

Foglio Federale

Berna, 13 marzo 1970

Anno LIII

Volume I

N° 10

Si pubblica di regola una volta la settimana. Abbonamento annuo fr. 20, semestrale fr. 10, con allegata la Raccolta delle leggi federali. — Rivolgersi alla Tipografia Grassi & Co (già Tipo-litografia Cantonale) Bellinzona
Telefono 092/5 18 71 — Ccp 65-690

10491

Messaggio del Consiglio federale all'Assemblea federale concernente il disegno di legge sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo

(Legge sulle epidemie)

(Dell'11 febbraio 1970)

Onorevoli signori, presidente e consiglieri,

ci pregiamo di sottoporvi con il presente messaggio un disegno di legge sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (legge sulle epidemie).

Prospetto

Il disegno di legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (legge sulle epidemie) si presenta come una revisione totale della legge federale concernente le misure da prendere contro le epidemie comportanti un pericolo generale del 2 luglio 1886 e nello stesso tempo come una revisione parziale della legge federale sulla lotta contro la tubercolosi del 13 giugno 1928.

La nuova legge che vi proponiamo disciplina la materia in modo esauriente, dacché prende in considerazione l'evoluzione più recente dell'epidemiologia, sia sul piano nazionale, sia su quello internazionale, nonché i progressi nelle misure tecniche di prevenzione, di sorveglianza e di trattamento delle malattie trasmissibili. Il nuovo testo tien segnatamente conto delle esperienze fatte durante l'epidemia di febbre tifoide in Zermatt, nonché delle

conclusioni della commissione peritale che era incaricata di chiarirne le cause.

I disposti di polizia sanitaria della legge sulla tubercolosi sono abrogati nella misura in cui trattasi di disposizioni che si applicano su un piano generale alle malattie trasmissibili e che quindi sono recepite entro la legge rivodata sulle epidemie: la legge sulla tubercolosi così semplificata diverrà quindi essenzialmente una legge d'assistenza e di sovvenzionamento.

Relativamente alla legge attuale sulle epidemie il testo che vi proponiamo comporta in particolare le innovazioni seguenti:

- l'obbligo per la Confederazione di curare che il personale ufficiale incaricato della lotta contro le malattie trasmissibili abbia la possibilità di acquisire la formazione adeguata e di perfezionare le proprie conoscenze;
- il riconoscimento da parte del Servizio federale dell'igiene pubblica dei laboratori che procedono ad analisi microbiologiche e sierologiche; tal riconoscimento è però subordinato ad esigenze di qualità, nonché vincolato da un lato all'obbligo della dichiarazione e dall'altro al diritto al sovvenzionamento;
- l'obbligo per la Confederazione di tenere a disposizione della popolazione civile delle riserve di prodotti immunobiologici importanti (segnatamente vaccini);
- l'obbligo per i Cantoni di incaricare un medico rispondente ai necessari requisiti (medico cantonale) di dirigere le misure di lotta contro le malattie trasmissibili e di conferire ad esso medico la possibilità d'acquisire la formazione necessaria e di perfezionare le proprie conoscenze ed inoltre di mettere a sua disposizione il personale necessario per il compimento della sua funzione;
- oltre all'obbligo di dichiarazione dei medici, l'introduzione d'una seconda via di dichiarazione che va dai laboratori riconosciuti ai Cantoni e sino al Servizio federale dell'igiene pubblica;
- una base legale per il controllo da parte del Servizio federale dell'igiene pubblica del commercio dei prodotti immunobiologici (sieri e vaccini); questo commercio era controllato sinora in virtù di un decreto del Consiglio federale emanato con l'assenso di tutti i Governi cantonali;
- l'obbligo d'autorizzazione per i prodotti e gli apparecchi di disinfezione e di disinfestazione quando siano consigliati per la lotta contro le malattie trasmissibili;
- sussidi federali del 20 al 25 per cento per le spese dei Cantoni consecutive alle più importanti misure previste dalla legge.

1. Introduzione

1.1. *Importanza delle malattie trasmissibili*

Le malattie trasmissibili vanno soggette a fluttuazioni, onde devono essere considerate come processi dinamici; esse possono evolvere durante gli anni, aggravarsi o scomparire o addirittura essere sostituite da altre malattie trasmissibili sino allora poco conosciute o magari sconosciute. A contare dal secolo scorso queste modificazioni si sono attuate in tre grandi fasi: il 19° secolo, la prima metà del 20° secolo e l'epoca attuale.

1.1.1. *L'Ottocento*

La legge federale concernente le misure da prendersi contro le epidemie di pericolo generale (CS 4 349), che noi proponiamo presentemente di rivedere, è stata adottata nel 1886. Il testo all'epoca regolava la lotta contro le epidemie presentanti un pericolo generale: il vaiolo, il colera, il tifo esentematico e la peste. Grandi epidemie devastavano allora il mondo: nel 1886 si registravano 182 decessi da vaiolo in Svizzera; 6 grandi pandemie di colera colpirono l'Europa durante l'800; l'epidemia del 1832 in Francia con la morte di ben 100 000 persone non ne è se non un episodio. Tornato in Europa nel 1884 attraverso Tolone il colera si rese responsabile in tre anni di oltre 200 000 decessi in Francia, in Italia e in Spagna; l'Austria, l'Ungheria e la Germania furono pure vittime di questa pandemia. Il tifo esentematico colpì i Balcani nel 1877. La peste scomparso d'Europa verso il 1840 continuava tuttavia a regnare ed un'ultima pandemia originatasi in Cina nel 1894 raggiunse l'India dove cagionò oltre 6 000 000 di morti. È dunque comprensibile che la legge del 1886 abbia concentrato i propri sforzi unicamente su questi quattro flagelli. Allorché entrò in vigore il 1° gennaio 1887, le grandi scoperte di Pasteur erano già state fatte e la vaccinazione ienneriana contro il vaiolo era conosciuta già da circa un secolo. Malgrado questi progressi importanti l'agente del vaiolo, quello del tifo esentematico e quello della peste erano ancora sconosciuti; soltanto quello del colera era appena stato scoperto in Egitto da Koch nel 1883. L'agente della peste verrà identificato solo nel 1894 e quello del tifo esentematico addirittura nel 1913. Quanto all'agente del vaiolo, un virus, esso non sarà scoperto se non agli inizi del 20° secolo.

Queste grandi epidemie avevano avuto nondimeno una felice conseguenza, ovvero quella d'obligare i Governi a prendere dei provvedimenti comuni elaborati mediante conferenze sanitarie internazionali, come per esempio il congresso internazionale d'igiene di Vienna nel 1887, durante il quale la Svizzera propose la creazione di un ufficio internazionale dell'igiene.

1.1.2. *Prima metà del 20° secolo*

Ogni pericolo immediato di grande epidemia in Svizzera si trovava in genere attenuato dall'allontanamento dei focolai importanti situati quasi

sempre assai discosti dalle nostre frontiere. Tuttavia una forma attenuata di vaiolo provocò in Svizzera un'ultima epidemia tra il 1921 e il 1926, responsabile di 5492 ammalati e di 16 decessi. L'ultima epidemia europea di colera, che infierì ad Amburgo dal 1914 al 1916, segnò il declino della sesta pandemia di questo morbo. Il colera si ritirò a contare dal 1923 nella sua zona tradizionale, l'Asia, tranne qualche punta verso l'Iran nel 1939 e verso l'Egitto nel 1947. Il tifo esentematico colpiva ancora l'Europa e, in particolare, i Balcani tra il 1914 e il 1919 toccando pure, la Polonia, ma risparmiando il nostro Paese.

Ci si accorse ben presto che altre malattie trasmissibili, cui non s'era data sufficiente importanza, non dovevano essere neglette. Una pandemia d'influenza travolse la Svizzera nel 1918 colpendo oltre 650 000 persone e cagionando oltre 75 000 morti. Fu seguita da un'ondata d'encefalite letargica, specie di malattia del sonno, la quale nel 1920 colpì circa 1000 persone, di cui un buon numero divenne poi vittima del morbo di Parkinson post-encefalitico.

Grazie alle circostanze eccezionali della prima guerra mondiale, il Consiglio federale istituì l'obbligo di dichiarare altre malattie oltre a quelle menzionate nella legge del 1886. Ciò accadde nel 1914 per la scarlattina, la difterite, le febbri tifoidi e paratifoidi, le meningiti cerebrospinali; nel 1917, la dissenteria epidemica; nel 1918, l'influenza; l'anno dopo il paludismo; nel 1920, l'encefalite letargica ed infine nel 1921 il tracoma e la lebbra. Altre malattie trasmissibili si rivelarono poi di grande importanza come la poliomielite, detta anche paralisi infantile, in particolare nei Paesi ad alto livello di vita.

Una modificazione della legge sulle epidemie nel 1921 sanciva questo stato di fatto, autorizzando il Consiglio federale ad estendere la portata delle sue disposizioni ad altre malattie trasmissibili particolarmente pericolose. Poco prima, come anche durante la seconda guerra mondiale, la scoperta dei sulfamidici e degli antibiotici d'origine micetica fece nascere la speranza d'una scomparsa prossima di tutte le malattie trasmissibili. Ci si accorse però molto rapidamente che taluni batteri potevano acquisire una resistenza contro questi prodotti e che le malattie da virus non erano in generale minime influenzate dai nuovi ritrovati.

Nella prima metà del 20° secolo la collaborazione internazionale già iniziata durante la seconda metà dell'800 venne intensificandosi. In virtù dell'accordo di Roma del 1907 fu fondato a Parigi un ufficio internazionale d'igiene pubblica con lo scopo principale di curare la profilassi delle epidemie mediante un sistema internazionale d'informazione. La Svizzera era fra i primi undici membri. La profilassi e la lotta contro le epidemie erano pure uno dei principali compiti dell'organizzazione di igiene della Società delle Nazioni. Nel 1946 a contare dalla fine della seconda guerra mondiale, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fu istituita come

organismo specializzato delle Nazioni Unite. Anche qui la Svizzera figura fra i primissimi Stati non membri delle Nazioni Unite (16 Stati) partecipanti alla fondazione dell'ente. Da allora l'OMS sostituisce l'organizzazione d'igiene della Società delle Nazioni e l'Ufficio internazionale della pubblica igiene. Il suo scopo non è più limitato alla mera profilassi delle epidemie, ma consiste nel portare tutti i popoli al livello igienico più alto possibile.

Una revisione della legge sulle epidemie disegnata già al chiudersi della seconda guerra mondiale è stata poi differita proprio nell'attesa della conclusione dei lavori relativi alla lotta contro talune malattie trasmissibili in corso sul piano internazionale.

