

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

N. 1766

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori SICA, MICELE, PELELLA e GRUOSSO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 MAGGIO 1995

**Nuove norme per la prevenzione dell'abuso dell'alcool
e per il recupero degli alcoolizzati**

INDICE

Relazione	Pag. 3
Disegno di legge	» 10

ONOREVOLI SENATORI. - Il disegno di legge che presentiamo riprende con importanti innovazioni norme già prospettate in altre proposte, presentate nelle precedenti legislature. Essa intende porre all'attenzione del Parlamento la necessità di affrontare con una legislazione adeguata il problema dell'alcoolismo, che, per rilevanza, ampiezza e caratteristiche del fenomeno, investe ed interessa la società nel suo complesso.

Tutte le volte che ci si accinge a parlare di alcool e di alcoolisti, si ha la sensazione del *déjà vu*, con tutto il corredo di ambiguità, inquietitudine e riluttante curiosità che questa sensazione comporta. Indubbiamente sull'alcool e sull'alcoolismo tutti credono di sapere qualcosa. In verità spesso si sa molto poco e qualche volta niente del tutto, grazie ad una cattiva informazione interamente costruita sui luoghi comuni del bere conviviale.

È difficile, infatti, negare che, soprattutto nei Paesi dell'area mediterranea, e in modo particolare nel nostro, l'uso dominante del vino e delle bevande alcoliche in generale sia stato - e in qualche misura sia tutt'ora - quello alimentare. Esso appare così radicato nella nostra cultura e nelle nostre tradizioni, da risultare intoccabile.

Non si può comunque non riconoscere l'esistenza dell'alcoolismo come fenomeno eterogeneo e complesso, che presenta tuttora numerosi aspetti irrisolti.

Una reale presa di coscienza del fenomeno è stata storicamente ostacolata da atteggiamenti moralistici nei confronti del «vizio», da miopia culturale verso una sostanza ben accetta e dall'emergere, negli ultimi quindici anni, delle nuove droghe illegali, portatrici di problemi anche di ordine pubblico.

Tra alcool e droga esiste un'affinità: l'alcool è la più antica e diffusa delle droghe, conosciuta in Egitto seimila anni fa, e forse già a partire dall'età della pietra. È il mezzo più antico per ottenere un intervento sullo

stato psichico, per modificare temporaneamente le capacità comportamentale e percettiva.

Ciononostante la nostra cultura ha preso atto formalmente soltanto da circa quarant'anni di questa natura dell'alcool e tende sistematicamente a rimuoverla.

Mentre il problema della droga è sulle prime pagine di tutti i giornali e i morti per *overdose* sono circa tremila l'anno, dei circa trentamila morti per cirrosi epatica alcolica o per sindromi da alcool correlate non si parla.

In Italia, da recenti statistiche, risulterebbe che esistono 4.000.000 di bevitori eccessivi, dei quali 1.500.000 sono alcooldipendenti, cioè etilisti cronici. Il 20-30 per cento, e in alcune regioni fino al 50 per cento, dei pazienti ricoverati in cliniche ed ospedali presentano una patologia più o meno direttamente collegata all'alcool. L'alcoolismo femminile è in forte crescita. Riguardo ai giovani, poi, aumenta l'abuso durante il servizio militare e nelle varie situazioni di emigrazione per motivi di studio o di lavoro: tra i quattordici e i diciotto anni, ben il 20 per cento risultano essere bevitori eccessivi ed il 2 per cento sarebbe, ormai, alcooldipendente. Inoltre, è sempre più frequente, e a portata di mano, la possibilità di mescolare l'alcool ad altre sostanze tossiche.

Anche considerando solo gli incidenti sul lavoro, il costo dell'alcoolismo è enorme. Esso è di molte migliaia di miliardi l'anno, dovuto alla perdita di oltre sette milioni di giornate lavorative all'anno, per non parlare del problema delle assenze dal lavoro provocate dall'etilismo.

L'opinione pubblica, non informata esattamente, è convinta che l'alcoolismo e, più in generale, l'abuso di alcool costituiscano un problema minore. Eppure l'alcool, come si è detto, uccide molto più della droga ed è più insidioso, perchè lo troviamo facilmente; è a portata di mano in tutte le occasioni significative e sociali: si offre da bere per festeggiare gli amici; per celebrare una

nascita, un matrimonio; per creare un'atmosfera più calda tra persone che non si conoscono. È più facile discutere e trattare affari, concludere accordi davanti ad un bicchiere.

Le modificazioni temporanee della personalità indotte dall'alcool sono gratificanti, soggettivamente benefiche, dato che permettono, ad esempio, di alleviare la morsa soffocante della censura, o di dare sfogo alla propria aggressività abitualmente rimossa, o anche di socializzare facilmente e con piacere con gli altri, o di sentirsi verso di essi più aperti e disponibili di quando si è sobri.

