri per i 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'espiatione della pena con risultati ritenuti soddisfacenti.

L'articolo 4 del codice stradale del 1° gennaio 1961 vieta di condurre autoveicoli con tasso alcolemico superiore allo 0,75 per mille e sono previsti *alcoholtest* e 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 nell'industria locale), sia sul piano sociale: l'*Asylum* di Herstedvester, nei pressi di Copenaghen è una specie di ospedale-prigione che ospita anche a tempo indeterminato gli alcolisti. Dopo la dimissione essi sono sottoposti a due anni di sorveglianza con terapia obbligatoria. Si distinguono però in questo campo anche associazioni volontarie molto attive come la Croce blu di ispirazione francese, l'*Alcohol Therapeutic Society* e i *Ring-i-ring*.

Per i guidatori è consentito un doppio tasso limite di alcolemia (0,8 e 1,2 per mille) oltre al quale vengono inflitte pene diverse più o meno gravi a seconda dei casi.

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 Ministro dell'assistenza sociale. In tale quadro operano cliniche per pazienti esterni e diverse organizzazioni per la cura ospedaliera degli alcolisti a « sistema aperto », con un incremento che va dalla fine degli anni sessanta ad oggi.

Alla *Finnish foundation for alcohol studies* è demandato il compito della ricerca. Particolarmente curata è l'educazione per la protezione e la promozione della salute nelle scuole, ivi inclusa quella relativa ai problemi connessi all'alcool. Ai condannati per ebbrezza al volante può essere imposto, come pena alternativa, di partecipare al lavoro di riparazione delle strade, oltre all'eventuale trattamento terapeutico. Il tasso alcolemico doppio consentito ai guidatori è dello 0,5-1,5 per mille, oltre il quale il conducente incorre in sanzioni più o meno gravi.

In Giappone il problema non assume aspetti rilevanti anche perché numerose associazioni a carattere religioso svolgono un'attiva propaganda antialcolica.

Vi sono però nella capitale alcuni centri di protezione e di cura per gli alcolisti e altri centri accolgono le famiglie durante il periodo di internamento dell'alcol-dipendente.

Il tasso alcolemico consentito ai conducenti di autoveicoli è dello 0,5 per mille e chi supera tale limite è punito con sanzioni economiche rilevanti o con la detenzione fino a sei mesi.

Di vecchia data è la legislazione britannica in materia, che considera l'alcolismo alla stregua di una qualsiasi malattia. Per scoraggiare l'abuso di 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 inebriational 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 diciotto anni) con risultati che sembrano apprezzabili.

Il numero degli incidenti stradali è diminuito da quando (ottobre 1967) la polizia può accertare con l'alcoolometro lo stato di ebbrezza del guidatore, che non deve superare il tasso alcolemico dello 0,8 per mille.

Molto proficua si dimostra l'opera di associazioni, anche private; si può spiegare così il caso singolare della città di Carlisle, avvenuto 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 e antico è anche nella ex Jugoslavia il problema dell'alcolismo, legato alla grande produzione delle bevande alcoliche ed in particolare del famoso *slivowitz*, tratto dalle prugne. Da qualche decennio però esso è stato affrontato decisamente con programmi educativi sistematici rivolti ai giovani e con l'istituzione di centri di trattamento per alcolisti in molte città (degno di menzione l'ospedale di Zagabria, particolarmente attrezzato).

Il tasso alcolemico per i guidatori è dello 0,5 per mille e, fino ai recenti eventi bellici di quel paese, in diverse repubbliche era vietato ai conducenti professionisti di assumere bevande alcoliche prima di mettersi alla guida dei propri automezzi.

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

È altresì possibile disporre la devoluzione diretta alla moglie ed ai figli dello stipendio o del salario del lavoratore alcolista.

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

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

Il governo, inoltre, concede contributi ai bar e agli alberghi che non vendono alcolici. Tutta la normativa in materia ricalca quella svedese.

Il tasso alcolemico per i guidatori è fissato al limite dello 0,5 per mille.

Anche il governo dei Paesi Bassi provvede a proprie spese alla cura degli alcolisti ed affida ad appositi organismi (*Consultation bureaux*) la prevenzione e il controllo delle alcodipendenze e delle patologie e dei problemi correlati dell'alcool (igiene mentale, protezione dell'infanzia, assistenza medica e sociale, addestramento ed aggiornamento di personale specializzato, funzionamento di apposite cliniche).

Esiste pure in tale stato un movimento della temperanza e, secondo una legge che risale al 1923, « gli alcolisti che non sono in grado di provvedere adeguatamente ai loro interessi e che possono mettere in pericolo le loro vite e quelle degli altri, sono sottoposti a tutela, dietro loro richie-

sta 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 per internamento in un ospedale.

Il limite del tasso alcolemico per i guidatori è dello 0,5 per mille.

In Polonia la legislazione per la prevenzione e controllo dei problemi alcolcorrelati ha carattere prevalentemente fiscale (restrizione dei giorni e precisi 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 il commercio di alcolici.

Gli intossicati da alcool possono essere sottoposti a trattamento medico obbligatorio.

L'educazione sanitaria sul problema è intensa e si giova dell'appoggio di numerose organizzazioni laiche e religiose (come la *Krucjata trzezwosci*, simile ai movimenti della temperanza).

In Polonia il tasso alcolemico consentito per gli automobilisti è dello 0,5 per mille e sono previsti prelievi obbligatori nelle cosiddette « camere di disintossicazione » (*soberly stations*).

In Germania la lotta contro i danni dell'alcolismo è stata indotta dal forte aumento degli incidenti stradali causati dai conducenti in stato di ebbrezza, avendo essi superato il tasso alcolemico doppio consentito dello 0,8 e 1,3 per mille, al di là dei quali sono previste pene diverse.

Tali valori sono controllati dalla polizia tramite appositi strumenti. Vari provvedimenti legislativi sono stati emanati per il trattamento, anche obbligatorio, degli alcolisti. Il compito della riabilitazione è svolto da gruppi di assistenti volontari sussidiati da organizzazioni governative.

In Spagna, nonostante la produzione molto alta e il consumo molto diffuso di vino, non vi è ancora un'organica legislazione in materia; tuttavia da molti anni è in funzione a Madrid una clinica specializ-

zata per gli alcolisti ed è previsto che il servizio per la salute pubblica sottoponga a cura, anche obbligatoria, i soggetti interessati. È da poco tempo che in quel Paese, come del resto in Italia, è stato fissato un limite di tasso alcolemico per i guidatori.

Contrariamente all'opinione corrente, negli Stati Uniti il fenomeno dell'alcolismo ha connotazioni meno gravi di quello europeo perché, come è stato accertato dall'OMS, prevalgono forme di abuso alcolico occasionale. Tuttavia è in vigore un'ampia normativa che riguarda 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 *depistage* 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 mentre presso le grandi aziende i *counseloras* (spesso ex alcolisti) vigilano contro l'uso smodato di alcol. 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 inoltre alla ricerca e all'addestramento del personale idoneo.

Il Ministero della sanità ha costituito anche un comitato di coordinamento e di interazione per l'attività federale del settore.

I fondi stanziati nel 1979 avevano raggiunto gli 85 milioni di dollari, che negli anni successivi sono andati progressivamente aumentando al fine di assicurare forme migliori di trattamento, anche personalizzate, e di favorire l'intervento del volontariato con la cooperazione, fra l'altro, dei gruppi di autoterapia tra i quali ha prevalso l'associazione degli alcolisti anonimi con 15 mila circoli negli Stati Uniti più di 30 mila in cento paesi del mondo.

In Svezia fin dal 1954 una legge, detta « della temperanza », si occupa dei problemi dell'alcool, ma va ricordato che anche anteriormente enti ed istituti avevano prestato attenzione e cure agli alcolisti.

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

L'educazione scolastica sui problemi e sulle conseguenze dell'alcolismo è ininterrotta e tutta la politica preventiva, fiancheggiata da valide organizzazioni di « sorveglianza alcolica » quali la *Länken karnaförhållning* e la *Sällskapet Länarna*, è sotto il controllo di un apposito centro governativo, in opera dal 1965, che si occupa della ricerca interdisciplinare necessaria.

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

L'alcolismo ha subito una apprezzabile riduzione negli ultimi anni, sia per la conversione intrapresa 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 e sia per la severità delle norme atte a combattere la guida in stato di ebbrezza, laddove il limite di tasso alcolemico consentito è dello 0,8 mille.

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

Comunità tenute da ex-alcolisti 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 alcolisti in apposite istituzioni sanitarie ma soprattutto incita alla disintossicazione volontaria attraverso i servizi di consultazione medica all'uopo esistenti e attraverso gli organismi sociali del luogo di residenza e del luogo di lavoro.

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 cinque decreti successivi a partire dal 1972 al 1978. Un decreto del 1° agosto del 1979 concernente il ricovero di una persona trovata in luogo pubblico in stato di ebbrezza presso un posto di disintossicazione per ventiquattro ore, trascorse le quali con una visita medica si dispone, se necessario, l'avviamento ad un centro ospedaliero.

Il limite del tasso alcolemico per i guidatori è fissato, per interpretazione giurisprudenziale, allo 0,8 per mille.

Nell'ex Unione Sovietica infine, dove l'alcolismo 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 antialcolica fa parte dei programmi scolastici e la vendita di alcolici è vietata prima delle ore 10 del mattino ed ai minori di sedici anni; essa non è consentita nei teatri, nei

buffets, sui mezzi di trasporto, 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 e ascoltano le registrazioni.

In Cina l'uso del *mastic* (specie di bevanda alcolica al ginepro ricavata dal riso) è ancora modesto mentre in Africa, nonostante l'islamismo dominante, il consumo di alcool sta assumendo già da tempo 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'alcolismo.

Particolare menzione merita la Francia che, avendo la maggior produzione di vino e il più alto consumo medio annuo di alcool puro (per il 70 per cento dovuto all'assunzione 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 estesa in questi ultimi anni, sia mediante l'istituzione in ogni dipartimento di un servizio medico specializzato a partire dal 1957 (in attuazione della legge 15 aprile 1954 e del decreto 11 maggio 1955 sugli alcolisti pericolosi). Tale servizio è divenuto più efficace dopo l'azione di norme più severe (ordinanza 15 dicembre 1958 e legge 18 maggio 1965) nonché della legge 9 luglio 1970 (modificata il 12 luglio 1978) sulla guida dei veicoli sotto l'influenza dell'alcol, che ha generalizzato il *dépistage* mediante l'esame dell'aria espirata ed ha fissato un doppio tasso di alcolemia consentita (0,8 e 1,2 per mille) oltre il quale sono previste pene diverse.