1.1.3. Epoca attuale

L'epoca attuale è caratterizzata dalla grande importanza presa dalle malattie da virus, la cui già lunga lista è lungi dall'essere chiusa. L'instabilità genetica di taluni di questi agenti patogeni — la nuova variante Hongkong del virus dell'influenza ne è un esempio — costituisce una minaccia permanente contro la quale noi dobbiamo essere ognora pienamente vigili. Mantenere contro la quale noi dobbiamo essere ognora pienamente vigili. Manifestamente il fatto che i virus conosciuti siano coltivabili non comporta così senz'altro la possibilità di poter preparare un vaccino efficace contro ciascuno di essi. Sono occorsi sforzi diuturni per mettere in punto dei vaccini viventi attenuati, come il Sabin contro la poliomielite, il vaccino contro il morbillo o quello contro la rosolia. Il vaccino contro l'influenza assicura una certa protezione solo durante il mese successivo alla vaccinazione ed i vaccini contro la rabbia son lungi dal dare soddisfazione; infatti sino ad ora nessun antibiotico o agente chemioterapeutico, realmente attivo, è stato ancora scoperto, tranne qualche successo parziale.

Un'altra caratteristica importante dell'epoca attuale è l'aumento precipitoso del traffico internazionale, non solo per entità, cioè per il numero crescente dei viaggiatori d'ogni provenienza che si spostano attraverso il mondo, bensì anche per rapidità. Gli aerei giganti e i supersonici aumenteranno ancora il numero dei viaggiatori e la rapidità degli spostamenti. Un tempo il viaggiatore che ci fosse giunto per esempio dall'India per via marittima, qualora fosse stato contagiato prima della partenza, cadeva malato in corso di viaggio, dal momento che questo durava diverse settimane, e quindi passava sempre a bordo l'intero periodo d'incubazione della malattia. Oggigiorno invece un viaggiatore contagiato in India prima della partenza cade ammalato in Europa ben dopo il suo arrivo e può quindi propagare l'infezione nel Paese di destinazione prima di rendersi conto lui stesso di essere infettato e di conoscere l'agente patogeno dell'infezione. L'accrescimento degli scambi internazionali d'ogni genere e degli incontri collettivi internazionali da essi implicati, come congressi, esposizioni ecc., gli scambi di mano d'opera, il traffico di merci che possono pure contenere germi patogeni, come la polvere d'uovo, le farine di pesce e i foraggi, pongono continuamente problemi nuovi. Si può conclusivamente dire oggigiorno

che uno Stato sanitario deficiente o un'epidemia in un singolo Paese costituiscono le più volte una minaccia per tutti gli altri Paesi.

Fortunatamente nello stesso torno di tempo si son venuti sviluppando, per contrastare questa accresciuta minaccia, dei legami di solidarietà internazionale, sia sul piano europeo in seno al Consiglio d'Europa e in particolare in seno al Comitato della salute pubblica dell'accordo parziale, sia sul piano mondiale in seno all'OMS. Nel 1952 la Svizzera adottò senza riserve il regolamento sanitario internazionale (RU 1952 857), stabilito nel 1951 nel corso della 4^a assemblea mondiale della sanità. Questo regolamento stabilisce i provvedimenti da prendere nel traffico internazionale dei viaggiatori per prevenire la propagazione delle malattie dette quarantenarie, cioè il vaiolo, il colera, la peste, il tifo esentematico, la febbre gialla e la febbre ricorrente, queste due ultime malattie essendosi aggiunte a quelle già previste nella legge federale del 1886. Detto regolamento è stato rivisto nel 1969 e adattato alle condizioni moderne di lotta, in particolare alla vigilanza sulle malattie trasmissibili, metodo sul quale torneremo più sotto.

Il tifo esentematico e la febbre ricorrente sono state tolte dall'elenco poiché queste due malattie hanno perso importanza grazie all'utilizzazione degli insetticidi di contatto. Il regolamento, che costituisce in fondo una ricapitolazione e un ammodernamento dei 13 accordi e convenzioni sanitarie internazionali anteriori, mira a un duplice scopo: da una parte offrire sicurezza contro la propagazione delle malattie quarantenarie oltre le frontiere nazionali e dall'altra preservare il traffico internazionale da restrizioni ingiustificate ed eccessive. Le misure così previste toccano il limite massimo raggiungibile da uno Stato nel traffico internazionale per proteggere il proprio territorio contro l'importazione d'una malattia quarantenaria. Il Comitato delle malattie quarantenarie dell'OMS è unanimemente dell'opinione che, nello stadio attuale delle conoscenze, provvedimenti quarantari contro altre malattie, per esempio la febbre tifoide, non si giustificano e che conseguentemente il regolamento sanitario internazionale deve essere applicato solo alle malattie in esso previste.

L'OMS coordina numerosi sforzi sul piano mondiale. L'ente si è prefisso mete ambiziose, quali la iugulazione del paludismo e del vaiolo. Il numero di casi di vaiolo dichiarati in tutto il Mondo è venuto inflettendosi da circa 350 000 nel 1950 a 100 000 circa ogni anno a contare dal 1960. Lo sradicamento del vaiolo sembra attuabile dacché l'unica riserva dell'agente responsabile è costituita dall'uomo. Le campagne di sradicamento del vaiolo organizzate sotto l'egida dell'OMS, in diverse regioni d'America, d'Africa e d'Asia dove la malattia è endemica, consistono essenzialmente nella vaccinazione del maggior numero possibile di persone. Oltre ai mezzi di personale e di materiale, le squadre devono disporre prima di tutto di vaccino d'ottima qualità e di caratteri stabili anche nelle condizioni climatiche tropicali. La Svizzera ha portato il suo contributo offrendo al-

L'OMS dal 1962 al 1969 un totale di circa 14 milioni di dosi di vaccino antivaioleico liofilizzato fabbricato in Svizzera.

Per rendersi conto del pericolo costante dei focolai endemici di vaiolo, ancorché situati a migliaia di chilometri dal nostro Paese, però a solo qualche ora di volo, basta ricordarsi che l'Europa dal 1962 al '66 ha dovuto registrare più di 300 casi ed almeno 40 decessi, provocati da viaggiatori arrivati durante il periodo d'incubazione della malattia che portavano con sé. Per limitarci ad elencare solo le epidemie principali diciamo che l'Inghilterra ne ha subite due ed una ognuno dei seguenti Paesi; Repubblica Federale di Germania, Svezia e Polonia. Nel 1963 una donna colpita dal vaiolo importato è stata reperita in Svizzera; fortunatamente non s'ebbe a deplorare nessun caso secondario.

Mentre il colera sembrava ormai confinato nella sua zona tradizionale, vale a dire l'India e più particolarmente il delta del Gange, anzi sembrava addirittura in via di scomparsa, una nuova espansione, la settima pandemia, sopravvenne nel 1961. Essa iniziò nell'isola Célèbes (Indonesia) e si estese rapidamente ad un gran numero di Paesi del Pacifico occidentale e dell'Asia del Sud-Est colpendo oltre 50 000 persone e provocando più di 14 000 morti. Le condizioni di propagazione del colera sono state piuttosto agevolate dall'aumento del turismo, dei pellegrinaggi, delle migrazioni dei lavoratori stagionali; contemporaneamente si sono accresciute anche le difficoltà di scoprire i casi benigni e di segnalare i portatori d'infezione che espellono agenti del colera, pur senza manifestare i sintomi della malattia. Siccome però l'igiene dell'ambiente tiene nel caso preciso di questa malattia una funzione primaria, i Paesi molto sviluppati hanno forti possibilità di evitare epidemie gravi.

La peste venne segnando una forte involuzione dal 1950 al 1960 che dai 40 000 casi del 1950 nel Mondo intero essa era caduta ai circa 500 del 1960. Tuttavia nel 1967 s'ebbe una ripresa che fece registrare il decuplo di casi. Ancorché il pericolo sembri scomparso dall'Europa, la minaccia resta nondimeno molto reale in quanto il pericolo della peste è legato segnatamente all'urbanizzazione rapida, all'accumulo dei rifiuti, all'ignoranza del pericolo rappresentato da questa malattia, trasmessa dai ratti e dagli altri roditori selvatici, i quali ne costituiscono la riserva naturale. La peste polmonare trasmessa direttamente da uomo a uomo rappresenta ai giorni nostri ancora una forma particolarmente pericolosa.

Per contro, i pericoli del tifo esentematico in periodo normale e della febbre ricorrente si son venuti elidendo sin quasi ad annullarsi poiché le condizioni di trasmissione non sono favorevoli e la lotta contro gli insetti vettori è stata ormai grandemente facilitata dagli insetticidi moderni.

Numerose altre malattie, senza meritare la qualifica di malattia quarantenaria né far l'oggetto di disciplinamenti internazionali, sono nondimeno sparse nel mondo intero. La loro importanza è varia: la poliomielite che

nel 1954 toccava 1628 persone è ormai scomparsa quasi completamente nel nostro Paese (un solo caso nel 1969), grazie alla vaccinazione orale con il Sabin. Questa malattia resta però un problema grosso in altri Paesi e potrebbe ritornare bruscamente in Svizzera, qualora l'immunità della popolazione non fosse costantemente mantenuta a un sufficiente livello.

Recentemente la difterite ritenuta generalmente in via di scomparsa (tre soli casi nel 1968) riapparve di colpo nel Cantone Zurigo, dove oltre 20 persone furono contagiate e si ebbe a contare un decesso. Sei persone che erano portatrici di germi patogeni e quindi idonee a disseminarli furono reperate grazie agli esami di laboratorio.

Il numero di tipi di salmonelle, agenti delle intossicazioni alimentari batteriche, scopribili mediante la sierologia e designati quindi col termine di sierotipi, che non raggiungeva nemmeno 300 nel 1950, tocca oggi la cifra di 1000 circa. Si riscontra ogni giorno di più che questi batteri possono trovarsi nella maggior parte delle derrate (carne uova ecc.) e possono frequentemente dar luogo a delle espansioni esplosive come nel 1964 a Horw, infettando oltre 300 persone a cagione di latte e carne contaminati. Lo stesso anno una seconda importante espansione ebbe però origine in una macelleria all'ingrosso del Cantone di Berna; l'infezione toccò circa 200 persone. L'anno successivo, la carne infetta fu di nuovo all'origine di una diffusione morbosa che toccò oltre 200 persone nell'Oberland bernese. Questi batteri sono malauguratamente poco sensibili all'azione degli antibiotici e, dal punto di vista pratico, la preparazione di vaccini specifici contro oltre 1000 sierotipi differenti di salmonelle non è realizzabile. La polvere d'uovo, i foraggi, come le farine di pesce, gli ossi in polvere e altri prodotti importati possono essere contaminati e costituire quindi un pericolo, sia per il bestiame, sia per l'uomo.