Da molto tempo si levano voci contro la pubblicità nei *mass media* accusati di incoraggiare consumi distorti delle bevande alcooliche o di alimentarne di nuovi. Uno studioso come J. Partanen (Partanen, J., Montonen, M., 1988, Alcohol and the *mass media*, WHO, Copenhagen) ha condotto una ricerca per conto dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per valutare la fondatezza di queste preoccupazioni. Egli conclude esprimendosi a favore dell'opportunità di una documentazione più rigorosa e veritiera della pubblicità degli alcoolici, il cui volume e la cui visibilità, in quei Paesi dove è ammessa, sono tali da poter affermare che la pubblicità certamente favorisce un'immagine positiva dell'alcool, incoraggiando i consumi e rendendo le misure di controllo meno credibili.

Questo ha causato, tra l'altro, una nuova modalità di consumo: pensiamo ai superalcoolici e al simbolismo ad essi connesso, che fa riferimento all'evasione e all'affermazione sociale.

Si è prodotto un processo di valorizzazione di bevande alcooliche alternative, assai più tossiche del vino, come il vermouth, il whisky, il cognac, gli amari.

La nostra cultura si consolida così in un atteggiamento positivo nei confronti dell'alcool; ne esalta molto spesso le doti ed è tollerante dei suoi possibili abusi. Si beve per sentirsi liberi e allegri, per colorare di fantasia l'ordinario, per cacciare la malinconia. Si ritiene che l'alcool abbia la capacità di combattere e risolvere molti malanni. Esso

sarebbe corroborante ed antianemico, eupeptico e afrodisiaco, un tonico della funzione cardiaca, un antinfarto, un sano alimento, un prezioso antifatica, un sonnifero piacevole, un alleato per vincere la timidezza, un mezzo per difendersi dal freddo, una via per favorire l'espressione creativa.

Ma i danni attribuiti all'uso eccessivo di alcool sono ancora più numerosi e ben documentati dalla scienza medica. Ad ogni eventuale beneficio corrisponde, in seguito all'abuso, un effetto dannoso. All'allegria succede la malinconia, al benessere l'astenia, alla facilità di digestione la gastrite e l'ulcera, alla validità cardiaca la cardiopatia, alla migliore circolazione sanguigna l'aterosclerosi, alla esaltazione della sessualità l'impotenza e la frigidity e la procreazione di prole patologica, alla socievolezza l'isolamento e l'emarginazione, alla ricchezza creativa la demenza.

Un adeguato intervento dovrebbe informare completamente e correttamente la pubblica opinione, fornendo i mezzi per orientarsi tra antichi tabù, educandola a prevenire danni spesso irreparabili, stimolando la formazione di una coscienza critica che impedisca il passaggio da un consumo moderato a quello eccessivo.

Ma esiste di fatto un notevole lassismo nel controllo sociopolitico del consumo di alcool ed è difficile immaginare una inversione di tendenza, non solo per i motivi culturali descritti, ma anche per l'enorme messe di interessi economici che ruotano intorno alla produzione e alla commercializzazione delle bevande alcooliche, del vino in specie che presenta una delle voci in attivo del commercio estero italiano, e che sono tali da impedire che si sappia realmente quanta distruzione fisica e morale crei l'alcool.

Il ruolo dei fattori economici si rileva nell'incidenza dell'alcoolismo nei Paesi produttori, laddove vi sono forti interessi, e di conseguenza si tengono ben stretti convincenti (popolari o no) sull'importanza dell'alcool nella buona salute.

In Italia non esiste, praticamente, opera di prevenzione, fatta eccezione per rare e

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

spesso isolate iniziative che si sono andate sviluppando in anni recentissimi.

L'opera di sensibilizzazione è lenta e difficile, il ricorso all'ospedalizzazione quasi sempre tardivo.

Eppure l'alcoolismo è un fatto sociale che tocca tutti gli strati della popolazione indiscriminatamente. La sua diffusione anche tra i rappresentanti dei ceti medi e delle classi più abbienti, intellettuali, *manager*, sta a dimostrare che esso, piuttosto che prerogativa delle classi più deboli e povere, da sempre emarginate per motivi storici, sociali, psicologici ed economici, è più probabilmente la conseguenza di un malessere diffuso a tutti i livelli, acuto e penetrante, segno di inadeguatezza, di incapacità di stare al mondo e alle sue regole, certamente aggravato dalle condizioni ambientali.

Le motivazioni possono essere varie: il lavoro può essere frustrante perchè con i proventi, ad esempio, di un impiego d'ordine o di concetto, o di una professione, è impossibile raggiungere quei livelli di benessere che ormai sembrano alla portata di tutti. Ciò può comportare una frustrazione sentita come un segno di incapacità soggettiva.

Inoltre vi è un alcoolismo da «successo», vissuto in termini di nevrosi competitiva. Non è facile essere e rimanere persone di successo; costa tensioni, *stress*, incapacità persino di godere del benessere raggiunto; comporta un asservimento a valori precari e privi di radici nel vissuto culturale.