A seguito di segnalazione (giudice, tribunale per minori, servizio sociale, dispensari) il servizio predetto segue gli alcolisti facendo effettuare un'indagine psicosociale sulla loro personalità e sul loro comportamento, procedendo ad esami specialistici, cercando di indurre gli interes-

sati al trattamento o predisponendone anche l'internamento coattivo in caso di bisogno.

L'opera di prevenzione, coordinata molto attivamente dal *Comité national de défense contre l'alcoolisme*, tende soprattutto all'informazione degli operai 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. È prevista anche la collaborazione con i dirigenti industriali e con i sindacati per un'azione comune.

I centri di disintossicazione curano non più di settanta pazienti per volta allo scopo di personalizzare al massimo gli interventi. La rieducazione è attuata dai *Foyers de post-cure*, affiancati validamente da associazioni private (costituite per lo più da ex alcolisti) quali la *Vie libre*, la Croce blu e la Croce d'oro.

Nel nostro Paese, come si è già detto, il problema, forse più che altrove, non è ancora adeguatamente sentito e, se dalla fine degli anni '60 si è dato grande rilievo al fenomeno della droga, non altrettanto si è fatto, nel frattempo, per quanto riguarda la « questione alcool » e le problematiche ad esso connesse. Sicché giustamente si levano le voci degli esperti e di parte dell'opinione pubblica ad invocare analoga sensibilizzazione per la prevenzione e il controllo dell'alcolismo.

Va ricordato che la Corte costituzionale in una sentenza del 20 maggio 1982, respingendo la tesi di alcuni giudici che vedevano nell'articolo 688 del codice penale (che sanziona l'ubriachezza pubblica e manifesta) una ingiusta penalizzazione rispetto all'operata abrogazione dell'articolo 729 del codice penale (che puniva l'esser colto in stato di grave alterazione psichica per abuso di sostanze stupefacenti), affermava che le differenze fra disciplina dell'alcool e quella delle sostanze stupefacenti o psicotrope erano notevoli e numerose. Ciò perché, anche volendo tener in debito conto l'equiparazione in tema di imputabilità (articoli 91 e 95 del codice penale), « la produzione, il commercio, la detenzione e l'uso degli alcolici hanno

costantemente fruito di un atteggiamento legislativo ispirato — per una serie di ragioni storiche, economiche e culturali — da una larga tolleranza, con limitazioni di ordine essenzialmente amministrativo o tutt'al più contravvenzionali». La stessa Corte però prendeva 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 alcolica, anch'essa non meno della tossicodipendenza, fonte di comportamenti criminali 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 dall'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'alcolista terapie adeguate da realizzare nell'ambito di strutture particolari con la partecipazione di operatori variamente specializzati.

Onorevoli colleghi, posto che il fenomeno dell'alcolismo e i problemi correlati al bere a rischio sono ancora ampiamente sottovalutati rispetto ad altre intossicazioni e dipendenze da sostanze, occorre finalmente fare qualcosa di concreto !

In verità la stessa legge 22 dicembre 1975, n. 685 (Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), che conteneva soltanto un limitato cenno all'alcolismo nell'ultimo comma dell'articolo 90 ha trovato parziali integrazioni nella successiva legge 26 giugno 1990, n. 162 (Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685) e nel più recente testo unico approvato con decreto del Presi-

dente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).

Del resto, anche in precedenza non sono mancate proposte per la modifica e l'adeguamento della citata legge nel tentativo di renderla comprensiva anche del problema dell'alcolismo e in qualche caso pure del tabagismo.

Basti ricordare nella X legislatura la proposta n. 1852 del deputato Cirino Pomicino e altri, quella n. 1982 del deputato Tagliabue e altri, quella n. 2030 del deputato Seppia e altri e quella n. 113 del deputato Crucianelli e altri; ma inserire la questione alcool nello stesso quadro delle dipendenze da stupefacenti o sostanze psicotrope, per molti aspetti, avrebbe potuto comportare distorsioni ed equivoci sul piano concettuale e procedurale per quanto riguarda la prevenzione, ma ancor più la cura e la riabilitazione.

Alcune proposte di legge poi, come la n. 3755 presentata dal deputato Burruso e altri nel 1982, o la n. 141 del deputato Foschi e altri che risale al 1987, facevano preciso riferimento a norme concernenti la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcoldipendenze.

Anche in sede parlamentare si è avvertita l'esigenza di sottolineare l'importanza che il fenomeno dell'alcolismo ha assunto nel nostro paese ed una apposita mozione presentata da alcuni deputati (n. 00220 dell'8 ottobre 1982) già sottolineava la necessità di affrontare decisamente il problema. Sembra perciò più che giustificata la predisposizione di provvidenze immediate per combattere le patologie ed i problemi correlati all'uso dell'alcool, soprattutto per prevenirne l'insorgenza, realizzando una sana ma costante informazione sui danni che può produrre il diffondersi di un bere a rischio.

Al di là degli abusi occasionali e dei quadri dell'abuso cronico o di alcoldipendenza facilmente individuabili e pertanto potenzialmente governabili, è piuttosto la diffusione in senso orizzontale dell'uso

dell'alcool al limite del rischio, soggettivamente e oggettivamente mal delimitabile, che deve preoccupare chi è preposto alla tutela della salute e alla sicurezza del lavoro e della circolazione stradale.

Finora poco è stato attuato e anche l'esistente nel campo delle alcoldipendenze richiede oggi una precisa definizione, collocazione e organizzazione. Né miglior fortuna hanno avuto le proposte delle commissioni per le alcoldipendenze, istituite presso il Ministero della sanità nel 1971, 1973, 1977, 1981, 1987 e, di recente, nel 1991, con il compito di proporre modelli organizzativi e metodi di intervento per la lotta alle alcoldipendenze e alle patologie e ai problemi correlati all'uso dell'alcool. Del resto anche il nuovo codice della strada, estremamente puntuale nella parte concernente le tematiche relative all'alcool e alla guida, ha visto la luce nel nostro paese, ultimo in Europa, solo nel 1992 (decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285).

È tempo ormai di attuare una politica di intervento specifico con il supporto di quelle strutture che la riforma sanitaria, in ordine alle sue norme (legge 23 dicembre 1978, n. 833; decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309; legge 23 ottobre 1992, n. 421), si appresta a realizzare e di cui la presente proposta di legge può rappresentare un importante momento integrante.

All'articolo 1 vengono attribuite al Ministro della sanità le competenze di indirizzo generale e di coordinamento delle attività finalizzate al rilevamento del fenomeno « alcool » e dei problemi ad esso correlati sul piano psichico, medico e sociale, per i quali vanno predisposti, in campo nazionale, regionale e locale, organi, servizi e programmi di prevenzione, cura e riabilitazione. Tali competenze devono essere sviluppate in correlazione con quanto di specifico è già stato predisposto o è da predisporre in campo internazionale ed europeo, in particolare avendo cura di sostenere e sviluppare la ricerca teorica ed applicata a tutto campo.

L'articolo 2 fissa le attribuzioni delle regioni e delle province autonome alle

quali spetta, attraverso l'elaborazione dei piani regionali, l'esercizio dei poteri loro attribuiti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché dalle apposite leggi regionali.

Esse devono prefiggersi il dimensionamento statistico ed epidemiologico del fenomeno, utilizzando i programmi di diagnosi, cura e recupero degli alcolisti e predisponendo un sistema articolato dei servizi a livello locale, multizonale e regionale, fermo restando la necessità di controllo del funzionamento degli stessi in termini di validità, qualità e revisione di fronte al riscontro di eventuali carenze.

All'articolo 3 è prevista l'istituzione di una commissione regionale e di un ufficio regionale per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi ad esse correlati. La commissione coopera alla elaborazione dei piani per l'accertamento e l'aggiornamento della natura e dell'entità del fenomeno « alcolismo », coerentemente con le richieste ministeriali di cui all'articolo 1; offre le linee per l'individuazione dei casi problematici, nonché per il trattamento precoce e multimodale degli stessi; può mediare tra gli assessorati competenti e la rete dei servizi e delle istituzioni, avendo cura di elaborare un rapporto annuale aggiornato sull'andamento dei problemi del campo e sullo stato dell'arte dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione in tema di alcoldipendenze; fornisce consulenza tecnica ed elabora programmi di informazione ed educazione per la comunità locale nonché di formazione, qualificazione ed aggiornamento per gli operatori professionali e paraprofessionali, riservando particolare attenzione all'integrazione dei programmi stessi tra servizio pubblico e volontariato.

All'ufficio regionale per le alcoldipendenze e per le patologie e i problemi correlati spettano compiti di traduzione operativa in merito a quanto suggerito dalla commissione e compiti di collegamento tra settori regionali competenti, organismi scolastici di ogni ordine e grado, nonché di promozione di studi e ricerche.

All'articolo 4 si determina la composizione della commissione regionale per le alcoldipendenze e per le patologie e i problemi correlati.

L'articolo 5 definisce, nel rispetto delle modalità indicate dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, le attribuzioni delle unità sanitarie locali in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, sulla base di quanto predisposto dai rispettivi piani sanitari regionali.

Ad esse spettano l'allestimento dei programmi di ricerca per individuare aree, categorie sociali e fasce di età a rischio connesse con l'uso e l'abuso delle bevande alcoliche; il *dépistage* ed il trattamento dei casi problematici a livello di servizio pubblico e di concerto con le strutture e organizzazioni del volontariato, riconosciute e iscritte negli albi regionali; l'attuazione di programmi di educazione per la protezione e la promozione della salute, mirando alla rimozione delle varie cause responsabili dell'emarginazione sociale di cui il bere problematico rappresenta, sovente ed al tempo stesso, causa ed effetto; l'organizzazione di corsi di formazione e qualificazione del personale, professionale e paraprofessionale, dei servizi sociali e sanitari pubblici e privati e delle organizzazioni di volontariato, impegnati nella lotta per la prevenzione ed il controllo delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati; la preparazione degli elenchi delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, degli enti ausiliari e delle associazioni riconosciute del volontariato; la rilevazione dei dati statistici relativi all'andamento del fenomeno « alcolismo » e delle patologie e dei problemi correlati, più in generale, nonché alle attività svolte e ai risultati ottenuti dai servizi, dal volontariato e dalle organizzazioni di cooperazione sociale.