La febbre paratifoide B, infezione grave, toccò l'Austria nel 1969, dove circa 500 persone furono contaminate da una crema ghiacciata. La febbre tifoide rappresenta però l'infezione più grave dovuta a salmonella; le epidemie di Glion nel 1945 e di Zermatt nel 1963 sono ancora nella memoria d'ognuno. In quest'ultima stazione turistica oltre 400 persone furono infettate. L'anno seguente a Aberdeen in Scozia, una espansione di analoga ampiezza era riscontrata.

Già abbiamo segnalato che taluni virus, tra i quali il virus grippale, sono instabili, onde una modificazione dei caratteri può in qualsiasi momento provocare epidemie vaste. Ciò accadde proprio nel 1957, allorché un nuovo ceppo detto A², sinora sconosciuto, del virus dell'influenza apparve in Asia e fu all'origine dell'epidemia di influenza asiatica. In Svizzera, nel corso del 1957, si ebbe a registrare la dichiarazione d'oltre 200 mila casi. Nel 1968 una nuova variante A² Hongkong apparve: i danni furono minori poiché trattavasi per fortuna pur sempre dello stesso ceppo di base A² del 1957, benché leggermente modificato. In questo caso, i laboratori di virologia sono di un

grande aiuto poiché possono informare sull'importanza del pericolo incombente e sui ceppi responsabili dell'epidemia, isolandoli e permettendo la preparazione di un vaccino specifico.

L'epatite epidemica, a carico della quale vanno registrati annualmente 1000 casi nel nostro Paese, costituisce un problema assai arduo. I postumi possono essere severi specialmente presso l'adulto. I mezzi profilattici di cui si dispone attualmente sono ridotti, poiché l'agente responsabile non è conosciuto, ancorché si pensi sia un virus, ed anche il meccanismo di trasmissione del morbo è mal conosciuto; tuttavia sussistono molti indizi per ritenere che l'acqua e le derrate alimentari siano il cardine della diffusione del morbo. Non è dunque possibile in queste condizioni preparare un vaccino specifico. Durante gli ultimi mesi del 1969 un'epidemia d'epatite fu osservata nell'Ajoie (Giura bernese) la quale interessò circa un centinaio di persone.

La tubercolosi invero è regredita, ma il fatto che dal 1950 al 1968 il numero dei decessi sia diminuito del 74%, mentre quello dei casi dichiarati è diminuito soltanto del 45%, prova che questa malattia non è ancora per nulla debellata.

Alla fine della seconda guerra mondiale i sulfamidici e la penicillina, scoperta recente, fecero sperare in una scomparsa rapida delle malattie veneree. Una diminuzione spettacolosa fu certo costatata; però nello stesso tempo, s'ebbero a registrare degli insuccessi dovuti al fatto che gli agenti acquisivano una notevole resistenza. Tra il 1950 e il 1960 s'ebbe ad osservare l'indizio d'una recrudescenza della malattia. Si poté constatare pure che queste malattie imperversano in certe cerchie quasi sulla base più di un fattore sociale che non medico. La sifilide tra gli omosessuali ha preso un'importanza particolare anche in Svizzera. Sino alla fine del 1968 l'analisi del sangue intesa a reperire la sifilide faceva parte del controllo sanitario di confine dei lavoratori stranieri; si pensò di potervi rinunciare dato che le condizioni epidemiologiche nei Paesi di provenienza erano venute migliorando assai, cosicché i lavori e le spese cagionati dagli esami di reperimento non risultavano più proporzionati al risultato espresso nel numero dei casi scoperti. Non abbiamo nel nostro Paese informazioni precise sul numero di questi ammalati. I medici infatti non son tenuti a dichiarare se non i malati che rifiutano o interrompono prematuramente il trattamento oppure a dichiarare i casi in cui una persona è sospetta d'essere una fonte di contaminazione, ma rifiuta di lasciarsi esaminare. Certe informazioni provengono da osservazioni cliniche e policliniche di dermatologia; esse potrebbero venir completate con profitto da costatazioni di laboratorio di microbiologia e di sierologia.

Contrariamente al vaiolo l'importazione d'un caso di paludismo, di tracoma o di lebbra non costituisce un vero pericolo per il nostro Paese. Ogni anno si scopre in Svizzera un certo numero di persone colpite di paludismo;

trattasi la più parte di turisti che hanno ignorato i pericoli di un viaggio nelle regioni infette.

L'esposto che siam venuti facendo mostra che le malattie trasmissibili non stanno prendendo importanza maggiore di un tempo; per contro, la scomparsa dall'Europa delle grandi epidemie è stata seguita dall'insorgere di tutta una serie di malattie trasmissibili, un tempo sconosciute, poco note o disconosciute, i cui pericoli vengono ad aggiungersi a quelli sempre latenti di una grande epidemia di tipo classico. L'epidemiologia attuale riconosce che nuovi mezzi devono essere messi in opera per lottare contro le malattie senza trascurare quelli già in uso da tempo, tra i quali tuttavia occorre fare una scelta. Nuove operazioni adeguate alle conoscenze attuali, condotte in diversi Paesi e incrementate sotto l'impulso dell'OMS, sono designate col termine generale di sorveglianza delle malattie trasmissibili. Le vogliamo descrivere a grandi tratti nel capitolo seguente per precisare in quale spirito noi ci accingiamo a farvi le proposte nuove contenute nel disegno.

1.2. Vigilanza sulle malattie trasmissibili

Le scoperte tecniche, quali la cultura della maggior parte degli agenti patogeni intesa alla preparazione di vaccini specifici, la chemioterapia, la chemioprolifassi e l'impiego degli antibiotici, una miglior conoscenza dei meccanismi di trasmissione dei morbi, dei loro serbatoi naturali e dei loro vettori eventuali, il miglioramento delle condizioni di vita e d'igiene in generale, son tutti fattori che han concorso a modificare notevolmente l'aspetto e l'evoluzione delle malattie trasmissibili e conseguentemente l'impianto dei mezzi di lotta. Il cordone sanitario riconosciuto inutile è stato abbandonato già verso la fine dello scorso secolo ed è stato sostituito da misure individuali d'isolamento: ospitalizzazione, vigilanza medica dei sospetti, ricerca e sorveglianza dei soggetti di contatto, cioè delle persone che sono state in contatto con un contagiato o con un sospetto. A contare dagli anni 50, un nuovo metodo più fine è venuto a completare queste misure individuali. Trattasi della vigilanza sulla malattia come tale. L'obiettivo consiste nel tentare, per quanto possibile, di prevedere e di prevenire l'avvicinarsi di una epidemia mediante l'analisi di tutti gli elementi precorrenti, concomitanti, agevolanti, cagionanti o ostacolanti. S'incarica un centro di raccogliere un massimo d'informazioni, idoneo a fornire degli indizi rivelatori sull'evoluzione del morbo. Sono attività che non comportano certo nulla di spettacolare, contrariamente alla vecchia prassi dell'impianto di un cordone sanitario o della ricerca dei soggetti di contatto. Trattasi piuttosto di un compito costante di raccolta d'informazioni, di analisi, di elaborazione e di comunicazione dei dati per informare il più rapidamente possibile i gruppi o le persone interessate, ovvero di un compito infine decisionale che interessa tutti i gradi in funzione dei risultati dell'analisi della situazione.

Le informazioni principali provengono ancora oggi dalla dichiarazione obbligatoria dei medici pratici. Per essere efficace questa deve aver luogo rapidamente; purtroppo, per mancanza di tempo, il medico è restio a compilare lunghi formulari. Inoltre non può essere obbligato a fornire una diagnosi sempre precisa, fondandosi unicamente sui sintomi clinici. Siccome la rapidità della trasmissione dell'informazione è in questo caso più importante che non la precisione dell'informazione stessa, la dichiarazione del medico sarà più fondata sui sintomi clinici, che non sull'agente etiologico. Essa dovrà conseguentemente venir completata dai risultati dell'analisi, effettuata dal laboratorio di microbiologia o di sierologia o nei centri specializzati; questi ultimi potranno, per esempio, fornire informazioni precise non solo su l'agente responsabile, ma anche sul ceppo dell'agente in causa (lisotipo di *Salmonella typhi* o di *Salmonella paratyphi*; sierotipo di un'altra *Salmonella*). Ciò consentirà di riconoscere per esempio se l'agente della febbre tifoide, riscontrato e isolato in un paziente, sia identico o meno a quello isolato presso un altro paziente; conseguentemente consentirà di sapere se v'è presunzione che i due pazienti son stati contaminati dalla stessa fonte. (Questo procedimento permise durante l'estate del 1969 di scoprire 15 persone colpite di febbre tifoide in Svizzera che erano state contaminate nello stesso tempo e nella stessa località dell'Africa del Nord, durante uno stesso viaggio turistico; una quarantina d'altri malati ripartiti in diversi Paesi d'Europa erano stati contaminati, come poi risultò, nello stesso luogo).

L'agente infettivo non è più considerato oggigiorno come l'unico fattore responsabile delle malattie trasmissibili. Sappiamo che l'apparizione di talune malattie, vaiolo o poliomielite per esempio, entro la popolazione sufficientemente immunizzata non presenta se non un grado di gravità molto limitato, i rischi d'una spinta epidemica essendo trascurabili. Il laboratorio può, in questo contesto, fornire informazioni preziose sulla proporzione di persone che dispongono d'un numero sufficiente d'anticorpi, atto a renderle refrattarie alla malattia; queste persone, tralasciando il fatto che non cadranno ammalate, non potranno in genere nemmeno divenire agenti di trasmissione della malattia.

Tutte queste indicazioni e molte altre sono fornite dai laboratori. Siccome il nostro Paese non possiede che un laboratorio nazionale di sanità pubblica centralizzato, noi proponiamo di rafforzare i laboratori ufficiali esistenti e di designare dei centri nazionali incaricati di compiti particolari molto specificatamente definiti. Questi laboratori dovranno costituire una delle strutture fondamentali della rete d'informazione il cui centro sarà il Servizio federale dell'igiene pubblica. Al fine di assicurare un funzionamento del sistema, il coordinamento deve essere ricercato e garantito a tutti i livelli ed essere d'ordine pluridisciplinare. È chiaro che per assicurare un tal coordinamento i Cantoni devono disporre del personale specialmente istruito, il quale avrà per compito principale di far sì che la dichiarazione del medico non serva unicamente a fornire cifre per le necessità statisti-

che. Soltanto un medico appropriato, designato dal Cantone, può soddisfare a queste esigenze; egli assicurerà per esempio le relazioni tra i medici, il medico veterinario e il chimico cantonale così da poter completare le informazioni relative ai casi dichiarati o alle inchieste epidemiologiche ed anche per poter dare i necessari consigli. Questo medico designato dal Cantone prenderà le decisioni che si impongono al suo livello d'attività, il che non potrebbe essere fatto da una Commissione d'igiene, il cui compito fosse primariamente consultivo e non esecutivo. Noi pensiamo che la funzione di questo medico, assieme a quella dei laboratori, costituisca uno degli elementi cardinali della rete d'informazione del Servizio federale d'igiene pubblica.