I problemi giuridici e legislativi connessi all'uso dell'alcool erano stati affrontati già dai tempi dell'unità d'Italia, con l'ottica di un accostamento tra questione sociale e criminalità. Tale correlazione, spesso ipotizzata, non è stata tuttavia mai dimostrata, anche se è vero che in alcuni soggetti l'alcool favorisce la liberazione di un comportamento aggressivo e violento con una alterata considerazione della realtà e conseguenti valutazioni persecutorie.

In Francia il *Comité national de défense contre l'alcoolisme* ha indicato l'alcool come causa principale del 25 per cento dei suicidi e del 50 per cento degli omicidi.

Nonostante la non dimostrata correlazione, l'avvicinamento semplicisticamente deduttivo tra abuso di alcool e trasgressione criminale ha rappresentato e rappresenta una straordinaria ed efficacissima semplificazione del problema.

La normativa vigente in Italia è assolutamente inadeguata. Tuttavia si riscontra, sulla scia di iniziative prese a livello comunitario, e grazie all'impegno profuso dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), una attenzione maggiore nello studio del problema e nella elaborazione di ipotesi e modelli atti a fronteggiarlo. Nelle precedenti legislature sono stati presentati numerosi progetti di legge sull'alcoolismo, fra i quali uno di iniziativa popolare concernente il divieto della propaganda pubblicitaria degli alcoolici, della loro vendita sulle autostrade e della guida sotto l'influenza dell'alcool.

Attualmente, solo se molesta l'ubriachezza viene punita.

La norma si occupa del consumo eccessivo solamente se questo avviene in luogo pubblico o aperto al pubblico, peraltro è del tutto impotente rispetto al comportamento di chi si ubriaca in luogo privato.

Vi sono alcune norme di natura preventiva, altre repressive, alcune nel codice penale, altre in leggi fiscali. La legge tutela la moralità pubblica. Il legislatore si preoccupa del pubblico scandalo, del rischio di reato, e aggrava la pena in caso di recidiva.

Vengono puniti altresì coloro che cagionano ubriachezza, con aggravante di pena se la persona ha meno di quattordici anni o se presenta manifesta debolezza mentale. L'ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore, invece, diminuisce o esclude l'imputabilità (articolo 91 del codice penale), e costituisce aggravante se preordinata (articolo 92 del codice penale). Nel campo dei reati contro la libertà sessuale, l'ubriachezza del soggetto passivo produce presunzione di violenza (articolo 519 del codice penale).

La legge 26 giugno 1990, n. 162, aggiorna, modifica e integra la legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina de-

gli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Anche in questa occasione il problema dell'alcoolismo risulta marginale rispetto ad altre intossicazioni, soprattutto da stupefacenti, nonostante che, come più volte è stato sottolineato, il numero dei morti per droga ogni anno sia estremamente più basso rispetto a quello dei morti per alcool, e i danni sociali e sanitari provocati dall'eroina siano molto inferiori a quelli provocati dall'alcool.

Anche la Corte costituzionale in una sentenza del 20-27 maggio 1982 ha affermato che le differenze fra la disciplina dell'alcool e quella delle sostanze stupefacenti e psicotrope sono notevoli e numerose. E ciò perchè la produzione, il commercio, la detenzione e l'uso degli alcoolici hanno costantemente fruito di un atteggiamento legislativo ispirato - per una serie di ragioni storiche, economiche, culturali - ad una larga tolleranza, con limitazioni di ordine essenzialmente amministrativo o tutt'al più contravvenzionale.

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

La situazione normativa italiana, se comparata con quella di altri Paesi dell'Unione europea, appare particolarmente statica.

In Danimarca la legislazione in materia prevede interventi sia sul piano fiscale, in modo da favorire il consumo di birra, sia su quello sociale. Nei pressi di Copenaghen, l'*Asylum di Herstedvester* è una sorta di ospedale-prigione che ospita gli alcoolisti a

tempo indeterminato. Dopo le dimissioni, essi sono seguiti per due anni con terapia obbligatoria. Molto attive sono anche le associazioni volontarie come la Croce Blu, *l'Alcohol Therapeutic Society*.

In Germania la lotta contro i danni dell'alcoolismo è stata determinata dal forte aumento degli incidenti stradali causati da conducenti in stato di ebbrezza. Vari provvedimenti legislativi sono stati emanati per il trattamento, anche obbligatorio, degli alcoolisti. Il compito della riabilitazione è svolto da gruppi di assistenti volontari sussidiati da organi governativi.

Anche la Francia, che, come l'Italia, è ai primi posti nella produzione di vino, cerca di limitarne l'abuso sia attraverso l'informazione sempre più puntuale, sia attraverso l'istituzione, in ogni dipartimento, di un servizio medico specializzato che, su segnalazione, segue gli alcoolisti intervenendo a diversi livelli: dal sostegno ai minori, figli di alcoolisti, all'ospedalizzazione dell'alcoolista in caso di bisogno. Questa opera di prevenzione è coordinata dal *Comité national de défense contre l'alcoolisme* e tende soprattutto all'informazione delle masse operaie e alla sensibilizzazione dei medici del lavoro.