All'interno dei servizi per le tossicodipendenze da sostanze stupefacenti o psicotrope, istituiti con il testo unico approvato con decreto del Presidente 9 ottobre 1990, n. 309 e con il successivo decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro per gli affari sociali,

n. 444 del 30 novembre 1990, è prevista l'istituzione di un servizio per le alcoldipendenze e per le patologie e i problemi correlati all'uso dell'alcool, con competenze e caratteristiche specifiche sotto il profilo dell'organizzazione, del funzionamento e della dotazione di organico.

È prevista, altresì, la creazione di unità per il trattamento di soggetti alcolodipendenti con patologie e problemi correlati complessi non trattabili altrove. Tali unità, dotate di almeno quindici posti letto e di uno *staff* poliprofessionale, possono essere aggregate a divisioni mediche ospedaliere, generali o specialistiche affini (gastroenterologia, psichiatria o altro) oppure inserite in aree dipartimentali.

Le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, svolte nell'ambito dei servizi per le alcoldipendenze e dalle unità alcoliche istituite presso le unità sanitarie locali, singole o associate, rivestono carattere interdisciplinare e si avvalgono di personale qualificato nonché della collaborazione di enti locali, istituzioni accademiche, associazioni e gruppi di volontariato, gruppi di mutuo aiuto, alcolisti recuperati e loro famiglie, cooperative di solidarietà sociale e di lavoro, impegnati nel settore.

Le regioni attribuiscono ad uno o più servizi per le alcoldipendenze e le patologie correlate all'abuso dell'alcool funzioni di coordinamento multizonali tra unità sanitarie vicine.

Per quanto riguarda il regime delle convenzioni relative alle prestazioni socio-sanitarie a favore degli alcolodipendenti e delle loro famiglie, è noto che esso sarà sottoposto ad un processo di revisione e di superamento nell'arco del prossimo triennio, in ordine alla legge 23 ottobre 1992, n. 421, ed alle successive norme di attuazione.

Per i casi con gravi alterazioni psichiche, associate o complicate da alcolodipendenza, restano valide le disposizioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (articoli 33, 34 e 35).

L'articolo 6 definisce i compiti degli enti locali che, anche in collaborazione con le unità sanitarie locali e mediante la costituzione di cooperative di solidarietà

sociale, associazioni senza fini di lucro e consorzi o appositi centri gestiti in economia, perseguono, tra i vari obiettivi, la prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento, predisponendo interventi programmati in forma diretta o indiretta.

Ad essi spetta anche il rilevamento delle cause locali del disagio familiare e sociale che spesso sottendono al disadattamento dei giovani e alla dispersione scolastica, perseguendo così, all'interno di programmi mirati, il reinserimento scolastico, lavorativo e sociale dell'alcol dipendente.

L'articolo 7 contempla disposizioni relative al settore scolastico e, in particolare, ai programmi di informazione ed educazione alla salute che riguardano, fra l'altro, anche le problematiche inerenti all'alcolismo, al tabagismo, all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nonché alle patologie correlate, in osservanza degli articoli 104, 105 e 106 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

L'articolo 8 stabilisce che, attraverso intese fra i ministeri competenti, vengano promossi corsi di informazione e formazione per la prevenzione ed il controllo dell'alcolismo e delle patologie dei problemi correlati, rivolti a tutte le componenti delle Forze armate, come previsto dall'articolo 107 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

All'articolo 9 sono indicati le azioni di prevenzione e gli accertamenti sanitari per i casi problematici mentre all'articolo 10 sono citati i criteri di rivedibilità degli iscritti e degli arruolati di leva o dei militari di leva già incorporati nonché i criteri per la concessione delle licenze e delle aspettative per i militari di ferma o in servizio permanente. Sono previsti inoltre criteri di inserimento nei programmi di recupero per le alcol dipendenze e per le patologie ed i relativi problemi.

Si indicano, infine, le norme e le sanzioni, nonché gli eventuali diritti, in caso di reati commessi dai militari in luoghi militari.

L'articolo 11 definisce i rapporti tra strutture socio-sanitarie militari e civili, le norme di frequenza ai programmi di trat-

tamento e recupero per le alcol dipendenze e per le patologie e i problemi correlati, il rilevamento statistico-epidemiologico dei fenomeni citati e delle attività e dei trattamenti svolti in ambito militare. È previsto l'obbligo di una relazione annuale in merito da inviare ai ministeri competenti.

L'articolo 12, infine, fa riferimento al servizio sostitutivo civile da prestarsi presso centri o servizi autorizzati o convenzionati con l'amministrazione della difesa per l'assistenza e il recupero delle persone alcol dipendenti.

Le disposizioni relative al settore del lavoro (articolo 13 e seguenti) riguardano l'allestimento dei programmi di prevenzione e controllo del bere a rischio nonché delle patologie e dei problemi correlati, da sviluppare d'intesa tra i titolari di imprese pubbliche e private, le organizzazioni sindacali, i lavoratori e i servizi per le alcol dipendenze e per le patologie ed i problemi correlati. Sono indicate le opportunità e le modalità di accesso ai servizi per il trattamento ed il recupero del lavoratore problematico, mentre all'articolo 14 sono menzionati i criteri di accertamento di assenza dell'alcol dipendenza e di patologie e problemi correlati in ambito lavorativo.

In materia di infortuni sul lavoro causati dall'alcol dipendenza, l'articolo 15 fa riferimento ai criteri di adeguamento alle direttive della Comunità europea e alle convenzioni internazionali, alla identificazione delle categorie dei lavoratori a rischio, alla concentrazione alcolemica consentita durante il lavoro e alle modalità di accertamento nel rispetto delle garanzie costituzionali.

Gli articoli 16 e seguenti, accanto ai riferimenti al codice penale per i reati commessi in stato di ubriachezza, contengono le disposizioni relative agli istituti di pena e, in particolare, alle attività informative ed educative rivolta a carcerati, agenti di polizia, operatori socio-sanitari e personale tecnico-amministrativo dei penitenziari nel pieno rispetto delle disposizioni dall'ordinamento giudiziario. Tali attività vanno integrate con altre iniziative volte alla prevenzione, cura e riabilita-

zione di concerto con i servizi per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati delle unità sanitarie locali, adiuutate da enti, istituzioni, associazioni e gruppi di volontariato.

Non può essere disposta, se non per ragioni cautelari eccezionali, la custodia cautelare in carcere dell'alcoldipendente già in trattamento terapeutico di recupero, dal momento che essa può pregiudicare il risultato.

Per reati commessi in relazione allo stato di dipendenza alcolica, la cui condanna non supera i tre anni, è prevista la sospensione della esecuzione della pena per cinque anni qualora l'interessato sia già in trattamento terapeutico di recupero o intenda sottoporvisi.

Sono indicati anche i casi in cui detta sospensione va negata o revocata.

È riconosciuto al detenuto alcoldipendente il diritto alle cure mediche e all'assistenza necessarie all'interno degli istituti carcerari, opportunamente attrezzati per la riabilitazione, nonché all'avvio o alla prosecuzione dei programmi terapeutici, in collaborazione con i servizi per le alcoldipendenze delle unità sanitarie locali, in regime di semilibertà vigilata o di affidamento al servizio sociale.

Per i casi con gravi alterazioni psichiche, associate o complicate da alcoldipendenza, restano salve le disposizioni di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La partecipazione ai programmi di trattamento ed i risultati relativi vengono registrati e inviati regolarmente, con apposita relazione e secondo modalità definite per decreto, ai ministeri di competenza.

Gli articoli 23 e 24 fanno riferimento ai requisiti psicofisici richiesti per il conseguimento della patente di guida ed alla guida in stato di ebbrezza, nonché alle relative sanzioni, secondo quanto previsto dalle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e del decreto del ministro dei trasporti 22 maggio 1990, n. 196, adottato di concerto con i Ministri dei lavori pubblici, della sanità e dell'interno.

L'articolo 25 istituisce il servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope, con compiti di indirizzo e coordinamento per le politiche ed i programmi inerenti la prevenzione e il controllo di suddette dipendenze, nonché delle patologie e dei problemi correlati.

Gli articoli 26 e 27 dettano i compiti e la composizione della commissione permanente per l'alcoolismo istituita presso il Ministero della sanità.

Ad essa spetta l'analisi dei dati statistico-epidemiologici che dall'ambito nazionale pervengono a detto Ministero, al quale sarà anche trasmesso un dettagliato rapporto sull'andamento del fenomeno, la quantità e la qualità delle risorse, le eventuali carenze del sistema e le indicazioni per gli opportuni correttivi. Sarà compito della commissione mantenere rapporti con enti e organizzazioni di altri Stati, anche sulla base di trattati e convenzioni stipulati da parte dello Stato italiano, riservando fra l'altro particolare attenzione alle direttive in materia della Comunità europea.

Formulazioni articolate di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di formazione e aggiornamento dei quadri professionali e paraprofessionali impegnati nel campo delle alcoldipendenze e nella protezione e promozione della salute delle comunità più in generale, rappresentano alcune delle più rilevanti attività della commissione, all'interno della quale potranno operare sottogruppi di lavoro con la possibilità di chiamare anche esperti esterni della materia o rappresentanti di altre amministrazioni, uffici, enti pubblici e privati, nonché delle organizzazioni di volontariato e di cooperazione sociale e dei gruppi di mutuo aiuto.

Gli articoli 28 e 29 si riferiscono alle attività dei pubblici esercizi, e, in particolare, al divieto di vendita delle bevande alcoliche nelle scuole, negli ospedali e all'interno degli impianti sportivi, indicando le sanzioni previste per i casi di inosservanza.

Si fa anche riferimento all'articolo 686 e seguenti del codice penale relativamente

alle contravvenzioni concernenti la prevenzione dell'alcolismo e dei delitti commessi in stato di ubriachezza.

L'articolo 30 fa riferimento alle disposizioni sulla pubblicità e la sponsorizzazione delle bevande alcoliche, regolate fino ad oggi dall'articolo 15 della legge 5 ottobre 1991, n. 327, dall'articolo 2 del decreto 30 novembre 1991, n. 425 e dall'articolo 5 del decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 74, recependo le indicazioni previste dal codice di autodisciplina pubblicitaria (articoli 2, 22, 29 e seguenti) e dalle raccomandazioni della Comunità europea in merito alla pubblicità ingannevole, alle bevande alcoliche, alla composizione e alla funzione del giuri e del comitato di controllo.