1.3. Il disegno di legge

La legge proposta costituisce una revisione totale della legge sulle epidemie del 1886. Un certo numero di nuove norme è stato introdotto nel testo, per esempio la seconda via di dichiarazione, mentre altri principi di validità sempre attuale sono stati conservati. La nuova legge si sforza di tener conto delle esperienze fatte durante le ultime epidemie, segnatamente di quella di Zermatt nel 1963. Noi pensiamo di applicare le nuove disposizioni anche alla tubercolosi, mentre talune norme, relative al carattere particolare della tubercolosi e d'impostazione primariamente medico-sociale, saranno conservate ancora per tutto il tempo necessario nella legge sulla tubercolosi nel 1928.

Il progetto che non vuol essere dettagliato è impostato come una legge quadro sulla quale potranno poi fondarsi dei disposti esecutivi, agevolmente adattabili secondo le necessità d'una situazione data e secondo il grado d'evoluzione della tecnica.

2. Parte generale

2.1. Situazione all'origine

2.1.1. La legge federale sulle epidemie a contare dal 1886

La legge vigente è stata emanata in data del 2 luglio 1886 ed è entrata in vigore il 1° gennaio 1887. Essa disciplina i provvedimenti adottabili contro le epidemie di pericolo generale, pur limitando il suo campo d'applicazione al vaiolo, al colera asiatico, al tifo petecchiale e alla peste. Tale limitazione è dovuta al fatto che il suo primo disegno del 31 gennaio 1882, comprendente pure le misure contro la scarlattina, la difterite, il tifo addominale, la dissenteria, la febbre puerperale, era stato respinto nella votazione popolare del 30 luglio 1882 con 254 340 no contro 68 027 si.

La legge del 1886 si fonda sul vecchio articolo 69 della Costituzione federale del 1874, sostanzialmente analogo all'articolo 59 della Costituzione del 1848. Detto articolo stabiliva che la legislazione concernente le misure di polizia sanitaria contro le epidemie e le epizoozie, che presentano un pericolo generale, spettava alla Confederazione.

L'articolo 69 fu modificato mediante la votazione popolare del 4 maggio 1913, nella quale fu accettato il nuovo tenore seguente, presentemente ancora in vigore: «La Confederazione ha il diritto di emanare disposizioni di legge per combattere le malattie trasmissibili, o largamente diffuse, o di natura maligna che colpiscono l'uomo o gli animali».

La legge vigente, benché conti più di 80 anni, non è affatto obsoleta, come potrebbe apparire a prima vista. Mediante successivi adeguamenti e in particolare grazie alle numerose disposizioni esecutive, emanate all'occorrenza, detto testo legislativo si è rivelato funzionale anche nei periodi delle grandi scoperte nel campo della batteriologia e durante l'evoluzione della terapeutica con l'impiego dei sulfamidici e degli antibiotici. Può essere iscritto parzialmente al suo attivo l'enorme successo ottenuto nella lotta contro la poliomielite (per la prima volta nel 1965, nessun caso dichiarato); la legge ha infatti consentito, non appena fu disponibile un vaccino efficace ed innocuo, lo svolgimento rapido e fluido delle vaccinazioni preventive. La prima revisione, prevista nel 1949, non si rivelò urgente dal profilo pratico, tanto più che, a quell'epoca, occorreva attendere i risultati, sul piano internazionale, dei primi lavori dell'Organizzazione mondiale della salute.

In seguito all'epidemia di tifo manifestatasi a Zermatt nel 1963, diverse cerchie sollecitarono un'immediata revisione della legge del 1886. La commissione peritale incaricata dal Dipartimento federale dell'interno di indagare sulle cause dell'epidemia, benché consapevole che la stessa era stata provocata avantutto dall'inosservanza delle pertinenti norme legali, s'accinse nondimeno a svolgere la mansione affidatale nella speranza che una revisione totale della legge avrebbe potuto diminuire il rischio di recidività d'un tale evento.

2.1.2. Adeguamento della legge e delle sue disposizioni esecutive

2.1.2.1. Legge

La modificazione più importante è stata attuata il 18 febbraio 1921 ed è entrata in vigore il 1° giugno 1921 (RO 37 379). Il campo d'applicazione della legge è stato allargato mediante le disposizioni seguenti:

- a. il Consiglio federale è autorizzato ad estendere l'applicazione delle disposizioni della legge ad altre malattie trasmissibili specialmente pericolose (art. 1 cpv. 2). Risultano così introdotte nella legislazione ordinaria

le disposizioni emanate dal 1914 al 1920, in virtù dei pieni poteri, sull'obbligo di dichiarare un determinato numero di malattie trasmissibili, diverse da quelle previste nella legge;

- b. il Consiglio federale può ordinare, qualora circostanze straordinarie lo richiedano, le misure necessarie per impedire la propagazione di epidemie nell'interno del paese (art. 7 cpv. 3).

Successivamente sono state apportate due altre modifiche di minore importanza, l'una all'articolo 8 capoverso 1, adeguato alla legge federale del 19 giugno 1959 (RU 1959 953) concernente la perequazione finanziaria tra i Cantoni e l'altra all'articolo 9 capoverso 6, abrogato dal Codice penale (art. 398 cpv. 2 lett. d).

2.1.2.2. *Decreti del Consiglio federale e regolamenti*

- a. Decreti d'esecuzione intesi ad allargare il campo d'applicazione della legge.

Il decreto del Consiglio federale del 22 aprile 1947 (CS 4 352), modificato da quello del 6 maggio 1960 (RU 1960 475) disciplina l'applicazione della legge federale sulle misure da prendersi contro le epidemie di pericolo generale ad altre malattie trasmissibili. Esso riveste particolare importanza poiché estende le disposizioni della legge oltre le quattro malattie previste all'origine, ovvero alla scarlattina, alla difterite, alla febbre tifoidea, al paratifo, alla menengite cerebrospinale, alla poliomielite e all'encefalite letargica.

Esso prescrive parimente che i Cantoni prendono le misure necessarie contro la propagazione delle malattie suddette da parte dei malati, dei portatori di bacilli e delle persone sane che sono state in contatto con una persona colpita da una di queste malattie.

I Cantoni possono ordinare, secondo i bisogni, esami batteriologici e sierologici come anche vaccinazioni. Inoltre, essi possono istituire e mantenere centri collettori di siero proveniente da convalescenti di poliomielite, disposizione, quest'ultima, divenuta però nel frattempo priva d'oggetto, per cui fu abrogata dal decreto del Consiglio federale del 6 maggio 1960.

- b. Disposizioni d'esecuzione concernente la dichiarazione delle malattie trasmissibili

Le prime disposizioni furono prese in virtù dei pieni poteri tra il 1914 e il 1918. Esse stabilivano la dichiarazione obbligatoria anche per il manifestarsi di malattie diverse dalle quattro previste nella legge. Altre disposizioni analoghe furono emanate dopo la modificazione della legge del 1921, con la quale fu istituita la base legale per la dichiarazione obbligatoria di una nuova categoria di malattie. Attualmente, l'obbligo di dichiarazione è disciplinato da tre decreti del Consiglio federale, ovvero:

dal decreto del Consiglio federale del 20 aprile 1943 (CS 4 353) che suddivide le malattie in due gruppi, ovvero secondo il genere di dichiarazione (individuale o collettiva);

dal decreto del Consiglio federale del 21 gennaio 1947 (RU 63 40) che prevede un nuovo gruppo di malattie, e cioè quello delle malattie veneree, delle quali però la dichiarazione obbligatoria è vincolata a talune condizioni;

dal decreto del Consiglio federale del 13 maggio 1952 (RU 1952 506) che completa l'elenco delle malattie da dichiarare appartenenti ai due primi gruppi.

c. Ordinamento finanziario delle prestazioni della Confederazione

La Confederazione accorda ai Cantoni e ai Comuni dei sussidi per le spese loro derivanti dall'applicazione della legge.

Innanzitutto l'entrata in vigore della legge, il regolamento del 4 novembre 1887 sul pagamento dei sussidi federali ai Cantoni e ai Comuni per combattere le epidemie di pericolo generale (CS 4 357) stabiliva contributi della Confederazione per

- l'alloggio delle persone colpite da una delle malattie previste nella legge;
- il sostentamento e la cura medica delle persone che l'autorità ha dovuto internare o trasferire in un ricovero;
- l'isolamento, la sorveglianza e l'evacuazione delle persone sane;
- le perdite di guadagno;
- la disinfezione;
- la sorveglianza sanitaria del traffico e segnatamente di quello internazionale al confine.

Il decreto del Consiglio federale del 14 maggio 1915 (RU 31 165), complementivo del regolamento del 4 novembre 1887, prevede indennità per il personale medico ed ausiliario. Il regolamento del 22 aprile 1947 (RU 1947 363), modificato dal decreto del Consiglio federale del 6 maggio 1960 (RU 1960 476), tiene precipuamente conto della disposizione intesa ad allargare il campo d'applicazione della legge, recepita nel decreto del Consiglio federale del 22 aprile 1947/6 maggio 1960, e prevede sussidi per:

- la costruzione e l'arredamento delle stazioni di disinfezione, l'acquisto di apparecchi di disinfezione trasportabili e le disinfezioni stesse;
- l'indennità per la perdita di guadagno derivante dall'isolamento, ordinato dall'autorità, dei portatori di bacilli e delle persone sane che hanno avuto contatto con malati;
- le vaccinazioni gratuite;
- gli esami batteriologici e sierologici;
- l'istituzione e la manutenzione di centri collettori di siero proveniente

da convalescenti di poliomielite (abrogato dal decreto del Consiglio federale del 6 maggio 1960).

Mediante il decreto del Consiglio federale del 21 dicembre 1956 (RU 1956 1805), i sussidi furono estesi alle vaccinazioni antipoliomielitiche e agli esami non gratuiti dell'immunità da poliomielite.

Infine, il decreto del Consiglio federale del 6 maggio 1960 (RU 1960 471) stabilisce l'ammontare dei sussidi federali concessi nel settore dell'igiene pubblica, ricapitolando il genere delle contribuzioni federali e la aliquota prevista per ciascuna di esse.

In questo modo, le norme disciplinanti il sussidiamento sono state costantemente adeguate alle disposizioni d'ordine tecnico, delle quali hanno subito l'evoluzione.