In Belgio la legge *Vanderwelte* stabilisce una tassa molto elevata sugli spiriti distillati e condiziona la vendita a due litri per volta. Negli ultimi dieci anni sono state aumentate le possibilità di trattamento per alcoolisti: terapie ambulatoriali sono possibili in appositi centri di consultazione, mentre curata è l'educazione sanitaria dei giovani e intensa è l'informazione sugli incidenti stradali conseguenti alla guida sotto l'influenza dell'alcool.

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

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

scoraggiare l'abuso dell'alcool vige un sistema di protezionismo a sfondo fiscale, che risale addirittura al 1552 e che ha trovato la sua disciplina più organica dapprima in una legge del 1878 (*The Inebriat Act*) e poi in una legge del 1904 (*The Bal-four Act*) relativa al controllo degli spacci, alla produzione e importazione di bevande alcoliche, nonchè agli orari di vendita. Il *Licensing Bill* del 1960 ha eliminato alcune restrizioni, ma ha aggravato le pene pecunarie per i trasgressori (vendita fuori orario e ai minori di diciotto anni) con risultati che sembrano apprezzabili.

Per quanto riguarda gli Stati Uniti d'America, un'ampia normativa è in vigore per tutti gli aspetti del fenomeno.

La prevenzione si basa innanzitutto sull'educazione sanitaria della scuola e sul divieto di portare bevande alcoliche sul posto di lavoro. Inoltre, presso le grandi aziende, i *counselors* (spesso ex alcoolisti) vigilano contro l'uso smodato di alcool. Una legge del 1970 ha fissato programmi pluriennali di intervento, nel quadro della più generale normativa del *Public Health Service Act* del 1944.

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

Il Ministero della sanità ha istituito anche un Comitato di interazione per le attività federali del settore. I fondi stanziati per la prima volta nel 1979 vanno aumentando sempre più, per assicurare le forme migliori di trattamento, anche individualizzato, e per favorire quello volontario, libero ed esterno, personalizzato, con la cooperazione anche dei gruppi di autoterapia, tra cui una importanza particolare ha l'Associazione degli alcoolisti anonimi, con quindicimila circoli negli Stati Uniti d'America e più di 30 mila circoli in cento Paesi del mondo (compresa l'Italia).

Onorevoli colleghi, dal momento che il fenomeno dell'alcoolismo è ancora ampiamente sottovalutato rispetto alle altre intossicazioni, è necessario predisporre provvidenze immediate per combattere le patolo-

gie da alcoolici e soprattutto prevenirne l'insorgenza realizzando una sana ma costante informazione sui danni che può produrre il diffondersi di un'abitudine sregolata e smodata di bere.

È la diffusione in senso orizzontale dell'uso non moderato, prima ancora dell'etilismo acuto, che deve preoccupare chi è preposto alla tutela della salute e alla sicurezza del lavoro. E poichè finora nulla è stato fatto, il presente disegno di legge mira a rompere ogni indugio, attuando una politica di intervento con il supporto delle strutture sanitarie presenti sul territorio.

Premesse nell'articolo 1 le attribuzioni del Ministero della sanità, di indirizzo generale e di coordinamento delle relative attività, l'articolo 2 fissa i compiti delle regioni sia attraverso i piani sanitari regionali previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sia mediante apposite leggi regionali.

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

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

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

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

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Dato il rilievo che con il presente disegno di legge si intende dare all'utilità dell'opera di volontariato nel delicato settore, con l'articolo 4 si riconosce ai comuni, anche consorziati, e alle comunità montane l'azione di stimolo per le possibili iniziative - a prevalente carattere volontario - in favore degli alcoolisti come, ad esempio, i comitati comunali, consortili o di comprensorio, che cooperino con gli operatori delle unità sanitarie locali all'esecuzione dei programmi e dei piani previsti.

I comuni, inoltre, assicurano l'informazione sull'alcooldipendenza e sui relativi danni ed intervengono per rimuovere i fattori eziologici dell'alcoolismo.

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

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

Si dispone al riguardo che nei piani sanitari regionali si inserisca un programma annuale di informazione socio-sanitaria sul fenomeno dell'alcoolismo e sulle sue conseguenze, che tenga conto delle rilevazioni epidemiologiche effettuate nelle zone territoriali di più alto rischio.

Per l'attuazione pratica, è previsto che all'inizio di ogni anno scolastico gli organi collegiali che operano nelle scuole indichino il numero delle ore che gli insegnanti di scienze o di educazione civica possono dedicare allo svolgimento del programma predetto.

Analogha attività preventiva è disposta all'articolo 6 a favore dei militari e del personale delle forze di polizia, secondo programmi stabiliti dai Ministeri della difesa, dell'interno, delle finanze, di grazia e giustizia e dell'agricoltura e foreste per i rispettivi Corpi e Armi dipendenti.

Con l'articolo 7 si stabiliscono gli interventi nei luoghi di lavoro, affinché una buona azione di prevenzione venga svolta

presso i lavoratori, soprattutto manuali, che operano nelle grosse aziende, pubbliche e private.