Viene ribadito il divieto delle sponsorizzazioni delle manifestazioni sportive e di spettacolo da parte dei produttori di bevande alcoliche e al tempo stesso vengono indicate le norme pubblicitarie cui adeguarsi, le fasce orarie per gli *spot* e gli annunci pubblicitari da parte degli enti radiotelevisivi insieme al divieto della pubblicità delle bevande alcoliche nelle pubblicazioni e nella stampa specializzata dirette ai minori di sedici anni.

L'articolo 32 dispone le condizioni per l'esenzione dei pagamenti delle quote di

partecipazione alla spesa sanitaria a favore degli alcolodipendenti.

Gli articoli 33 e seguenti riguardano lo stanziamento, la destinazione e la ripartizione dei finanziamenti, i contributi per l'adeguamento degli immobili destinati alle comunità terapeutiche residenziali o diurne, la concessione di strutture appartenenti allo Stato e agli enti locali.

All'articolo 38 si fa riferimento alle norme del decreto legislativo 12 gennaio 1993, n. 3, relativo alla composizione e alla funzione degli organi preposti alla valutazione delle iniziative progettuali ed alla verifica dell'attuazione dei progetti finanziari.

L'articolo 39 detta alcune norme di coordinamento.

Onorevoli colleghi, crediamo di aver sufficientemente illustrato l'importanza del fenomeno delle alcolodipendenze e delle patologie e dei problemi correlati, insieme alla necessità di affrontarli, anche autonomamente, rispetto alle altre forme di dipendenza « voluttuaria », fino al loro superamento.

Confidiamo pertanto nella sollecita approvazione della presente proposta, dichiarandoci tuttavia disponibili a qualunque suggerimento che possa migliorarne il contenuto.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

ATTRIBUZIONI E COMPITI MINISTERIALI, REGIONALI, PROVINCIALI E DEGLI ENTI LOCALI. SERVIZI PER LA PREVENZIONE, LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE ALCOLDIPENDENZE E DELLE PATOLOGIE CORRELATE

ART. 1.

(Attribuzioni del Ministro della sanità).

1. La prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati o delle condizioni patologiche correlati all'abuso delle bevande alcoliche sono sottoposte alle attività di indirizzo e di coordinamento del Ministro della sanità, secondo i principi e gli obiettivi stabiliti dal servizio sanitario nazionale, istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

2. Il Ministro della sanità, nell'ambito delle proprie competenze:

a) determina, sentito il Consiglio sanitario nazionale, gli indirizzi per le attività di prevenzione del consumo e delle dipendenze da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool, nonché per la cura ed il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool;

b) intrattiene rapporti con gli organismi competenti della Comunità europea, delle Nazioni Unite e di ogni altra organizzazione internazionale avente competenza in materia di alcoldipendenze e di patologie e problemi correlati;

c) determina, sentito il Consiglio sanitario nazionale, gli indirizzi per il rilevamento epidemiologico concernente le dipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti o psicotrope, da parte delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano e delle unità sanitarie locali;

d) promuove, in collaborazione con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro di grazia e giustizia, studi e ricerche relativi agli aspetti farmacologici, tossicologici, medici, psicologici, riabilitativi, sociali, educativi, preventivi e giuridici in tema di droghe, alcool e tabacco.

ART. 2.

(Attribuzioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le funzioni di prevenzione e di intervento contro le alcoldipendenze al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate, sono determinate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in applicazione dei criteri fissati a titolo di indirizzo e di coordinamento ai sensi dell'articolo 1 e nell'ambito dei poteri loro attribuiti dall'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dagli articoli 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. I programmi per la prevenzione ed il controllo delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati, previsti dai piani sociosanitari delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, hanno come obiettivi principali:

a) caratterizzare la dimensione epidemiologica del fenomeno ed il suo andamento nel tempo;

b) prevenire le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi correlati mediante l'utilizzo e la distribuzione di programmi di informazione e di educazione alla salute, nonché di corsi di formazione per il personale, professionale e non, da impegnare nelle funzioni specifiche;

c) ottimizzare i programmi di trattamento riabilitativi favorendo un approccio multidisciplinare e multidimensionale, da utilizzare in maniera combinata con le risorse mediche, psicologiche, sociali, di volontariato e di cooperazione sociale;

d) prevedere un sistema articolato su tre livelli operativi:

1) livello regionale con un servizio autonomo per le problematiche in questione, integrato funzionalmente nell'ambito di un dipartimento regionale per le dipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti o psicotrope, una commissione di consulenza ed un osservatorio epidemiologico;

2) livello multizonale con un centro per le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi ad essi correlati, con compiti di coordinamento tra i servizi alcologici di più unità sanitarie locali vicine;

3) livello locale, con un servizio per le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi correlati per ogni unità sanitaria locale, a sostegno ed integrazione dell'attività dei medici di base e dei servizi socio-sanitari di primo e secondo livello, che svolga attività coordinata, nella comunità locale, con i gruppi di mutuo aiuto e con le associazioni di volontariato ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266.

3. Le leggi regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano ed i piani sanitari regionali, nel disciplinare il complesso dei servizi per la tutela della salute, dispongono, tra l'altro, l'istituzione di consorzi o presidi socio-sanitari presso le unità sanitarie locali che, a seconda delle necessità locali, svolgono, anche in via interdisciplinare, le funzioni preventive, curative e riabilitative di cui al comma 1. Essi possono prevedere altresì apposite convenzioni delle unità sanitarie locali con centri ed associazioni private che predispongono e presentano dettagliati programmi in tal senso, comprensivi di interventi di mutuo aiuto, realizzati con l'aiuto delle associazioni di volontariato.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano alle indicazioni del piano sanitario nazionale, secondo le modalità previste dai rispettivi statuti, i piani sanitari regionali e provinciali.

5. Le regioni provvedono alla compilazione di statistiche annuali sull'andamento del fenomeno delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati nelle loro province, sui mezzi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché sui risultati ottenuti, dandone informazione al Ministro della sanità.

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

ART. 3.

(Istituzione della commissione regionale e dell'ufficio regionale per le alcoldipendenze e per le patologie e i problemi correlati).

1. In ambito regionale sono istituiti una commissione regionale ed un ufficio regionale per le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi correlati, che operano nell'ambito del dipartimento per le dipendenze da alcool e per le sostanze stupefacenti o psicotrope e dell'osservatorio epidemiologico regionale di cui al numero 1 della lettera *d*) del comma 2 dell'articolo 2.

2. La commissione di cui al comma 1 provvede:

a) al corretto accertamento ed aggiornamento della natura e dell'entità del fenomeno, nonché all'identificazione dei fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali che ne sono alla base e che ne favoriscono la diffusione;

b) alla progettazione di schede di rilevamento delle alcoldipendenze, delle patologie e dei problemi correlati, uniformi per tutte le unità sanitarie locali delle regioni, coerentemente con le richieste di rilevamento epidemiologico di cui all'articolo 1, comma 2, lettera *c*), formulate dal Ministro della sanità;

c) all'analisi delle statistiche regionali, avvalendosi della collaborazione delle strutture regionali già deputate ad attività di rilevamento epidemiologico e di elaborazione dati;

d) alla programmazione di interventi articolati e coerenti sul piano delle indagini e dell'applicazione di procedure per l'individuazione ed il trattamento precoce e polivalente delle sindromi di alcoldipendenza, nonché delle loro conseguenze negative per la salute individuale, familiare e della comunità, nell'ottica dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e delle aree di ricovero per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati;

e) ad attività di raccordo tra assessorato competente, enti pubblici, enti ausiliari, servizi, istituzione e organizzazioni, anche privati, impegnati nei programmi di prevenzione e controllo delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati;

f) all'invio al consiglio regionale e, tramite esso, al Ministro della sanità, entro il primo quadrimestre di ogni anno e in base ai dati raccolti, di un rapporto relativo all'andamento del fenomeno ed allo stato dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione regionali, suggerendo debiti correttivi a fronte di eventuali carenze organizzative o funzionali rilevate;

g) alla cooperazione, nella stesura della parte di competenza del piano sanitario regionale, per il rispetto delle singole realtà ed esigenze locali oltre che delle direttive programmatiche regionali e nazionali, e delle indicazioni di organizzazioni internazionali e della Comunità europea;

h) alla consulenza tecnica in favore di istituzioni regionali, unità sanitarie locali ed enti locali;

i) alla consulenza, qualora richiesta dalla regione, nell'ambito della promozione e della verifica dei progetti finalizzati;

l) alla elaborazione di programmi di informazione ed educazione socio-sanitaria per la protezione e la promozione della

salute, destinati, all'interno di specifiche intese con i provveditorati e le sovrintendenze, a scuole di ogni ordine e grado, comunità militari, luoghi di lavoro, carceri e altri centri collettivi delle comunità locali, di concerto con enti ed organizzazioni che perseguono analoghi fini ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266;

m) alla formulazione di proposte o alla elaborazione di programmi di formazione, qualificazione e aggiornamento di operatori, professionali e non, del servizio pubblico e privato nonché del volontariato, impegnati o da impegnare nelle attività di prevenzione, cura e recupero dei soggetti con problemi e patologie correlate all'abuso dell'alcool;

n) all'acquisizione ed all'aggiornamento di elenchi regionali, di enti ausiliari e di organizzazioni di volontariato, ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, nonché, a fini divulgativi e di uso pubblico, degli indirizzi e dei numeri telefonici delle associazioni operanti attraverso gruppi di mutuo aiuto, presentati dalle stesse associazioni unitamente allo statuto, dal quale risulti che esse non hanno fine di lucro e che concorrono alla realizzazione dei programmi in ordine alle linee generali indicate dai piani socio-sanitari delle regioni e delle unità sanitarie locali nel campo della prevenzione e del controllo delle alcoldipendenze, delle patologie e dei problemi correlati all'abuso dell'alcol.

3. La commissione di cui al comma 1 può articolarsi in gruppi di lavoro per l'attuazione di quanto previsto al comma 2.

4. L'ufficio regionale per le alcoldipendenze e le patologie e i problemi ad esse correlati, di cui al comma 1, ha sede presso l'assessorato alla sanità e svolge i seguenti compiti:

a) traduzione a livello operativo delle indicazioni della commissione di cui al comma 1;

b) collegamento con i settori regionali delle sanità, dell'assistenza e della

sicurezza sociale, della sovrintendenza scolastica, dell'università degli studi, dei centri di ricerca extra-universitari e di ogni altro organismo o esperto operante nel campo;

c) collaborazione alla promozione regionale di studi a carattere epidemiologico, biologico, clinico-terapeutico e sociale in materia di patologie e problemi correlati all'abuso dell'alcool, mediante la predisposizione di progetti finalizzati nei campi specifici.