In seguito al rapporto della commissione Stocker e al nostro messaggio del 17 gennaio 1967 (FF 1967 I 153 e segnatamente 210 capoverso 3), sul ridimensionamento dei sussidi, sono stati presi dei provvedimenti in virtù dei decreti del Consiglio federale del 3 settembre 1969 (RU 1969, 943 e 944) l'uno modificante il regolamento concernente la concessione di sovvenzioni federali ai Cantoni e ai Comuni per combattere malattie trasmissibili e l'altro modificante quello che fissa le aliquote delle sovvenzioni concesse dal servizio dell'igiene pubblica. Salvo per le misure di disinfezione, concernenti le quattro malattie previste nella legge del 1886, sono stati soppressi i sussidi per la costruzione e l'arredamento delle stazioni di disinfezione, l'acquisto di apparecchi di disinfezione e la disinfezione stessa.

d. Ordinamento del servizio sanitario di confine

Il servizio sanitario di confine, istituito con decreto del Consiglio federale del 3 settembre 1940 (RU 56 1561) durante il servizio attivo e affidato all'Ufficio federale di guerra per l'assistenza, in previsione d'un eventuale afflusso di rifugiati (decreto del Consiglio federale dell'11 aprile 1944; RU 60 237), fu assunto dal Servizio federale dell'igiene pubblica, alla fine del servizio attivo (decreto del Consiglio federale del 26 ottobre 1945; RU 61 933).

Il servizio sanitario di confine risulta ora disciplinato mediante un decreto del Consiglio federale (RU 1948 1169) e l'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (RU 1948 1172), ambedue del 17 dicembre 1948.

e. Trasporto di cadaveri

Il regolamento del 6 ottobre 1891 sul trasporto di cadaveri (CS 4 416) è stato ripetutamente adeguato e, segnatamente, mediante i decreti del Consiglio federale dell'11 dicembre 1959 (RU 1959 2098) e del 3 maggio 1963 (RU 1963 380).

In questo campo, sono stati conclusi parecchi accordi internazionali, dei quali il più importante è la Convenzione internazionale concernente il trasporto di cadaveri, conclusa a Berlino il 10 febbraio 1937 (CS 12 435). Di detta convenzione sono partecipi, oltre alla Svizzera, l'Austria, il Belgio, la Cecoslovacchia, il Congo Leopoldville, l'Egitto, la Francia, la Germania, l'Italia, il Messico, la Romania e la Turchia. Per quanto riguarda gli altri accordi, trattasi dei seguenti atti bilaterali, qui elencati in ordine cronologico:

- Convenzione fra la Svizzera e la Germania del 10/15 dicembre 1909 circa il riconoscimento reciproco delle carte di passo per cadaveri (CS 12 445);
- Accordo tra il Governo svizzero e il Governo italiano dell'11 aprile/14 maggio 1951 concernente la traslazione di salme nel traffico locale di confine (RU 1951 663);
- Accordo tra il Governo svizzero e il Governo austriaco del 17 maggio 1952 concernente la traslazione di salme nel traffico locale di confine (RU 1952 533).

f. Vaccinazioni

I decreti del Consiglio federale del 12 giugno e del 30 agosto 1944 (RU 60 415 e 576), fondati sulla legge del 1886, ma emanati in virtù di circostanze particolari inerenti alle ostilità del conflitto mondiale in Europa, prescrissero la vaccinazione antivaiolica obbligatoria, su tutto il territorio della Confederazione, per i lattanti e i bambini. Dopo il servizio attivo, non potendo più essere invocate le circostanze particolari, le disposizioni suddette furono abrogate con il decreto del Consiglio federale del 26 novembre 1948 (RU 1948 1105); le norme disciplinanti i sussidi accordati ai Cantoni e ai Comuni per la vaccinazione antivaiolica furono per contro mantenute.

g. Abrogazione di disposizioni esecutive

L'articolo 1 della legge federale del 12 marzo 1948 conferente carattere obbligatorio alla Collezione sistematica delle leggi e ordinanze dal 1848 al 1947 e alla nuova serie della Raccolta delle leggi federali (RU 1949 II 1557) abrogò tutte le leggi federali, i decreti federali, i decreti del Consiglio federale, le ordinanze e le disposizioni inserite nella Raccolta delle leggi federali dal 12 settembre 1848 al 31 dicembre 1947, per quanto essi non fossero compresi nella Collezione sistematica delle leggi e ordinanze. In virtù del decreto del Consiglio federale del 10 dicembre 1951 (RU 1951 1183), detto articolo 1 è entrato in vigore il 1° gennaio 1953. A contare da questa data sono quindi state abrogate parecchie disposizioni e segnatamente quelle concernenti la disinfezione e provvedimenti di lotta contro il colera e la peste.

Mediante la messa a giorno suddetta è stato agevolato l'adeguamento delle disposizioni esecutive all'evoluzione scientifica.

2.1.2.3. Altre disposizioni prese per adeguare i provvedimenti di lotta

a. Direttive del Servizio federale dell'igiene pubblica concernenti la lotta contro le malattie trasmissibili

Considerato il rapido susseguirsi delle scoperte scientifiche e nell'interesse di utilizzarle, il Servizio federale dell'igiene pubblica emanò in data del 18 aprile/2 maggio 1964, nel supplemento B del suo bollettino, delle direttive contenenti le indicazioni essenziali, attualmente valide, su le malattie trasmissibili pericolose per la Svizzera, i provvedimenti che i medici e le autorità sono tenuti ad adottare (salvo la dichiarazione) e la definizione di talune espressioni tecniche. È in fase di preparazione una nuova edizione di tali direttive.

b. Modificazione dell'articolo 23 dell'ordinanza del 26 maggio 1936 sul commercio delle derrate alimentari e degli oggetti d'uso e consumo (CS 4 473)

Diverse autorità cantonali avevano ripetutamente chiesto di aumentare l'efficacia dei provvedimenti intesi a prevenire e a combattere le malattie trasmesse dalle persone esplicitanti un'attività nell'industria alimentare. L'epidemia di tifo a Zermatt dimostrò che il vecchio articolo 23 dell'ordinanza federale sulle derrate alimentari non forniva alle autorità una base legale sufficiente per prendere le misure necessarie e, in particolare, per ordinare esami medici.

Il nuovo tenore dell'articolo 23 (DCF del 30 aprile 1965; RU 1965 411), autorizza per contro le autorità sanitarie cantonali ad esigere periodicamente dalle persone professionalmente occupate nella produzione, fabbricazione, manipolazione e vendita delle derrate alimentari o nella preparazione di vivande e nel servizio di mensa in economie domestiche collettive, la prova medica che non eliminano agenti patogeni. Se circostanze particolari lo giustificano, le autorità possono ordinare, in qualsiasi momento, che dette persone siano sottoposte ad un controllo medico.

L'articolo non stabilisce pertanto un obbligo di procedere all'esame medico, ma si limita ad autorizzare le autorità competenti a provvedervi; le analisi batteriologiche presuppongono d'altronde che i Cantoni dispongano di una considerevole apparecchiatura tecnica.

Questa nuova disposizione tiene conto dell'esperienza fatta, la quale ha dimostrato che i Cantoni propensi ad adottare provvedimenti a tale riguardo si trovavano nell'impossibilità di farlo, mancando loro il fondamento legale. Ad esempio, un decreto della città di Aarau che sottoponeva i lattai ad un

esame periodico, al fine di accertare eventuali casi di tubercolosi, è stato dichiarato illegale dal Tribunale federale (sentenza del 9 marzo 1955). Per la modificazione dell'articolo 23 dell'ordinanza sulle derrate alimentari, la base legale è stata fornita dall'articolo 54 della legge federale dell'8 dicembre 1905 sul commercio delle derrate alimentari e degli oggetti d'uso e consumo (CS 4 463).

c. Istituzione del Centro svizzero delle salmonelle; altri centri di riferimento

In seguito all'apparizione dell'epidemia di tifo a Zermatt, fu ripetutamente espresso il desiderio d'istituire un servizio epidemiologico in Svizzera. I fatti avevano appunto dimostrato che, quando un'epidemia si manifesta subitamente, taluni Cantoni non sono in grado di mobilitare il personale tecnico necessario per determinare, nel termine più breve, la natura e l'estensione della malattia e mettere in opera i provvedimenti adeguati. È quindi sembrato opportuno istituire un centro permanente, provvisto di un piccolo gruppo di specialisti, disponibile in ogni momento ed in grado di trasformarsi, nel caso d'epidemia importante, in un nucleo funzionale di un'organizzazione più vasta.

D'altra parte, le esperienze fatte in quest'ultimi anni hanno rilevato la grande utilità dei centri nazionali di riferimento, specializzati nella diagnosi approfondita di determinate malattie infettive. La necessità di tali centri è stata particolarmente sottolineata dall'Organizzazione mondiale della sanità, la quale raccomandò agli Stati membri d'istituirli. Un siffatto centro, specializzato in un determinato campo della microbiologia, non verrebbe punto a trovarsi in concorrenza con gli altri laboratori d'analisi, bensì provvederebbe a svolgere le indagini particolari che i laboratori normali non sono in grado di eseguire. A contare dal 1967 un centro di shigelle (agenti responsabili della dissenteria) esplica la sua attività presso l'Istituto di microbiologia dell'Università di Losanna. Nel 1957 fu inaugurato un centro di tipizzazione delle salmonelle, costituito dal Servizio federale dell'igiene pubblica, presso l'Istituto di batteriologia veterinaria dell'Università di Berna; detto centro si specializzò nella determinazione del tipo di ceppo delle salmonelle isolate dagli altri laboratori svizzeri.

Diverse organizzazioni parteciparono agli interventi auspicanti l'istituzione di un centro svizzero delle salmonelle e, in particolare, la sottocommissione scientifica della Commissione federale per l'alimentazione, l'associazione svizzera dei medici ufficiali e l'associazione dei chimici cantonali e municipali. La società svizzera di microbiologia presentò, d'intesa con il Servizio federale dell'igiene pubblica, le seguenti proposte: il compito principale nella lotta contro le epidemie dev'essere affidato, come finora, ai laboratori d'analisi già esistenti, i quali però devono essere sistemati in modo adeguato. Inoltre, occorre istituire dei centri specializzati per talune malat-

tie infettive. Come provvedimento di prima urgenza, occorre provvedere all'istituzione di un centro delle salmonelle.

Il servizio federale dell'igiene pubblica compilò, nel dicembre 1964, il progetto d'istituzione di un centro svizzero delle salmonelle, elaborato di comune intesa con la società svizzera di microbiologia. Il disegno fu dapprima trasmesso al comitato dei direttori cantonali degli affari sanitari e poi, il 7 aprile 1965, alla loro conferenza, simultaneamente ad un disegno sul finanziamento del centro.