È infatti oltremodo utile un'opera di informazione preventiva sui pericoli derivanti dall'uso incongruo di alcool nonchè un'azione di rilevamento, specie epidemiologico, da effettuare secondo i piani sanitari regionali specialmente presso le grandi aziende operanti nei più importanti settori di produzione.

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

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

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

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

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

Infine, poichè l'assistenza postpenitenziaria è demandata al Ministero di grazia e giustizia come uno dei compiti diretti ad attuare il precetto costituzionale della rieducazione del condannato, si prevede che, una

volta liberati, i soggetti interessati siano segnalati alle unità sanitarie locali di residenza abituale affinché siano ulteriormente seguiti per gli eventuali ulteriori interventi in loro favore.

L'articolo 9 prevede l'istituzione presso il Ministero della sanità di una commissione permanente per l'alcoolismo che, a somiglianza del *Comité national de défense e contre l'alcoolisme* e del *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, rispettivamente operanti in Francia e negli Stati Uniti, provveda a svolgere una funzione di costante stimolo, coordinamento e fiancheggiamento dell'opera degli organismi previsti nel presente disegno di legge.

Compito della commissione dovrebbe essere altresì quello di mantenere i rapporti con enti e organizzazioni internazionali, pubbliche o private, di spiccata competenza nel settore, esprimendo pareri o formulando proposte per la migliore esecuzione di adempimenti previsti da trattati internazionali o da direttive della Comunità europea, relativi alla materia; di promuovere pubblicazioni, studi e ricerche, anche in cooperazione con enti stranieri, per aggiornare o approfondire le conoscenze in materia, in modo da diffondere sempre più la convinzione della necessità di fare uso adeguato e non smodato di bevande alcooliche.

L'articolo 10 fissa la composizione della commissione e la sua durata (triennale), con possibilità di conferma dei suoi membri.

Sono previsti quindici componenti, di cui, oltre al Ministro, o al Sottosegretario da lui delegato, che la presiede: nove esperti dei vari aspetti connessi all'abuso dell'alcool, e cioè degli aspetti clinici, epidemiologici, farmacologici, giuridici, psicologici e socio-riabilitativi; un rappresentante del settore della produzione e del commercio di bevande alcooliche; quattro rappresentanti degli organi pubblici interessati.

È stabilito anche lo stanziamento dei fondi per il finanziamento della commissione nel bilancio annuale del Ministero della sanità.

Al fine di limitare gli infortuni sul lavoro, è parso opportuno - in conformità con le legislazioni straniere che si occupano della materia - introdurre, con l'articolo 11, una

disposizione, di portata più generale, che prevede la possibilità di accertamenti nei confronti dei lavoratori che abbiano determinato un infortunio presumibilmente sotto l'influenza dell'alcool. Ciò si rende necessario nel caso, ad esempio, di quelle categorie di lavoratori cui in modo particolare è richiesta la piena capacità delle proprie risorse fisiche e mentali (come, ad esempio, gli operatori di talune fabbriche o i tecnici dei laboratori di precisione).

L'articolo 12 prevede norme per il divieto della propaganda pubblicitaria, in quanto si ritiene tale pubblicità ingannevole, menzognera e dannosa per i bambini, i ragazzi, i giovani.

Nel successivo articolo 13, analogamente a quanto previsto per le sigarette e i tabacchi in genere, si prevede che sulle etichette dei contenitori sia chiaramente scritto che l'abuso di alcool è fortemente dannoso per la salute e, inoltre, sia bene evidenziata la concentrazione di alcool etilico presente.

Per i trasgressori sono previste ammende da lire 5 milioni a lire 20 milioni, raddoppiabili per ogni ulteriore trasgressione, e la chiusura degli esercizi inadempienti, per un periodo variabile da sette giorni a tre mesi.

L'articolo 14, in conformità a quanto avviene in altri Paesi, proibisce la somministrazione a qualunque titolo di bevande alcooliche ai minori di sedici anni. Ciò per ridurre il rischio, segnalato da molte parti con preoccupazione, dello spostamento in basso dell'età di inizio dell'alcoolmania.

Infine, con l'articolo 15, si prevedono i necessari finanziamenti per far fronte agli oneri che il presente disegno di legge comporta.

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

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

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

(Attribuzioni del Ministero della sanità)

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

Art. 2.

(Attribuzioni delle regioni)

1. Le funzioni di prevenzione e di intervento contro le alcooldipendenze, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone interessate, sono determinate dalle regioni in applicazione dei criteri di indirizzo e di coordinamento stabiliti secondo l'articolo 1 e nell'ambito dei poteri loro attribuiti dall'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dall'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, alle regioni è fatto obbligo di approntare ed aggiornare annualmente un albo delle strutture esistenti di riferimento, delle strutture di alta specializzazione, che devono essere almeno una in ciascun ambito regionale, e delle strutture assistenziali socio-sanitarie afferenti alle singole aziende sanitarie e ai distretti del territorio di rispettiva competenza.