ART. 4.

(Composizione della commissione regionale per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati).

1. La commissione regionale per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati, di cui all'articolo 3, è nominata dalla giunta regionale.

2. La commissione è composta da:

a) l'assessore regionale competente per materia o un suo delegato, con funzioni di presidente;

b) il responsabile del servizio alcoldipendenze e tossicodipendenze della regione, ovvero un suo delegato;

c) il responsabile dell'ufficio per le alcoldipendenze della regione;

d) un funzionario del settore assistenza e sicurezza sociale della regione;

e) un funzionario del settore sanità e igiene della regione;

f) un rappresentante della sovrintendenza scolastica della regione;

g) tre esperti appartenenti rispettivamente ai servizi pubblici e privati ed alle università, che si occupano degli aspetti delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati sotto il profilo epidemiologico, clinico, terapeutico, giuridico, psicologico, sociale e riabilitativo;

h) un esperto della medicina del lavoro;

i) un rappresentante per ogni centro alcolologico multizonale della regione o da uno a tre responsabili dei servizi di alcologia;

l) rappresentanti delle organizzazioni di volontariato che si occupano del recupero degli alcolisti e delle loro famiglie;

m) ex alcolisti.

2. L'assessore che la presiede può fare intervenire alle riunioni della commissione per lo studio di questioni speciali, esperti nella materia estranei, senza diritto di voto.

3. Per le attività di segreteria la commissione si avvale della collaborazione del servizio per le alcoldipendenze e tossicodipendenze della regione.

4. La commissione è nominata dalla giunta regionale ogni tre anni, in coincidenza con l'emanazione del piano sanitario regionale, e i suoi membri possono essere confermati.

5. La commissione si riunisce in sessione ordinaria presso l'assessorato competente almeno ogni quattro mesi e, in via straordinaria, per disposizione dell'assessore che la presiede o su richiesta di almeno la metà dei componenti, escluso il presidente. Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza di almeno due terzi dei componenti, oltre al presidente.

6. Ai componenti della commissione ed agli esperti di cui al comma 2, per ogni seduta alla quale partecipano sono corrisposti un gettone di presenza, l'indennità di missione ed il rimborso delle spese come previsto dalle norme vigenti.

7. Per l'espletamento delle attribuzioni della commissione la regione determina i necessari finanziamenti nel bilancio annuale.

ART. 5.

(Attribuzioni delle unità sanitarie locali).

1. Le disposizioni adottate in materia di prevenzione, cura e riabilitazione a fa-

vore delle persone alcolodipendenti e delle loro famiglie, 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, e in analogia con quanto disposto dai titoli X e XI del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, fatto salvo quanto previsto dalle leggi regionali.

2. Ai fini di cui al comma 1, le unità sanitarie locali:

a) promuovono con gli enti locali, le forze sindacali, gli organismi scolastici di ogni ordine e grado, le forze armate, le associazioni culturali, le organizzazioni di volontariato e le cooperative di solidarietà sociale e di lavoro presenti nel territorio di competenza, programmi di ricerca per individuare le aree territoriali, le categorie sociali e le fasce di età a rischio per quanto riguarda le alcolodipendenze, le patologie ed i problemi correlati;

b) individuano, attuano e verificano programmi diagnostici e terapeutici ad orientamento psichico, medico e sociale, pluriprofessionale e multimodale, per l'individuazione ed il trattamento precoce delle alcolodipendenze e delle problematiche correlate, diretto al recupero dei soggetti portatori e delle loro famiglie, da svolgere anche a mezzo di altre strutture e di organizzazioni di volontariato individuate dalla regione;

c) diffondono tra la popolazione del loro territorio informazioni relative alle alcolodipendenze e alle patologie ed ai problemi correlati, promuovendo con gli enti e le istituzioni di cui alla lettera a) programmi ed interventi al fine di una educazione sanitaria e sociale idonea ad indicare anche i modi e i mezzi per rimuovere le cause dell'emarginazione sociale, capace a sua volta di indurre situazioni di abuso alcolico e di alcolodipendenza;

d) promuovono e organizzano, sulla base dei piani sanitari regionali, corsi di formazione e di qualificazione del personale dei servizi socio-sanitari pubblici e privati, di concerto ed in collaborazione, sulla relativa proposta, con organizzazioni di volontariato, sulle problematiche specifiche nel campo e sugli indirizzi e metodi per affrontarle, anche al di fuori di quanto previsto dall'articolo 26, comma 1, lettera g);

e) predispongono gli elenchi delle strutture e delle organizzazioni pubbliche, dei loro enti strumentali e ausiliari, delle strutture e delle organizzazioni private, del volontariato e di altri enti ausiliari, quali associazioni, enti di loro emanazione con finalità di educazione dei giovani, di sviluppo socioculturale, di formazione professionale e di orientamento al lavoro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento degli alcolisti, in analogia con quanto disposto dagli articoli 115 e 116 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, che operano nel settore delle alcol-dipendenze e delle patologie e dei problemi correlati, favorendone il raccordo;

f) rilevano i dati statistici relativi all'andamento del fenomeno e ai servizi socio-sanitari pubblici e privati, nonché alle organizzazioni, associazioni, istituzioni ed altri enti con essi cooperanti.

3. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 2 si prevede:

a) l'istituzione dei servizi per le tossicodipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope (SERT) ai sensi dell'articolo 118 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e del decreto del Ministro della sanità 30 novembre 1990, n. 444;

b) l'istituzione all'interno dei ciascun SERT di un servizio autonomo denominato « servizio per le alcol-dipendenze », per le patologie ed i problemi correlati, pariteticamente integrato, con competenze e caratteristiche specifiche per quanto riguarda l'organizzazione, il funzionamento e la dotazione degli organici;

c) l'istituzione, in relazione ai casi di alcoldipendenza, di patologie e di problemi correlati particolarmente complessi, da trattare in regime di ricovero ospedaliero, ed in base ai bisogni e su indicazione delle regioni circa il numero, le sedi e le caratteristiche, di unità alcologiche di almeno quindici posti letto, che assicurino, accanto ad attività di carattere sanitario, anche interventi di tipo psicosociale da integrare con i programmi territoriali per un avvio efficace del processo riabilitativo. Le unità alcologiche possono essere aggregate a divisioni mediche generali o specialistiche ospedaliere affini per materia, oppure inserite in aree dipartimentali. Ogni unità alcologica deve in ogni caso disporre di un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e personale di segreteria, il cui numero è rapportato al numero dei posti letto in dotazione ed alle caratteristiche dell'utenza.

4. I servizi socio-sanitari di cui al comma 2, lettera e), ed al comma 3, istituiti presso le unità sanitarie locali, singole o associate, rivestono carattere interdisciplinare e si avvalgono di personale qualificato per la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle alcoldipendenze, delle patologie e dei problemi correlati nonché della collaborazione di enti locali, istituzioni accademiche, organizzazioni di volontariato e gruppi di mutuo aiuto, di alcolisti guariti e recuperati, di loro familiari e di cooperative di solidarietà sociale e di lavoro impegnati nel settore.

5. Spetta alle regioni attribuire ad uno o più servizi per le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi correlati funzioni di centro di coordinamento multizonale fra unità sanitarie vicine, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera d).

6. Quando le unità sanitarie locali non sono in grado di fornire direttamente le prestazioni, vi provvedono mediante la stipula di convenzioni come previsto dall'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dall'articolo 2, comma 3, della presente legge, fatte salve le modifiche per la revisione ed il superamento dell'attuale

regime delle convenzioni stesse previste dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421, e relative norme di attuazione per il prossimo triennio.

7. Si applicano le disposizioni di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 per i casi ove si rilevano gravi alterazioni psichiche associate a, o complicate da, alcoldipendenza.

ART. 6.

(Compiti di assistenza degli enti locali).

1. Nell'ambito delle funzioni socio-assistenziali di competenza, i comuni e le comunità montane, fatte salve le attribuzioni di natura amministrativa e programmatica nonché quelle di coordinamento e ripartizione tecnico-professionale, spettanti agli enti locali, ai sensi della legge 8 giugno 1990, n. 142, perseguono, anche mediante loro consorzi o appositi centri gestiti in economia nonché a mezzo di proprie associazioni senza fini di lucro riconosciute o riconoscibili ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettera e), i seguenti obiettivi in tema di prevenzione e di recupero degli alcoldipendenti:

a) prevenzione della emarginazione e del disadattamento sociale mediante la progettazione e la realizzazione, in forma diretta o indiretta, di interventi programmati;

b) rilevazione ed analisi, anche in collaborazione con le autorità scolastiche, delle cause locali di disagio familiare e sociale che favoriscono il disadattamento dei giovani e la dispersione scolastica;

c) reinserimento scolastico, lavorativo e sociale dell'alcoldipendente.

2. Gli obiettivi previsti dal comma 1 possono essere raggiunti in collaborazione con le competenti unità sanitarie locali ovvero ad esse affidati dai comuni, dalle comunità montane o dalle associazioni di cui al comma 1.

3. I comuni, singoli o associati, e le comunità montane favoriscono altresì, ai

sensi dell'articolo 2511 e seguenti del codice civile ed ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381, la costituzione di cooperative di solidarietà sociale e di lavoro, nonché di comunità artigiane, agricole e di servizi, aperte ai soggetti alcolodipendenti.

4. Possono far parte delle cooperative e delle comunità di cui al comma 3, dirette alla soddisfazione di interessi morali, assistenziali, culturali, educativi e ricreativi, studiosi ed esperti della materia ed *ex* alcolisti.

CAPO II

INTERVENTI PREVENTIVI, CURATIVI E RIABILITATIVI

SEZIONE I.

DISPOSIZIONI RELATIVE AL SETTORE SCOLASTICO.

ART. 7.

*(Attività informativa ed educativa
nelle scuole).*

1. I piani sanitari regionali, di cui all'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono prevedere un programma di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché sulle patologie correlate, in osservanza a quanto disposto dagli articoli 104, 105 e 106 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

2. Il programma di cui al comma 1 è predisposto tenendo conto anche delle rilevazioni epidemiologiche regionali nelle zone a più alto rischio; possono essere altresì sentiti 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 26.