Sulla base delle proposte trasmesse ai direttori degli affari sanitari, è stato istituito il Centro svizzero delle salmonelle presso l'Istituto di batteriologia veterinaria dell'Università di Berna. In un regolamento, approvato dal Servizio federale dell'igiene pubblica, dall'Ufficio veterinario federale e da tutti i Cantoni, furono definiti i compiti e le competenze del Centro. Il finanziamento di quest'ultimo è assicurato, per una metà dalla Confederazione e, per l'altra metà, dai Cantoni, proporzionatamente alla loro popolazione.

È pure stato creato un centro di riferimento per il vaiolo presso l'Istituto di microbiologia medica dell'Università di Zurigo. Su proposta della società svizzera di microbiologia sono stati infine designati altri centri analoghi.

2.1.2.4. Controllo dei sieri e vaccini

Il fondamento legale di questa attività non è dato dalla legge sulle epidemie del 1886, la quale non contiene pertanto nessuna disposizione a tale riguardo. È nondimeno indispensabile, in questo contesto, illustrare brevemente tale attività, poiché l'articolo 30 del disegno della nuova legge prevede il controllo di questi prodotti, designati appresso «prodotti immunobiologici».

Il controllo dei sieri e dei vaccini impiegati nella medicina umana è disciplinato dal decreto del Consiglio federale del 17 dicembre 1931 (CS 4 428), promulgato all'origine per una durata di 5 anni, d'intesa con i governi cantonali. Questo decreto fu poi prorogato fino al 31 dicembre 1941, mediante il decreto del Consiglio federale dell'11 settembre 1936 (RU 52 729) e poscia, per un tempo indeterminato, mediante il decreto del Consiglio federale del 26 novembre 1941 (CS 4 433). Il decreto del 1931 fu inoltre completato con diverse altre disposizioni, tra cui il decreto del Consiglio federale del 22 febbraio 1949 (RU 1949 150) concernente il testo degli imballaggi, dei prospetti e dei richiami destinati al pubblico per i sieri ed i vaccini, nonché mediante il regolamento del 4 settembre 1958 (RU 1958 781) sulla riscossione di tasse per il controllo dei sieri e dei vaccini usati nella medicina umana.

Il controllo tecnico di detti prodotti e la scelta dei metodi spettano al Servizio federale dell'igiene pubblica.

Parallelamente agli sforzi intrapresi dall'Ufficio intercantonale di controllo dei medicamenti per introdurre, oltre al controllo dei prodotti finiti attualmente svolto, il controllo della fabbricazione dei medicamenti in Svizzera, in particolare dei prodotti d'esportazione, la Conferenza dei direttori degli affari sanitari decise, il 31 marzo 1967, di conferire al Servizio federale dell'igiene pubblica la competenza di controllare, d'intesa con il Cantone interessato e con l'assenso della ditta sottoposta a controllo, la fabbricazione dei sieri e dei vaccini, nei casi in cui un tale controllo costituisca una condizione indispensabile alla loro importazione o al loro smercio in uno Stato straniero.

D'altronde, il controllo ufficiale della fabbricazione dei sieri e vaccini destinati ad essere immessi nel commercio indigeno era già stato previsto mediante il decreto del Consiglio federale del 17 dicembre 1931, nell'articolo 2 capoverso 1 e nell'articolo 14 capoverso 4.

Durante la procedura di consultazione per la nuova legge, la più importante ditta produttrice di sieri e vaccini si è pronunciata in favore di siffatti controlli, non solo riguardo ai prodotti destinati all'esportazione, bensì anche riguardo a quelli destinati ad essere venduti sui mercati indigeni.

2.2. Valutazione critica

2.2.1. *Interventi parlamentari*

In seguito al manifestarsi della febbre tifoide a Zermatt nel 1963, il consigliere nazionale König di Zurigo presentò, il 20 marzo 1963, un'interrogazione nella quale egli s'informava circa l'origine e il decorso dell'epidemia, nonché i provvedimenti adottati o adottabili per accertare tempestivamente tali focolai d'infezione ed impedirne l'estensione. Nella sua risposta del 18 giugno 1963, il Capo del Dipartimento dell'interno ammise che una revisione della legge sulle epidemie si rivelava ormai necessaria, e che, tenuto conto dell'esperienza acquisita a Zermatt, le competenze federali dovevano essere allargate.

Il 2 ottobre 1963, il Consigliere nazionale Grändelmeier di Zurigo chiese, in un'interrogazione, se il Consiglio federale intendeva sottoporre ai Consigli legislativi, unitamente alle proposte di revisione della legge sulle epidemie, pure un rapporto sull'opportunità di emanare una legge generale sull'igiene pubblica, allo scopo di concentrare in un unico testo il numero considerevole di atti legislativi nel campo della lotta contro le malattie.

Nella sua risposta, l'Esecutivo dichiarò che la Costituzione federale conferisce bensì alla Confederazione la facoltà di prendere, per via legislativa,

i necessari provvedimenti di lotta contro le malattie trasmissibili assai diffuse o particolarmente pericolose, ma che una legge federale disciplinante i provvedimenti contro le malattie in generale potrebbe unicamente essere promulgata dopo una revisione della Costituzione. Va nondimeno osservato che non è esclusa la possibilità di accentrare in un unico testo tutte le leggi in vigore sulla lotta contro le malattie epidemiche, la tubercolosi e le malattie reumatiche.

L'applicazione della legge sulle epidemie alla tubercolosi, conformemente al disegno di legge, soddisfa in una certa misura la proposta contenuta nell'interrogazione suddetta.

Il 7 marzo 1967, il Consigliere nazionale Bertholet di Ginevra presentò un'interrogazione sulle condizioni d'approvvigionamento del Paese con vaccino antivaioiolo. Il Consiglio federale, nella sua risposta, dichiarò che il vaccino antivaioiolo, sotto forma di prodotto liofilizzato, non mancava in Svizzera e che, in virtù di un accordo del 1963 tra il Servizio federale dell'igiene pubblica ed il fabbricante, era costantemente assicurata una riserva di 1 milione di dosi.

2.2.2. Rapporto della Commissione peritale sull'epidemia di febbre tifoide a Zermatt

La Commissione per lo studio dell'epidemia di febbre tifoide a Zermatt, istituita dal Dipartimento dell'interno, aveva segnatamente il compito di trarre le conclusioni che s'imponevano riguardo alla legislazione federale sulle epidemie.

Nel suo rapporto del 28 maggio 1964, detta commissione fu del parere che la causa principale dell'epidemia di febbre tifoide a Zermatt era da attribuire all'inosservanza delle prescrizioni legali; modificazioni e complementi delle leggi vigenti potrebbero pertanto contribuire, in ampia misura, ad evitare il ripetersi di tali avvenimenti. Secondo il parere della commissione, non soltanto s'impone un'urgente rettificazione della legge del 1886 sulle epidemie come anche dei pertinenti decreti del Consiglio federale, ma occorre inoltre emanare un determinato numero di complementi della legislazione su la protezione delle acque e il commercio delle derrate alimentari.

A cagione della sua composizione, la commissione non fu in grado di pronunciarsi riguardo al tenore del nuovo testo legislativo sulle epidemie e delle corrispondenti ordinanze d'esecuzione. Essa si limitò quindi a presentare considerazioni medicali ed epidemiologiche, delle quali, secondo l'opinione dei commissari, occorrerà tener conto nella nuova legislazione.

2.3. Lavori di revisione. Risultati delle consultazioni

2.3.1. Proposte dei periti

Il Servizio federale dell'igiene pubblica istituì nel 1965 un gruppo di periti medici, composto di un determinato numero di medici responsabili, nei loro rispettivi Cantoni, della lotta contro le malattie trasmissibili e, in particolare, di direttori d'istituti universitari d'igiene e di batteriologia, di microbiologia medica e di medicina sociale e preventiva, come anche di medici cantonali dei Cantoni universitari, occupati a tempo pieno. Nel gruppo è stato parimente designato un rappresentante del servizio sanitario dell'esercito.

Le proposte risultanti dai lavori di questo gruppo peritale collimano, pur completandole, con la maggior parte delle conclusioni della Commissione peritale, incaricata di esaminare le cause dell'epidemia di febbre tifoide a Zermatt.

Le raccomandazioni della commissione e del gruppo peritale possono essere compendiate come segue:

- La legge dev'essere esaustiva.
- La legge deve unicamente menzionare i Cantoni, poiché a quest'ultimi appartiene la facoltà di determinare quali siano i compiti da affidare ai Comuni.
- La legge dovrebbe possibilmente contenere soltanto una definizione generale delle malattie trasmissibili, invece di un elenco tassativo; la lista delle malattie che entrano in linea di conto dev'essere invece compilata dal Consiglio federale nelle disposizioni esecutive. Potrebbero, ad esempio, essere previsti cinque diversi gruppi di malattie:
 - a. le malattie internazionali «di quarantena», che devono essere dichiarate nel termine più breve ed individualmente;
 - b. le altre malattie pericolose che vanno dichiarate entro 24 ore, individualmente;
 - c. le malattie dichiarabili settimanalmente e collettivamente;
 - d. le malattie trasmissibili non specificate sotto a, b o c, qualora l'evoluzione si riveli maligna oppure quando viene accertato un determinato numero di casi;
 - e. le malattie veneree.
- La dichiarazione deve non solo essere obbligatoria per i medici praticanti, i medici ufficiali o d'ospedale, ma pure per i direttori dei laboratori d'analisi biologiche (seconda via di dichiarazione), ed estendersi non soltanto ai casi confermati o sospetti, ma parimente ai portatori di germi, apparentemente sani.
- Occorre migliorare il sistema di dichiarazione e d'informazione del Servizio federale dell'igiene pubblica, il quale deve fungere da centrale.