3. Le leggi regionali o i piani sanitari regionali, nel disciplinare il complesso dei servizi per la tutela della salute, dispongono

fra l'altro l'istituzione di consorzi o di presidi socio-sanitari presso le unità sanitarie locali che, a seconda delle necessità locali, svolgano, anche mediante gruppi interdisciplinari, le funzioni preventive, curative e riabilitative di cui al comma 1; possono prevedere, altresì, apposite convenzioni da stipularsi da parte delle unità sanitarie locali con centri e associazioni private che predispongano e presentino dettagliati programmi in tal senso, anche di autoterapia, organizzati sulla base del volontariato senza fini di lucro.

4. Le regioni provvedono alla compilazione di statistiche annuali sull'andamento del fenomeno dell'alcoolismo nelle loro province, sui mezzi di prevenzione, di cura e di riabilitazione, nonché sui risultati ottenuti, e ne informano il Ministero della sanità, il quale presenta tali dati nelle relazioni annuali al Parlamento sullo stato sanitario del Paese, ai sensi del comma 6 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

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

Art. 3.

(Attribuzioni delle unità sanitarie locali)

1. Le disposizioni adottate in materia di prevenzione, cura e riabilitazione a favore delle persone alcooldipendenti, al fine di evitare conseguenze nocive per lo stato di salute e per la sicurezza del lavoro, 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, come modificati dall'articolo 7 della legge 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Per le finalità di cui al comma 1 le unità sanitarie locali:

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

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

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

c) promuovono e organizzano, anche al di fuori di quanto previsto alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 9, e sulla base dei piani sanitari regionali, corsi di formazione del loro personale socio-sanitario e, se necessario, del personale dei presidi ospedalieri sulle metodiche di trattamento e sulla problematica del settore;

d) provvedono ad erogare prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da alcooldipendenza nell'ambito della organizzazione dei dipartimenti di prevenzione di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in applicazione dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle norme stabilite in materia dalle leggi regionali e salvi gli interventi di urgenza demandati ai presidi ospedalieri.

3. Per le finalità di cui al comma 2 il personale sanitario può servirsi della collaborazione di enti locali, associazioni e gruppi di volontariato impegnati nel settore nonchè di ex alcoolisti già recuperati e, ove occorra, delle cooperative di cui all'articolo 4.

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

5. Le disposizioni di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si applicano anche nei casi accertati di alcooldipendenza.

Art. 4.

(Compiti dei comuni e delle province)

1. I comuni, singoli o associati, e le comunità montane promuovono e coordinano tutte le iniziative istituzionali e di volontariato a favore delle persone alcooldipendenti. In particolare:

a) promuovono la costituzione di comitati comunali, consortili o di comprensorio che collaborino con gli operatori socio-sanitari delle unità sanitarie locali alla realizzazione dei piani e dei programmi disposti per la prevenzione, la cura e la riabilitazione;

b) favoriscono, ai sensi dell'articolo 2511 e seguenti del codice civile, la costituzione di cooperative di solidarietà sociale, di lavoro, di comunità artigiane, agricole e di servizi, aperte alle persone alcooldipendenti;

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

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

2. Delle cooperative di cui al comma 1, e in particolare di quelle di solidarietà sociale dirette alla soddisfazione di interessi morali, assistenziali, culturali, educativi e ricreativi, possono far parte, oltre che studiosi ed esperti della materia, anche ex alcoolisti recuperati.

3. Le province coordinano, qualora non vi provveda la legge regionale, le iniziative di cui al comma 1 e contribuiscono finanziariamente alla loro realizzazione.

4. Le province ed i provveditorati agli studi ad esse afferenti programmano gli interventi socio-sanitari educativi di cui all'articolo 5 e ne comunicano annualmente obiettivi, finalità e consuntivi alla Commissione permanente per l'alcoolismo di cui all'articolo 9.

Art. 5.

(Attività di prevenzione nelle scuole)

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

2. Il programma di cui al comma 1 è predisposto tenendo conto anche delle rilevazioni epidemiologiche regionali nelle zone di più alto rischio; possono essere sentiti altresì il Consiglio superiore della pubblica istruzione, nonché la Commissione permanente di cui all'articolo 9.

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

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

Art. 6.

(Attività di prevenzione per i militari e il personale delle forze di polizia)

1. L'attività di educazione sanitaria e di informazione sull'alcoolismo e le sue conse-

guenze deve essere svolta presso le accademie militari, le scuole di allievi ufficiali e sottufficiali, le caserme e i centri per i giovani in servizio di leva, secondo programmi annuali predisposti dal Ministro della difesa d'intesa con i Ministri della sanità e della pubblica istruzione, nonchè con le autorità regionali.

2. I Ministri dell'interno e delle finanze, d'intesa con le Amministrazioni di cui al comma 1, nonchè con le autorità regionali, predispongono programmi simili per le accademie, le scuole e le caserme delle forze dell'ordine.

3. In modo analogo provvedono i Ministri di grazia e giustizia e dell'agricoltura e foreste rispettivamente per il personale del Corpo di polizia penitenziaria e per quello del Corpo forestale dello Stato.