3. Il programma, rivolto agli studenti, agli insegnanti e ai genitori attraverso lezioni, corsi, seminari e colloqui coordinati dai presidi, si avvale dell'opera di vari esperti in materia, di operatori socio-sanitari scelti dalle regioni o segnalati dalle unità sanitarie locali; di ex alcolisti e di membri di associazioni volontaristiche, impegnati nel campo.

4. Negli istituti scolastici di ogni ordine e grado, all'inizio di ogni anno scolastico, gli organi collegiali indicano il numero di ore da utilizzare per lo svolgimento dei programmi di cui ai commi 1, 2 e 3.

5. Ai sensi dell'articolo 105 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, devono essere promosse e coordinate, d'intesa con i provveditorati scolastici e le sovrintendenze, iniziative di educazione e prevenzione, corsi di studio per insegnanti e corsi sperimentali a livello di scuola media.

6. Sono previsti centri di informazione e consulenza nelle scuole e iniziative di studenti animatori finalizzati alla prevenzione ed al controllo delle alcoldipendenze e delle patologie e dei problemi correlati, come previsto dall'articolo 106 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

SEZIONE II.

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE FORZE ARMATE.

ART. 8.

(Centri di formazione e informazione).

1. Il Ministero della difesa, d'intesa con i Ministri dell'interno, della sanità, della pubblica istruzione, di grazia e giustizia, dell'agricoltura e foreste, delle finanze nonché con le autorità regionali competenti, promuove corsi di formazione e informazione, comuni o separati, sui danni derivanti dall'uso di alcool presso le accademie militari, le scuole allievi ufficiali e sottufficiali, le scuole per medici e allievi infermieri, le caserme, i centri per i

giovani in servizio di leva, le accademie, le scuole e le caserme delle forze dell'ordine, del Corpo degli agenti di custodia e del Corpo forestale dello Stato, ai sensi dell'articolo 107 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

ART. 9.

(Azioni di prevenzione e accertamenti sanitari).

1. Il Ministero della difesa, tramite i consultori ed i servizi sanitari delle Forze armate, svolge azioni di prevenzione contro le alcoldipendenze, le patologie ed i problemi ad esse correlati. Per i casi problematici è previsto l'invio degli interessati all'ospedale militare o ai servizi socio-sanitari, pubblici e privati, per le alcoldipendenze affinché siano espletati gli opportuni accertamenti. L'autorità sanitaria militare provvede, in maniera analoga, in occasione di visite mediche periodiche e di idoneità a particolari mansioni o categorie, in conformità a quanto previsto dall'articolo 108 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

ART. 10.

(Stato di alcoldipendenza e patologie e problemi correlati).

1. I criteri di rivedibilità degli iscritti di leva, arruolati di leva o militari di leva già incorporati nonché le licenze di convalescenza straordinaria, la concessione dell'aspettativa ai militari in ferma prolungata o in rafferma o in servizio permanente dipendono dall'accertamento, da parte degli ospedali militari, dello stato di alcoldipendenza o di patologie e problemi correlati, dalla scelta volontaria di un programma di recupero presso i servizi socio-sanitari pubblici o privati per le alcoldipendenze da parte dell'interessato o dall'esistenza di un trattamento già in atto.

2. Per i militari riconosciuti alcoldipendenti o con patologie e problemi alcolcorrelati sono realizzate attività di sostegno e

di educazione sanitaria presso i consultori militari in collaborazione con i servizi socio-sanitari pubblici e privati per le alcoldipendenze.

3. Le funzioni di polizia giudiziaria ai fini della prevenzione e della repressione dei reati correlati all'uso di alcool, commessi da militari in luoghi militari, spettano ai soli comandanti di corpo con grado non inferiore a ufficiale superiore.

4. Tutti gli interventi previsti dagli articoli 9 e 10 devono essere svolti nel rispetto del diritto di riservatezza dei soggetti interessati.

ART. 11.

(Rapporti con le strutture civili).

1. I rapporti di collaborazione fra le strutture socio-sanitarie militari e quelle civili, impegnate nel settore delle alcoldipendenze, delle patologie e dei problemi correlati, sono volti ad assicurare l'attuazione di programmi di informazione ed educazione per la promozione e la protezione della salute nonché l'assistenza integrata, atta a favorire il recupero del soggetto sotto il profilo sanitario ed il suo reinserimento nella società.

2. La frequenza ai programmi di trattamento e di recupero per le alcoldipendenze, per le patologie e per i problemi correlati è ritenuta valida, a tutti gli effetti, come servizio militare.

3. Le rilevazioni statistico-epidemiologiche inerenti alle alcoldipendenze, alle patologie ed ai problemi correlati dei soggetti di leva e dei dipendenti militari sono di competenza delle autorità di cui al comma 1 dell'articolo 1. I relativi dati sono comunicati annualmente al Ministro della sanità, al Ministro della difesa ed al Ministro dell'interno, unitamente ai risultati dei programmi effettuati.

ART. 12.

(Servizio sostitutivo civile).

1. Gli obiettori di coscienza ammessi ai benefici della legge 15 dicembre 1972,

n. 772, possono chiedere di prestare servizio sostitutivo civile presso i centri civili autorizzati e convenzionati con l'Amministrazione della difesa, che provvedono all'assistenza socio-sanitaria ed alla riabilitazione dei soggetti alcolodipendenti, con patologie e problemi correlati, in conformità con quanto previsto dall'articolo 112 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

SEZIONE III.

DISPOSIZIONI RELATIVE AL SETTORE LAVORO.

ART. 13.

(Attività nei luoghi di lavoro).

1. Nei piani sanitari regionali sono predisposti appositi programmi che prevedono attività di prevenzione contro l'alcol-dipendenza, le patologie ed i problemi correlati all'interno delle comunità di lavoro. Il loro svolgimento si attua, d'intesa con i titolari delle imprese pubbliche e private e con le organizzazioni sindacali, con l'intervento di esperti, di operatori professionali e paraprofessionali, di ex alcolisti, nonché di altri volontari impegnati nel campo, analogamente a quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 7.

2. Per i dipendenti alcolodipendenti o portatori di patologie e problemi correlati che accedono ai programmi terapeutici e riabilitativi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 124 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, in merito alla conservazione del posto di lavoro, ai contratti collettivi di lavoro ed agli accordi di lavoro per il pubblico impiego, alle assunzioni a tempo determinato per la sostituzione dei dipendenti alcolisti in trattamento, alle assunzioni per le quali le vigenti disposizioni richiedono particolari requisiti psicofisici e attitudinali, nonché alle sospensioni o destituzioni dal servizio, per particolari categorie di dipendenti quali quelli delle forze armate e dei corpi di polizia.

ART. 14.

(Accertamento dell'assenza di alcoldipendenze o di patologie e problemi correlati).

1. Gli appartenenti alle categorie di dipendenti che svolgono mansioni a rischio per la sicurezza, l'incolumità e la salute, propria o altrui, e che sono individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale adottato d'intesa con il Ministro della sanità anteriormente all'assunzione, sono sottoposti, a cura del servizio sanitario nazionale, ad accertamenti, volti a verificare l'assenza di alcoldipendenze, di patologie e di problemi correlati, e ad accertamenti periodici successivi, i cui tempi saranno stabiliti con ulteriori decreti, a cura dei ministri citati.

2. In caso di accertamento di alcoldipendenza, di patologie o di problemi correlati nel corso del rapporto di lavoro, il datore di lavoro deve far cessare il dipendente dallo svolgimento di mansioni a rischio, favorendone comunque l'avviamento volontario al trattamento riabilitativo. In caso di inosservanza di quanto previsto dal presente comma il datore di lavoro è punito con l'ammenda da lire dieci milioni a lire cinquanta milioni.

ART. 15.

(Infortuni sul lavoro).

1. Allo scopo di prevenire infortuni sul lavoro è possibile effettuare esami dell'aria espirata, e, successivamente, qualora tale esame risulti positivo, determinare il tasso alcolemico attraverso l'esame del sangue o, in caso di impossibilità, attraverso l'esame urinario e salivare, su dipendenti, pubblici o privati, ritenuti fondatamente responsabili di avere determinato infortuni sotto l'influenza dell'alcool. Tali esami possono essere ripetuti periodicamente.

2. In materia di infortuni correlati all'abuso di sostanze alcoliche devono essere osservati i seguenti criteri:

a) rispetto di quanto previsto dalle convenzioni internazionali e dalle direttive della Comunità europea in materia;

b) indicazione delle categorie di dipendenti di cui è richiesta, nell'espletamento del proprio lavoro, la piena capacità fisica e mentale;

c) determinazione dei limiti di concentrazione alcolica nel sangue, nelle urine e nella saliva, ammessi durante lo svolgimento dell'attività lavorativa;

d) indicazione particolareggiata delle modalità dell'accertamento e delle persone ad esso preposte.

SEZIONE IV.

DISPOSIZIONI RELATIVE AGLI ISTITUTI DI PENA.

ART. 16.

(Reati commessi in stato di ubriachezza).

1. Ai responsabili di reati commessi in stato di ubriachezza si applicano gli articoli 91 e seguenti del codice penale e gli articoli 18, 19, 20 e 21 della presente legge.

ART. 17.

(Attività informativa ed educativa negli istituti di pena).

1. Al fine di prevenire l'estendersi delle alcoldipendenze, delle patologie e dei problemi correlati fra i detenuti e gli internati in conseguenza dell'applicazione di misure di sicurezza detentive, le direzioni degli istituti carcerari, osservate le disposizioni dell'ordinamento giudiziario, predispongono e attuano programmi di informazione ed educazione socio-sanitaria rivolti ai carcerati, agli agenti di polizia

penitenziaria, agli operatori socio-sanitari nonché al personale civile, amministrativo e tecnico, avendo cura di integrarli con altre iniziative interne, volte alla promozione e alla protezione della salute, nonché con programmi di prevenzione, cura e riabilitazione previsti dai servizi socio-sanitari per le alcoldipendenze, le patologie e i problemi correlati, delle unità sanitarie locali che, a tale scopo, possono avvalersi dell'opera di enti, istituzioni, associazioni e gruppi di volontariato ai sensi del comma 4 dell'articolo 5.

ART. 18.

(Provvedimenti restrittivi nei confronti degli alcoldipendenti che abbiano in corso programmi terapeutici).