- Dev'essere mantenuto il principio del controllo sanitario al confine, previsto dalla vecchia legge.
- Dev'essere conservata la nozione di «circonstanze straordinarie» (introdotta con la modificazione del 1921 della legge vigente), insorgendo le quali il Consiglio federale è autorizzato a prendere le misure necessarie all'interno del Paese.
- Dev'essere inserito il concetto di «laboratorio riconosciuto». I laboratori privati devono poter essere riconosciuti ufficialmente, mentre quelli ufficiali vanno riconosciuti a priori. Non deve trattarsi di una semplice autorizzazione, bensì d'un riconoscimento accordato dal Servizio federale dell'igiene pubblica. La Confederazione deve assicurarsi periodicamente che il riconoscimento permane giustificato.
- La Confederazione può designare taluni laboratori come centri nazionali incaricati d'analisi speciali.
- Nei Cantoni, la coordinazione delle attività di medico cantonale, di veterinario cantonale e di chimico cantonale deve rivestire un'importanza sostanziale nella lotta contro le malattie trasmissibili.
- È unanime l'opinione secondo cui ogni Cantone dovrebbe potersi valere dei servizi di un medico cantonale che disponga d'una formazione speciale, segnatamente nella lotta contro le malattie trasmissibili; anche diversi Cantoni assieme potrebbero avvalersi in comune della collaborazione di un tale specialista, analogamente a quanto già avviene, ad esempio, per i chimici cantonali. Al medico suddetto dev'essere concessa la possibilità di formarsi e di perfezionarsi e messo a disposizione il personale tecnico necessario (ad es. medici distrettuali o medici addetti alla disinfezione).
- Ai Cantoni spetta parimente di occuparsi:
 - delle indagini epidemiologiche in caso di epidemia,
 - degli impianti adeguati all'isolamento e alle cure,
 - della sorveglianza medica dei soggetti di contatto e dei portatori di germi,
 - delle disinfezioni e delle disinfestazioni,
 - delle azioni di vaccinazione.
- Per quanto concerne le vaccinazioni, ai Cantoni va lasciata piena libertà di decidere circa l'obbligatorietà delle stesse.
- Nella legge, dev'essere prevista la costituzione di riserve di taluni vaccini in caso d'epidemie, che va eseguita indipendentemente dalle mansioni di protezione civile. Poiché i Cantoni non possono prendere tali provvedimenti, la Confederazione deve adottare le misure necessarie.
- I Cantoni devono essere autorizzati ad ordinare la sorveglianza medica e l'isolamento di talune persone come anche la loro ospedalizzazione obbligatoria in determinate circostanze.
- Le persone esplicitanti certe professioni devono poter essere sottoposte ad

un controllo medico periodico e, in determinati casi, al divieto d'esercitare la loro professione, come già è previsto nel nuovo articolo 23 dell'ordinanza sulle derrate alimentari.

- Le persone malate o sospette d'essere colpite da una malattia trasmissibile, quelle che eliminano germi o sono sospette d'eliminarne, devono tollerare i provvedimenti necessari d'ordine medico ordinati allo scopo di accertare o di prevenire il contagio.
- Dev'essere data la possibilità di vietare adunate o manifestazioni e di chiudere le scuole ed altri stabilimenti pubblici o privati.
- Per quanto concerne il divieto d'intercettare le comunicazioni di determinate località, il gruppo peritale non fu di parere unanime. Poiché tale disposizione già era inserita nella legge del 1886, riproduciamo qui di seguito il corrispondente passaggio del messaggio del 1^o giugno 1886: Dichiarando inammissibile l'intercezione delle comunicazioni di date località e contrade tra loro, rinunciamo, tenuto conto dell'evoluzione scientifica e dell'esperienza acquisita, all'osservanza di un vecchio uso istintivo, completamente inutile e che sovente era stato assai molesto. È ora infatti ampiamente noto — e la recente e deplorabile situazione in Italia ed in Spagna lo ha nuovamente dimostrato — che durante tutte le quarantene di terra è praticamente impossibile chiudere effettivamente un confine ed interrompere il movimento delle persone e delle merci; anzi, tali barriere possono essere regolarmente attraversate e le condizioni sanitarie peggiorano in modo così evidente da far sembrare quasi che dette quarantene siano state istituite per proteggere il colera e non il popolo. Anche l'ultima conferenza sanitaria internazionale di Roma ha dichiarato alla quasi unanimità dei voti (20), meno il voto della Turchia, la validità del principio seguente: «Le quarantene di terra ed i cordoni sanitari sono inutili». (Foglio federale 1886, ediz. franc., pag. 536).

Infatti, è attualmente riconosciuto che una delle misure più importanti è la determinazione della fonte di contaminazione e che quest'ultima può benissimo trovarsi fuori della zona d'intercezione delle comunicazioni.

- Il diritto di curare malattie trasmissibili dev'essere conferito solo a medici diplomati, provvisti di un'autorizzazione cantonale d'esercizio, poiché una diagnosi mancata o una cura errata possono cagionare gravi conseguenze per la collettività.
- Il trasporto e l'inumazione dei cadaveri di persone morte in seguito a malattie trasmissibili devono essere disciplinati dal Consiglio federale.
- La fabbricazione e il commercio dei sieri e dei vaccini devono essere sottoposti a un controllo esercitato, come finora, dal Servizio federale dell'igiene pubblica. Invece di sieri e vaccini, sarebbe preferibile utilizzare la locuzione di «prodotti immunobiologici», al fine di tener conto dell'apparizione sul mercato dei gammaglobulini, i quali rappresentano il principio attivo dei sieri.

- I disinfettanti possono essere immessi nel commercio solo con l'autorizzazione del Servizio federale dell'igiene pubblica. Tali prodotti non sono infatti parificati ai medicinali e, conseguentemente, non soggiacciono alla sorveglianza dell'ufficio intercantonale di controllo dei medicinali; essi d'altronde, contrariamente ai prodotti antisettici, non sono applicati direttamente all'uomo.
- Devono essere accordati sussidi federali per le vaccinazioni e le loro eventuali complicazioni.
- Occorre versare indennità a favore dei laboratori d'analisi riconosciuti e dei centri nazionali per l'esecuzione delle dichiarazioni. Devono essere mantenute le sovvenzioni federali per la costruzione e l'arredamento di divisioni ospedaliere o d'ospedali d'urgenza per persone infette sospette o soggetti di contatto.
- Devono essere parimente mantenuti i sussidi federali per la costruzione d'impianti di disinfezione e di disinfestazione; per contro, possono essere soppressi i sussidi concernenti l'acquisto di apparecchi per la disinfezione e le spese della disinfezione stessa.
- Sarebbe pure opportuno sussidiare le indennità per perdita di guadagno o di salario accordate alle persone che devono abbandonare il loro lavoro per ordine dell'autorità.
- Alla Confederazione vanno addossate le spese derivanti dai provvedimenti ordinati dai suoi organi (sorveglianza, isolamento, vaccinazione) nel traffico internazionale.

2.3.2. *Lavori della commissione peritale del Dipartimento dell'interno*

Il 16 febbraio 1966, il Dipartimento dell'interno istituì una commissione peritale, incaricata di elaborare un disegno di revisione.

Nel corso delle due sedute, convocate, l'una il 14 luglio 1966 e l'altra il 30 settembre 1966, la commissione, dopo aver esaminato i documenti sottoposti, decise di affidare lo studio di talune questioni particolari a tre sottocommissioni: trasporto dei cadaveri, redazione, giurisdizione amministrativa e disposizioni penali. Durante la sua ultima seduta, ovvero il 27 giugno 1967, la commissione approvò un disegno di legge corredato d'un rapporto, il quale fu sottoposto per preavviso, secondo il decreto del Consiglio federale del 18 settembre 1967, ai Governi cantonali e alle cerchie interessate. Durante la procedura di consultazione, diverse cerchie (e soprattutto il Cantone di Zurigo) espressero il desiderio che la legislazione federale sulla tubercolosi non doveva rimanere riservata e che, anzi, le disposizioni della legge riveduta sulle epidemie dovevano applicarsi parimente alla tubercolosi, non meritando le pertinenti norme d'essere mantenute come legge speciale (legge federale sulla lotta contro la tubercolosi del 13 giugno 1928 e corrispondenti modificazioni del 23 dicembre 1953 e del 5 ottobre 1967 (CS 4 367; RU 1968 67).

Il Servizio federale dell'igiene pubblica esaminò accuratamente il problema posto, in collaborazione con l'Associazione svizzera per la lotta contro la tubercolosi e la commissione federale della tubercolosi. D'intesa con questi due organi, il Servizio suddetto giunse alla conclusione che il desiderio di abrogare la legislazione sulla tubercolosi non poteva essere soddisfatto totalmente, ma almeno parzialmente e che una tale modificazione appariva necessaria nell'interesse di una soluzione intellegibile.

Infatti, non sarebbe indicato abrogare totalmente la legge federale sulla tubercolosi e i pertinenti decreti d'esecuzione, poiché le disposizioni concernenti l'educazione della popolazione, l'assistenza, la reintegrazione e la concessione di sussidi federali (art. 10, 12 e 14) rispondono ancora presentemente alle condizioni affatto particolari della lotta contro la tubercolosi e sono pertanto indispensabili. Per contro, nulla si oppone all'abrogazione della maggior parte delle prescrizioni di polizia sanitaria, relative alla prevenzione della propagazione della tubercolosi, perché le disposizioni corrispondenti della nuova legge sulle epidemie possono senz'altro essere applicate alla tubercolosi; ovviamente, le norme dell'ordinanza d'esecuzione della nuova legge sulle epidemie dovranno tener conto delle peculiarità della tubercolosi; lo stesso vale per tutte le altre malattie sottoposte alla legge, ad esempio, per le disposizioni concernenti l'obbligo di dichiarare.

Delle altre disposizioni di polizia sanitaria contemplate nella vigente legge sulla tubercolosi saranno unicamente mantenute, dopo l'entrata in vigore della riveduta legge sulle epidemie, gli articoli 6, 7 (protezione specifica dei bambini contro il pericolo di contagio) e 9 (divieto di annunciare, esporre in vendita o vendere rimedi segreti per la cura della tubercolosi). D'altronde, la legge modificata sulla tubercolosi rivestirà, in virtù dell'articolo 37 del disegno di legge allegato, il carattere di una legge di sovvenzione e d'assistenza. La legge sulla tubercolosi, essendo state recentemente rivedute, con la legge federale del 5 ottobre 1967, le sue norme concernenti i sussidi, risulta ad essere adeguata, nel suo insieme, alle condizioni e alle esigenze attuali. Nei commenti relativi all'articolo 37 del disegno di legge (n. 3 qui appresso) illustreremo in modo particolareggiato il motivo per cui talune disposizioni della legge suddetta debbano essere abrogate, mantenute o modificate. Va inoltre aggiunto che sicuramente l'una o l'altra delle disposizioni, le quali presentemente risultano ancora necessarie e vanno pertanto mantenute, potranno pure essere abrogate più tardi, qualora diverranno obsolete con l'ulteriore sviluppo nel campo della lotta contro la tubercolosi.

Il Dipartimento dell'interno trasmise, il 30 dicembre 1968, il disegno di revisione della legge sulla tubercolosi ai Governi cantonali, pregandoli di esprimere il loro parere.

I risultati delle due procedure di consultazione del 18 settembre 1967 e del 30 dicembre 1968 non danno luogo ad alcuna osservazione di principio;

inoltre, poiché le considerazioni più importanti concernono gli articoli particolari del disegno di legge, provvederemo ad esaminarle nella parte speciale qui di seguito.

3. Parte speciale

Osservazioni concernenti le disposizioni particolari del disegno di legge

Il presente disegno di legge esige le seguenti osservazioni:

Titolo

Il titolo è conforme al tenore dell'articolo 69 della Costituzione federale, così come il titolo della legge vigente del 2 luglio 1886 corrispondeva a quello del precedente articolo 69. L'abbreviazione «legge sulle epidemie» è ovviamente una limitazione del titolo completo, ma, essendo norma da lungo tempo usare tali abbreviazioni, essa risulta nondimeno giustificata.