4. Con le stesse modalità previste dai commi 1, 2 e 3 possono essere effettuati corsi di studio per la formazione di personale specializzato per la prevenzione, la cura e al riabilitazione dell'alcooldipendenza presso le varie Armi e Corpi suindicati.

5. In mancanza di personale specializzato per l'attuazione dei programmi di cui ai precedenti commi, i Ministri interessati possono prendere accordi con le autorità scolastiche locali per la partecipazione dei militari e del personale delle forze di polizia sopra indicati alle lezioni, ai corsi e alle altre attività previste per le scuole all'articolo 5.

6. Rilevazioni statistiche e indagini epidemiologiche in materia di alcooldipendenza sono effettuate dai Ministri predetti nei confronti dei militari e del personale delle forze di polizia di cui al presente articolo e i dati relativi sono comunicati annualmente al Ministro della sanità unitamente ai risultati dei programmi svolti.

Art. 7.

(Attività nei luoghi di lavoro)

1. Attività di prevenzione contro l'alcooldipendenza deve essere svolta nei luoghi di

lavoro, specie collettivo, mediante la predisposizione di un apposito programma nei piani sanitari regionali; lo svolgimento di esso si attua, di intesa con i titolari delle imprese, pubbliche e private, con le modalità e con l'opera dei soggetti indicati nel comma 3 dell'articolo 5.

2. I piani di cui al comma 1 possono prevedere visite annuali di controllo dei lavoratori al fine di stabilire l'eventuale presenza di stati patogeni correlati all'abuso di bevande alcoliche. I bevitori abituali individuati attraverso l'attività di cui sopra possono essere indirizzati alle unità sanitarie locali per le prestazioni di cui alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 3. Indagini conoscitive e ricerche epidemiologiche possono essere disposte nei piani sanitari di cui al comma 1 tra il personale dipendente delle più importanti imprese della regione, pubbliche o private, che operano nei vari settori della produzione.

Art. 8.

(Prestazioni per i detenuti e gli internati)

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

2. Le direzioni di cui al comma 1 trasmettono ogni anno alle unità sanitarie locali i dati statistici relativi ai detenuti alcooldipendenti e ai risultati dei trattamenti effettuati.

3. Per i casi di alcooldipendenti pericolosi a sè o ad altri, i dirigenti dei servizi sanitari

degli istituti possono farne segnalazione al sindaco, in qualità di autorità sanitaria, per l'eventuale applicazione delle disposizioni indicate al comma 5 dell'articolo 3.

4. All'atto della scarcerazione i soggetti interessati sono segnalati alle unità sanitarie locali del luogo di abituale residenza per le eventuali necessità di ulteriore trattamento terapeutico e riabilitativo, da effettuare d'intesa con i centri di servizio sociale dipendenti dal Ministero di grazia e giustizia.

Art. 9.

(Istituzione di una commissione permanente per l'alcoolismo)

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

a) esaminare su base regionale, e con facoltà di richiedere supplementi di informazioni, i dati e le statistiche indicati al comma 4 dell'articolo 2 in modo da ottenere il corretto accertamento e aggiornamento dell'entità del fenomeno dell'alcoolismo, l'identificazione dei fattori biologici e psicologici che ne sono alla base, 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, e successive modificazioni;

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

zione, tenute presenti le esperienze interdisciplinari e quelle dei gruppi di autoterapia;

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

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

e) formulare proposte per la realizzazione, anche in collaborazione con altri organi o enti, pubblici o privati, nazionali o esteri, di pubblicazioni, studi e ricerche rivolti a chiarire i fattori eziologici e patogenetici delle alcooldipendenze e delle loro conseguenze negative per la salute dell'individuo e della sua prole, nonché dei 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, accademie e scuole militari, nelle comunità sanitarie e negli ambienti di lavoro, e diretta soprattutto alla elaborazione di criteri per scoraggiare l'uso inadeguato delle bevande alcoliche, nonché alla prevenzione degli incidenti del traffico e sul lavoro dovuti alla influenza dell'alcool;

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, di cura e di recupero sociale delle persone alcooldipendenti;

h) fornire pareri al Ministro della sanità su ogni altra materia che abbia atti-

nenza alla lotta contro le alcooldipendenze ed espletare ogni altro compito che in relazione ad essa sia delegato dal Ministro medesimo.

2. Per l'attuazione dei compiti previsti al comma 1 la Commissione permanente per l'alcoolismo può nominare nel suo seno comitati ristretti con compiti referenti e può acquisire pareri di altre amministrazioni, uffici ed enti, pubblici o privati.

Art. 10.

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

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

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

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

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

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

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

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

2) due esperti degli aspetti clinici;

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

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

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

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

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

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

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

7. Ai componenti della Commissione e agli intervenuti di cui al comma 6 è corrisposto, per ogni seduta alla quale partecipano, un gettone di presenza; è corrisposta altresì una indennità di trasferta a coloro che risiedono fuori Roma, a più di 30 chilometri di distanza, pari a quella spettante ai dirigenti generali del Ministero della sanità. Per eventuali missioni, anche all'estero, spetta il trattamento previsto per i dirigenti generali predetti.