1. Non può essere disposta la custodia cautelare in carcere, salvo che per esigenze cautelari eccezionalmente rilevanti, dell'alcoldipendente che ha in corso un programma terapeutico di recupero nell'ambito di una struttura autorizzata. Il giudice stabilisce i controlli necessari per accertare che l'alcoldipendente prosegua il programma di recupero.

ART. 19.

(Sospensione dell'esecuzione della pena detentiva).

1. Il giudice di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena per cinque anni nei confronti di chi sia stato condannato ad una pena detentiva non superiore a tre anni per reati commessi in relazione al proprio stato di alcoldipendenza qualora accerti che l'interessato intende sottoporsi a trattamento terapeutico e riabilitativo o che il medesimo sia già in corso.

2. La sospensione della pena di cui al comma 1 non può essere concessa se, nel tempo che intercorre tra l'inizio del programma e la pronuncia della sospensione, il condannato commette un altro delitto non colposo punibile con la reclusione.

3. La sospensione dell'esecuzione della pena di cui al comma 1 rende inapplicabili le misure di sicurezza, tranne la confisca. Tale sospensione non si estende alle pene accessorie e agli altri effetti penali della condanna né alle obbligazioni civili derivanti dal reato.

4. La sospensione dell'esecuzione della pena di cui al comma 1 non può essere concessa più di una volta ed il tribunale ai fini di cui al comma 1, può tener conto cumulativamente di pene detentive inflitte con più sentenze di condanne, divenute definitive anteriormente alla presentazione dell'istanza per la sospensione dell'esecuzione della pena ai sensi del comma 1, da parte del condannato al tribunale di sorveglianza del luogo dove il medesimo risiede.

5. In relazione alla richiesta sospensione dell'esecuzione della pena, al procedimento innanzi alla sezione di sorveglianza, alla estinzione del reato, e alla revoca della sospensione dell'esecuzione della pena, all'affidamento in prova per casi particolari ed all'esecuzione della pena detentiva inflitta a persona alcol dipendente, si applicano gli articoli da 91 a 95 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

ART. 20.

(Disposizioni applicabili in materia di prestazioni socio-sanitarie per alcol dipendenti detenuti).

1. Agli alcol dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 96 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, volte a garantire il diritto alle cure mediche e alla assistenza necessaria a scopo riabilitativo. Devono essere altresì assicurati all'interno degli istituti carcerari: la prosecuzione o l'esecuzione del programma terapeutico al quale l'alcol dipendente risulta sottoposto o intende sottoporsi; la collaborazione tra le unità sanitarie locali ed i servizi sanitari interni degli istituti di prevenzione e di pena per i programmi di cura e di riabilitazione degli alcolisti detenuti; l'organizzazione di

reparti carcerari opportunamente attrezzati; la segnalazione ai centri medici e di assistenza sociale regionali competenti dei soggetti ancora bisognosi di cure e di assistenza al momento della scarcerazione, nonché l'attribuzione dell'onere per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica della persona sottoposta agli arresti domiciliari, allorché tale misura sia eseguita presso comunità terapeutiche o di riabilitazione tra quelle iscritte negli albi di cui all'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, sentite le regioni interessate.

2. Nei casi in cui esistano gravi alterazioni psichiche, associate o complicate da alcoldipendenze, si applicano le disposizioni di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. Le direzioni degli istituti carcerari trasmettono ogni anno al Ministro della sanità e al Ministro di grazia e giustizia i dati statistici relativi ai detenuti alcoldipendenti e ai risultati dei trattamenti effettuati.

4. Tutti gli interventi volti al recupero dei detenuti alcoldipendenti devono essere attuati nel rispetto del diritto alla riservatezza degli interessati.

5. In merito alla terapia volontaria ed alla garanzia all'anonimato si applica l'articolo 120 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

ART. 21.

(Verifica del trattamento in regime di sospensione del procedimento o di esecuzione della pena).

1. Per tutti i soggetti alcolodipendenti il cui trattamento sia disposto in regime di sospensione del procedimento o di sospensione dell'esecuzione della pena ai sensi della presente legge e del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, l'unità sanitaria locale competente per territorio trasmette, su richiesta, all'autorità che ha disposto la sospensione, una relazione, se-

condo modalità definite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, relativa all'andamento del programma, al comportamento del soggetto ad ai risultati conseguiti in seguito dell'ultimazione del programma stesso.

ART. 22.

(Accompagnamento dell'alcoldipendente in affidamento).

1. Durante il periodo di affidamento di cui all'articolo 94 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, ed all'articolo 4-sexies del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 1985, n. 297, il responsabile della struttura autorizzata per il trattamento, o una persona di sua fiducia, possono accompagnare l'alcoldipendente all'esterno della stessa in casi di necessità o di urgenza dipendenti da ragioni di assistenza sanitaria o da gravi motivi familiari, dandone immediata comunicazione all'autorità giudiziaria.

CAPO III

GUIDA DI VEICOLI

ART. 23.

(Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida).

1. Per quanto riguarda l'accertamento del possesso dei requisiti fisici e psichici necessari ai fini del rilascio della patente o dell'autorizzazione ad esercitarsi alla guida, si applica la lettera d) del comma 4 dell'articolo 119 del decreto-legislativo 30 aprile 1992, n. 285.

ART. 24.

(Guida sotto l'influenza dell'alcool).

1. Per quanto riguarda il divieto di guida in stato di ebbrezza e le sanzioni

relative, il traino e la custodia del veicolo, gli accertamenti dello stato di ebbrezza del conducente, l'accertamento del tasso alcolemico, nonché le sanzioni in caso di rifiuto dell'accertamento stesso, si applicano l'articolo 186 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, ed il decreto del Ministro dei trasporti 22 maggio 1990, n. 196. Si applicano altresì gli articoli 210 e seguenti del citato decreto legislativo n. 285 del 1992.

CAPO IV

SERVIZIO CENTRALE PER LE DIPENDENZE DA ALCOOL E SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE — COMMISSIONE PERMANENTE PER LE ALCOLDIPENDENZE E PER LE PATOLOGIE ED I PROBLEMI CORRELATI

ART. 25.

(Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope).

1. È istituito presso il Ministero della sanità il Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope, con compiti di indirizzo e coordinamento per le politiche ed i programmi inerenti al trattamento delle dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope su tutto il territorio nazionale, previo parere obbligatorio del Consiglio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 3 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

2. Al Servizio centrale per le dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti o psicotrope di cui al comma 1, si applica per quanto riguarda la composizione, l'articolo 4 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 ed il Servizio stesso si articola in almeno quattro settori afferenti all'alcolismo, alla dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope, alla prevenzione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate, nonché al tabagismo.

ART. 26.

(Istituzione della commissione permanente per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati).

1. Nell'ambito delle attribuzioni di cui all'articolo 1 in materia di determinazione di indirizzi per le attività di prevenzione del consumo e delle dipendenze da alcool, nonché in materia di rilevamenti statistico-epidemiologici relativi alle stesse dipendenze ed alle patologie ed ai problemi correlati, il Ministro della sanità costituisce, all'interno del Ministero stesso, una commissione permanente per le alcoldipendenze e per le patologie e i problemi correlati, con i seguenti compiti:

a) esaminare i dati e le statistiche indicate all'articolo 2, comma 5, con facoltà di richiedere supplementi di informazione, in modo da ottenere un corretto accertamento aggiornato dell'entità del fenomeno dell'alcolismo, 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;

b) trasmettere al Ministro della sanità, entro il primo quadrimestre di ogni anno e sulla scorta dei dati di cui alla lettera a), un rapporto sull'andamento del fenomeno, sui sistemi di prevenzione, cura e riabilitazione in atto nelle regioni, sulle eventuali carenze riscontrate e sugli interventi ritenuti necessari presso le unità sanitarie locali per l'attuazione di eventuali modelli di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché sulle esperienze interdisciplinari multimodali;

c) mantenere, ove occorra, d'intesa con le altre strutture del Ministero della sanità, rapporti con enti e organizzazioni internazionali, anche privati, che abbiano competenza in materia, e formulare proposte o esprimere pareri in merito agli adempimenti previsti da trattati o conven-

zioni internazionali o da direttive della Comunità europea relativi a tale materia;

d) fornire al Ministro della sanità, d'intesa con il Consiglio sanitario nazionale, eventuali indicazioni di criteri diagnostici uniformi per il riconoscimento delle sindromi di alcoldipendenze, ovvero formulare proposte per l'individuazione di detti criteri;

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

f) formulare proposte, d'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, nelle accademie e nelle scuole militari, nelle comunità sanitarie e negli ambienti di lavoro, al fine di prevenire e controllare i problemi derivanti dall'uso e dall'abuso delle bevande alcoliche;

g) proporre, d'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, cura e recupero psichico, medico e sociale delle persone alcoldipendenti;

h) fornire pareri al Ministro della sanità su ogni altra materia che abbia attinenza con la prevenzione ed il controllo dell'alcolismo e dei problemi correlati ed espletare ogni altro compito in materia di alcoldipendenza che sia delegato dal Ministro medesimo.

2. Per l'attuazione di quanto previsto dal comma 1 la commissione può costituire al suo interno gruppi di lavoro con

compiti referenti e può acquisire pareri di altre amministrazioni, uffici ed enti, pubblici o privati.

ART. 27.

(Composizione della commissione permanente per le alcoldipendenze e per le patologie ed i problemi correlati).

1. La commissione di cui all'articolo 26 è presieduta dal Ministro della sanità, o da un sottosegretario da lui delegato, ed i suoi componenti sono:

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

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

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

d) un rappresentante del Consiglio sanitario nazionale, designato dal presidente fra i membri del consiglio stesso;

e) il dirigente del servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope, o un suo delegato;

f) esperti in materia alcolica quali epidemiologi, clinici, psicologi, farmacologi, giuristi, nonché esperti per gli affari sociali, per gli aspetti sociali e riabilitativi, per la produzione ed il commercio delle bevande alcoliche, per la nutrizione e l'igiene alimentare, e rappresentanti delle forze dell'ordine, del mondo del lavoro, dell'istruzione, delle associazioni degli alcolisti in trattamento e delle associazioni di volontariato, nominati con decreto del Ministro della sanità.

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

dente, nominato all'interno della commissione.

3. La commissione ha una segreteria composta da 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 dattilogafi.

4. I componenti della commissione durano in carica tre anni, possono essere riconfermati e non possono farsi sostituire, salvo situazioni eccezionali e previa richiesta al Ministro della sanità per l'approvazione.