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

Art. 11.

(Infortuni sul lavoro)

1. Allo scopo di prevenire gli infortuni sul lavoro, il Governo emana, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente

legge, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con gli altri Ministri interessati, uno o più decreti legislativi che prevedano la possibilità di effettuare l'esame dell'aria espirata e successivamente, qualora positivo, quello alcoolemico o, in caso di impossibilità, l'esame delle urine, nei confronti dei lavoratori, pubblici o privati, che abbiano determinato gli infortuni stessi in condizioni tali da fare fondatamente ritenere che si trovassero sotto l'influenza dell'alcool.

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 saranno informati ai seguenti criteri:

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

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

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

d) indicazione particolareggiata delle modalità di accertamento e delle persone ad esso preposte, con rispetto delle garanzie costituzionali e di quanto disposto dai commi 3, 4, 5 e 6;

e) indicazione dell'eventuale sanzione per le persone che abbiano causato un incidente sul lavoro trovandosi sotto l'influenza dell'alcool e per l'applicazione di disposizioni analoghe a quelle contenute nell'articolo 13.

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

4. In caso di infortunio sul lavoro con lesioni personali i prelievi possono essere disposti dal giudice ovvero, ricorrendo la necessità ed urgenza, dai funzionari, ufficiali

ed agenti, che ne riferiscono entro quarantotto ore al giudice per la convalida.

5. L'analisi alcoolemica deve essere effettuata secondo le modalità e le tecniche stabilite con decreto del Ministro della sanità e con tutte le garanzie previste dal codice di procedura penale.

6. L'esame dell'aria espirata e l'analisi alcoolemica non esimono coloro che espletano le indagini dal compiere ogni altro idoneo accertamento.

7. In caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti, il lavoratore è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a dodici mesi o con l'ammenda da lire un milione a lire cinque milioni.

Art. 12.

(Regolamentazione della pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche)

1. La pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche a mezzo stampa e attraverso le emittenti radiotelesive pubbliche e private non deve arrecare pregiudizio alla salute dei cittadini e non deve comunque prevedere osservazioni non veritiere, ingannevoli, imprecise e non controllabili.

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

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

b) si rivolga ai minori;

c) stimoli sensazioni e proprietà terapeutiche non esistenti;

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

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

4. Il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni di concerto con il Ministro

della sanità, con proprio decreto, da emanarsi entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina la pubblicità delle bevande alcoliche e superalcoliche attraverso le emittenti radiotelevisive pubbliche e private.

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

6. Nessun messaggio pubblicitario relativo alle bevande alcoliche in qualsiasi modo o attraverso qualsiasi mezzo può essere trasmesso senza l'informazione di cui all'articolo 13 relativa ai danni che l'abuso dell'alcool può determinare.

7. L'agenzia pubblicitaria che reclamizza a mezzo stampa o attraverso emittenti radiotelevisive pubbliche o private, o in qualunque altro modo, bevande alcoliche o superalcoliche in difformità da quanto previsto dal presente articolo è punita, ove il fatto non costituisce più grave reato, con un'ammenda da lire 5 milioni a lire 20 milioni.

8. Le pene si duplicano per ogni ulteriore trasgressione. La stessa pena si applica alle industrie produttrici ed ai responsabili delle emittenti radiotelevisive, degli organi di stampa, dei proprietari delle sale cinematografiche.

Art. 13.

(Etichettatura sulle confezioni contenenti prodotti alcolici e superalcolici)

1. Le industrie produttrici entro trenta giorni dall'approvazione della presente legge sono tenute a provvedere alla stampigliatura, in caratteri ben visibili, sulla etichetta dei contenitori di ogni tipo di bevanda alcolica e superalcolica:

a) l'esatta percentuale di alcool etilico contenuto;

b) la dicitura: «L'abuso di alcool può danneggiare gravemente la salute».

2. Chiunque produce, detiene per vendere o commercia bevande alcoliche e superalcoliche in difformità da quanto previsto al comma 1, è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato, con il ritiro del prodotto dal mercato per un periodo non inferiore a mesi uno, con la chiusura dell'esercizio pubblico per un periodo variabile da una settimana a tre mesi e con l'ammenda da lire cinque milioni a lire venti milioni. Le pene si duplicano per ogni ulteriore trasgressione.

Art. 14.

(Divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di anni sedici)

1. È vietata la vendita e la somministrazione a qualunque titolo di bevande alcoliche, birra inclusa, ai minori di anni sedici. I trasgressori, qualora il fatto non costituisca più grave reato, sono puniti con la chiusura dell'esercizio per un periodo da sette giorni ad un mese e con l'ammenda da lire 5 milioni a lire 20 milioni.

2. La pena è duplicata per ogni ulteriore trasgressione.

Art. 15.

(Finanziamenti)

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

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