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

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

7. Ai componenti della commissione ed ai soggetti estranei intervenuti ai sensi del comma 6 è corrisposto, per ogni seduta alla quale partecipano, un gettone di presenza ed una indennità di trasferta, per coloro che risiedono fuori Roma a più di trenta chilometri di distanza, pari agli analoghi emolumenti spettanti ai dirigenti generali del Ministero della sanità. Per eventuali missioni all'estero spetta il trattamento previsto per i dirigenti generali del Ministero della sanità.

8. Per il funzionamento e l'espletamento dei compiti della commissione sono fissati nello stato di previsione del Ministero della sanità i necessari finanziamenti.

CAPO V

DIVIETO DI VENDITA E DI SOMMINISTRAZIONE DI BEVANDE ALCOLICHE

ART. 28.

(Divieto di somministrazione di bevande alcoliche).

1. Ferme restando le limitazioni previste da altre disposizioni di legge, sono vietate la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche di qualsiasi gradazione nelle scuole, negli ospedali, negli stadi e in generale nei luoghi destinati ad attività sportive, sulle autostrade e nei relativi punti di ristoro, nonché nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di diciotto anni.

ART. 29.

(Contravvenzioni concernenti la prevenzione dell'alcolismo e dei delitti commessi in stato di ubriachezza).

1. Per quanto riguarda la prevenzione dell'alcolismo e la punizione dei delitti commessi in stato di ubriachezza in luogo pubblico o aperto al pubblico, si applicano gli articoli 686 e seguenti del codice penale.

CAPO VI

DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA PUBBLICITÀ DELLE BEVANDE ALCOLICHE

ART. 30.

(Pubblicità e sponsorizzazione).

1. Ai fini della presente legge si intendono « bevande alcoliche » le bevande alimentari che contengono più di 1,2 gradi di alcool.

2. Alla pubblicità di bevande alcoliche di qualsiasi tipo si applicano l'articolo 15 della legge 5 ottobre 1991, n. 327, l'articolo 2 del decreto del Ministro delle poste e delle telecomunicazioni 30 novembre 1991, n. 425, e l'articolo 5 del decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 74.

3. La pubblicità delle bevande alcoliche di qualsiasi tipo deve altresì rispondere alle indicazioni previste dal codice di autodisciplina pubblicitaria.

4. La pubblicità delle bevande alcoliche deve comunque contenere l'indicazione della gradazione alcolica del prodotto e la dicitura, a caratteri ben leggibili, « l'alcool nuoce gravemente alla salute ».

5. Sulle confezioni delle bevande alcoliche in vendita al pubblico deve essere riportata, a cura del produttore, la dicitura a caratteri ben visibili « l'alcool nuoce gravemente alla salute ».

6. È vietata ogni forma di pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche negli stadi e in genere nei luoghi destinati ad attività sportive, sulle autostrade e nei relativi punti di ristoro, nelle scuole e nei luoghi di lavoro, nonché in ogni luogo prevalentemente frequentato dai minori di diciotto anni.

7. È vietata la promozione delle bevande alcoliche attraverso qualsiasi forma di concorso promozionale a premi.

8. È vietata ogni forma di pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche attraverso pubblicazioni di stampa che si rivolgono ai minori di diciotto anni.

9. La sponsorizzazione delle manifestazioni sportive e di spettacolo da parte di produttori di bevande alcoliche è vietata ai sensi della direttiva 89/552/CEE del Consiglio del 3 ottobre 1989.

10. La pubblicità di bevande alcoliche non deve rivolgersi ai minori, non deve essere collegata a prodezze fisiche o alla guida di autoveicoli, non deve fare riferimento a proprietà terapeutiche, stimolanti, sedative o comunque utili per risolvere problemi personali, non deve incoraggiare un uso smodato o mettere in

luce negativa l'astinenza o la sobrietà e non deve insistere sul forte grado alcolico. In nessun caso i produttori di superalcolici possono effettuare sponsorizzazioni.

11. È vietato trasmettere messaggi e annunci pubblicitari riguardanti bevande alcoliche nella fascia d'orario compresa tra le ore 13 e le ore 21.

ART. 31.

(Ordinanza prefettizia e sanzioni).

1. L'individuazione dei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di cui all'articolo 28 e al comma 6 dell'articolo 30 è demandata ad apposite ordinanze prefettizie, da emanare entro il 31 gennaio di ogni anno.

2. La violazione delle disposizioni di cui agli articoli 28 e 30 è punita con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda fino a due milioni, e comporta la sospensione dell'attività svolta dai trasgressori per un periodo variabile in rapporto alla gravità dell'infrazione commessa e comunque non inferiore a tre giorni. In caso di recidiva è prevista la revoca dell'autorizzazione dell'attività di esercizio.

CAPO VII

ESENZIONI

ART. 32.

(Esenzione del pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria).

1. Sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni farmaceutiche, la diagnostica strumentale di laboratorio, nonché per le prestazioni specialistiche correlate alle specifiche patologie da cui sono affetti, gli alcol dipendenti sottoposti a trattamenti terapeutici di recupero presso le istituzioni e servizi pubblici e privati, nonché gli alcol dipendenti residenti nelle

comunità di recupero, in analogia a quanto disposto dal decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991.

CAPO VIII

DISPOSIZIONI FINALI

ART. 33.

(Finanziamenti).

1. Agli oneri derivanti all'applicazione della presente legge il Ministro della sanità e gli altri Ministri interessati provvedono con gli stanziamenti dei rispettivi bilanci.

2. L'eventuale finanziamento delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano per l'adozione di misure attuative di quanto previsto dalla presente legge avviene in base a dettagliati progetti, mirati alla prevenzione e al recupero delle alcoldipendenze, inviati dalle stesse ai competenti Ministri entro il 31 ottobre di ogni anno, con indicazione delle caratteristiche di fattibilità, dei tempi, delle modalità e degli obiettivi che si intendono realizzare.

ART. 34.

(Contributi).

1. Per la costruzione, l'ampliamento o il recupero di immobili destinati a sedi di comunità terapeutiche residenziali o diurne per alcoldipendenti, il comitato esecutivo del Comitato per l'edilizia residenziale, integrato per tale circostanza da un rappresentante del Ministro per gli affari sociali, può concedere agli enti di cui all'articolo 5, comma 2, lettera e), della presente legge ed all'articolo 115 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, un contributo in conto capitale fino alla totale copertura della spesa sanitaria.

2. La concessione del contributo di cui al comma 1 comporta un vincolo decennale di destinazione dell'immobile a sede di comunità terapeutica residenziale o diurna per alcolodipendenti ed è subordinata alla preventiva autorizzazione in ordine alla realizzazione dell'opera.

3. I contributi sono ripartiti tra le regioni in proporzione al numero degli alcolodipendenti assistiti, sulla base delle rilevazioni statistico-epidemiologiche pervenute al Ministero della sanità dagli osservatori delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

ART. 35.

(Concessione di strutture appartenenti allo Stato).

1. Agli enti locali, alle unità sanitarie locali ed ai centri privati autorizzati e convenzionati possono essere concessi in uso, con convenzione e per una durata almeno decennale, con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per gli affari sociali, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, affinché siano destinati a centri per la cura ed il recupero di alcolodipendenti ed alla realizzazione di centri e case di lavoro per i riabilitati.

2. Gli enti ed i centri di cura di cui al comma 1 possono effettuare opere di ricostruzione, restauro e manutenzione per l'adattamento delle strutture attingendo ai finanziamenti di cui all'articolo 33, nel rispetto dei vincoli posti sui beni stessi.

3. Agli enti di cui al comma 1 si applicano le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 4, 5 e 6, e dell'articolo 2 della legge 11 luglio 1986, n. 390.

ART. 36.

(Concessione delle strutture degli enti locali).

1. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, gli enti locali, nonché i loro enti strumentali e ausiliari, possono

concedere in uso gratuito agli enti ausiliari di cui all'articolo 115 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche se in possesso dei soli requisiti di cui alle lettere *a)* e *c)* del comma 2 dell'articolo 116 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 e all'articolo 5, comma 2, lettera *e)* della presente legge, beni immobili di loro proprietà con vincolo di destinazione per le attività di prevenzione, recupero e reinserimento anche lavorativo degli alcol-dipendenti, disciplinate dalla presente legge.

2. L'uso dei beni di cui al comma 1 è regolato con apposita convenzione che ne fissa la durata, stabilisce le modalità di controllo sulla utilizzazione del bene e le cause di revoca della concessione, nonché le modalità di autorizzazione ad apportare modificazioni o addizioni al bene, anche mediante utilizzazione dei contributi di cui all'articolo 34.

ART. 37.

(Destinazione e ripartizione dei contributi per il recupero ed il reinserimento degli alcol-dipendenti).

1. Per quanto riguarda i contributi che il Ministero dell'interno può erogare allo scopo di sostenere le attività per i recupero ed il reinserimento sociale degli alcol-dipendenti e per quanto riguarda la relazione annuale che il Ministro dell'interno deve presentare al Parlamento circa le attività riguardanti l'erogazione dei contributi finalizzati ed i relativi risultati si applica l'articolo 131 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

2. La destinazione ed i criteri di ripartizione dei contributi di cui al comma 1 sono regolati dall'articolo 132 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle proprie competenze, alla realizzazione

delle finalità di cui al presente articolo secondo le modalità stabilite dai rispettivi statuti.

3. I contributi di cui al comma 1 possono essere destinati al finanziamento di progetti per l'occupazione di alcoldipendenti in corso di trattamento o che, avendo completato il trattamento, devono inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro, come previsto dall'articolo 134 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

ART. 38.

(Organi di valutazione, controllo e coordinamento delle iniziative e dei progetti finanziari).

1. Per quanto riguarda la composizione e le funzioni degli organi preposti alla valutazione delle iniziative progettuali e alla verifica dell'attuazione dei progetti finanziari, si applicano gli articoli 9 e 10 del decreto legislativo 12 gennaio 1993, n. 3.

ART. 39.

(Disposizioni di coordinamento).

1. Nel testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, le parole « tossicodipendenti » e « tossicodipendenza », ovunque ricorrano, sono sostituite dalle seguenti: « tossicodipendenti e alcoldipendenti » e « tossicodipendenza e alcoldipendenza ».

2. All'articolo 112 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, sono aggiunte, in fine, le parole: « e degli alcol-dipendenti ».