Ingresso

Sull'esempio della legge attualmente in vigore, la citazione dell'articolo 69 della Costituzione federale dev'essere mantenuta all'inizio dell'ingresso, poiché tale articolo conferisce alla Confederazione la competenza generale di prendere le necessarie disposizioni legislative per lottare contro le malattie trasmissibili.

Per assicurare la base legale alle disposizioni penali che figurano negli articoli 35 e 36 del disegno di legge, occorre inoltre menzionare l'articolo 64^{bis} della Costituzione federale.

Articolo 1

I Cantoni, avendo facoltà di ripartire i compiti governativi che loro incombono, sono stati menzionati senza riferimento alcuno ai Comuni o ai distretti, i quali ovviamente sono compresi nel termine di «Cantone».

Il concetto di «lotta» comprende evidentemente non solo la cura della malattia quando essa si è manifestata, ma pure la sua prevenzione, la quale pertanto non dev'essere esplicitamente menzionata.

La collaborazione delle organizzazioni d'utilità pubblica all'applicazione della legge, già contemplata nell'articolo 1 della legge federale per la lotta contro la tubercolosi e nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 dell'ordinanza d'esecuzione del Consiglio federale del 20 giugno 1930 / 11 gennaio 1955 / 20 febbraio 1962 (CS 4 372; RU 1955 35, 1962 138), dev'essere pure inserita nella riveduta legge sulle epidemie, poiché al momento in cui quest'ultima entrerà in vigore, come già osservammo sotto 2.3., la maggior parte delle

disposizioni di polizia sanitaria della legge sulla tubercolosi saranno abrogate. Conseguentemente, i Cantoni e i Comuni non potranno ormai più fondarsi, come finora, sulla legge per la lotta contro la tubercolosi nell'affidare talune misure di polizia sanitaria (ad es. la disinfezione o le indagini sul vicinato) agli enti privati che combattono la tubercolosi o ai dispensari, ma dovranno unicamente agire in applicazione della nuova legge sulle epidemie.

L'ordinamento generale della legge riveduta sulle epidemie, valevole per tutte le malattie trasmissibili, si applica parimente alla tubercolosi dell'uomo in quanto malattia trasmissibile; per contro, le disposizioni specifiche su questa malattia, contemplate nella legge sulla tubercolosi, modificata in virtù dell'articolo 37 della legge sulle epidemie, si applicano solo sussidiariamente.

Articolo 2

Contrariamente alla nuova legge sulle epizoozie del 1° luglio 1966 (RU 1966 1604), la quale menziona i nomi delle malattie sottoposte alla legge, il legislatore ha rinunciato ad un elenco tassativo, sostituendolo con una definizione generale del principio di malattia trasmissibile. È stata utilizzata la locuzione di «agente patogeno» che comprende, tra altro, i funghi, i protozoi e perfino gli esseri pluricellulari come i vermi e gli altri parassiti.

Articolo 3

L'informazione delle autorità, del corpo medico e del pubblico costituisce uno dei compiti più importanti della Confederazione, alla quale devono pervenire tutti i dati essenziali. Va tuttavia osservato che non trattasi di un monopolio del Governo federale. Infatti, le autorità sanitarie cantonali informano, in principio, le autorità, i medici e il pubblico del loro Cantone, anche se l'informazione di tutto il corpo medico nazionale sia eseguita attraverso il bollettino del Servizio federale dell'igiene pubblica, pubblicato ogni settimana. Essendosi rivelato insufficiente il sistema attuale d'informazione, fondato unicamente sulle dichiarazioni obbligatorie fatte dai medici, è stato previsto di completarlo mediante una seconda via di dichiarazione, precedente dai laboratori. Sarà parimente importante diffondere la parte essenziale di quest'ultime informazioni. Fra le direttive tecniche già pubblicate, giusta il terzo capoverso, vanno menzionate: le «direttive del Servizio federale dell'igiene pubblica per la lotta contro le malattie trasmissibili», le «istruzioni per la lotta contro il contagio mediante salmonelle» e quelle sulla «lotta contro la rabbia umana».

Rientra parimente nell'ambito dei compiti affidati al Servizio federale dell'igiene pubblica l'informazione degli organismi internazionali, come l'Organizzazione mondiale della sanità e il Consiglio dell'Europa e, ove occorra, delle amministrazioni sanitarie dei Paesi esteri.

Articolo 4

Le disposizioni dell'articolo 4 disciplinano un compito nuovo solo parzialmente per la Confederazione. Per persone incaricate della lotta contro le malattie trasmissibili, alle quali occorre fornire la possibilità d'una formazione e d'un perfezionamento adeguati, s'intendono il medico cantonale, del quale già abbiamo illustrato il compito importante nell'istruzione, i medici distrettuali, i medici urbani, i disinfettatori ecc. Poiché quasi tutti i Cantoni già dispongono del loro medico cantonale, il compito della Confederazione può consistere nell'organizzazione diretta di corsi o di riunioni o nella concessione del suo aiuto finanziario. Annualmente, un corso per disinfettatori ufficiali è organizzato dal Servizio federale dell'igiene pubblica, il quale fino al 1968 si valeva, a tale riguardo, della collaborazione del Servizio sanitario dell'esercito. Nel 1970 avrà luogo un corso di ripetizione per disinfettatori precedentemente formati. Va inoltre rilevato che un aiuto finanziario è già stato accordato per i corsi di perfezionamento, organizzati a favore dei medici ufficiali dell'Istituto di medicina sociale e preventiva dell'università di Zurigo.

Articolo 5

Per aver diritto ad un sussidio federale, i laboratori d'analisi mediche che svolgono analisi microbiologiche e sierologiche devono essere riconosciuti (art. 32 cpv. 1 lett. a). Il riconoscimento è infatti richiesto al fine di assicurare e di promuovere la qualità dei laboratori; allo stesso è vincolato l'obbligo di dichiarare (art. 27 cpv. 2). Il controllo del riconoscimento deve avvenire periodicamente ed essere eseguito dal Servizio federale dell'igiene pubblica, d'intesa con il Cantone corrispondente; occorrerà pertanto provvedere, inserendo una pertinente disposizione nell'ordinanza d'esecuzione, affinché i laboratori riconosciuti, conformemente a questa norma, corrispondano a quelli autorizzati in virtù dell'ordinanza VII del 29 marzo 1966 sulla assicurazione contro le malattie, concernente l'autorizzazione data ai laboratori di eseguire analisi a carico dell'assicurazione contro le malattie (RU 1966 586). Ad esempio, tenuto conto della diagnosi sierologica della sifilide, la sierologia dev'essere menzionata con la microbiologia nell'articolo 5 del disegno. I laboratori designati come centri nazionali incaricati di compiti particolari devono soddisfare criteri altamente qualificati in un campo ben determinato (ad es. salmonelle) e non devono necessariamente rivestire la caratteristica di laboratori riconosciuti per analisi microbiologiche generali.

Un tale centro nazionale vien ovviamente designato con l'assenso del laboratorio interessato e unicamente dopo aver consultato il Cantone nel quale il laboratorio è ubicato, come anche gli altri laboratori specializzati nella stessa materia. In generale, il Servizio federale dell'igiene pubblica provvederà a concludere una pertinente convenzione ad hoc con il laboratorio definito come centro nazionale e il Cantone dove il laboratorio

è stabilito. L'attività dei centri è precipuamente di natura tecnica e completa quella esplicita dagli altri laboratori.

Articolo 6

La Confederazione può, sia costituire direttamente le necessarie riserve di prodotti immunobiologici più importanti, sia, ad esempio, incaricare contrattualmente dell'approvvigionamento un fabbricante svizzero di tali prodotti. Si è già provveduto in questo modo per il vaccino antivaivolico, di cui una riserva di un milione di dosi dev'essere sempre mantenuta a disposizione del Servizio federale dell'igiene pubblica da parte dell'Istituto sieroterapico e vaccinale svizzero. In virtù di questa prescrizione, le riserve devono essere conservate indipendentemente da quelle dell'esercito ed essere unicamente destinate alla popolazione civile.

Per quanto concerne gli altri prodotti utilizzati nella lotta contro le malattie trasmissibili, ad esempio, i disinfettanti, gli insetticidi, ecc., occorre rilevare che trattasi di prodotti chimici dei quali la fabbricazione e la messa a disposizione, nel nostro Paese, in quantità sufficiente devono essere affidati all'economia privata. La costituzione di riserve di guerra spetta al delegato alla difesa nazionale economica.

Articolo 7

Il Regolamento sanitario internazionale (regolamento n. 2 dell'Organizzazione mondiale della sanità) del 25 maggio 1951, entrato in vigore il 10 ottobre 1952 per il nostro Paese (RU 1952 857), disciplina i provvedimenti che i Paesi partecipi dell'accordo possono prendere per impedire l'introduzione, attraverso il traffico internazionale, delle malattie dette «malattie quarantenarie». Nessun Stato può adottare misure più restrittive di quelle previste nel regolamento, poiché quest'ultimo persegue parimente lo scopo d'impedire l'adozione di provvedimenti non giustificati, i quali potrebbero inutilmente intralciare il traffico internazionale. Per contro, i Paesi partecipi possono sottoporre a provvedimenti sanitari suppletivi talune categorie di persone, ad esempio, gli stagionali. Essi godono parimente della libertà di prevedere misure concernenti altre malattie trasmissibili. Nessun motivo giustifica però la menzione del Regolamento sanitario internazionale nella riveduta legge sulle epidemie. Nel caso in cui, oltre a detto Regolamento, altri accordi internazionali in materia dovessero rivelarsi necessari, l'articolo 7 capoverso 1, che stabilisce i provvedimenti adottabili per prevenire l'introduzione di malattie trasmissibili dall'estero, conferisce al Consiglio federale la competenza per concludere definitivamente gli accordi internazionali che risultassero necessari; secondo le circostanze infatti, i provvedimenti presi in questo settore possono essere efficaci soltanto se sono stati adottati su una base internazionale. Quindi, il diritto conferito al Consiglio federale di emanare prescrizioni comprende parimente la delegazione di competenza corrispondente per concludere gli accordi internazionali.

Poiché le malattie trasmissibili non vengono introdotte in Svizzera solo attraverso «viaggi internazionali» regolari, il testo della legge è stato formulato in modo generale ed ampio: «... per impedire che le malattie trasmissibili siano introdotte dall'estero».

Articolo 8

Il regolamento del 6 ottobre 1891 sul trasporto dei cadaveri (CS 4 416), fondato sull'articolo 7 della legge sulle epidemie, esula, secondo l'opinione attuale, dal campo d'applicazione della legge e dalla sua base costituzionale (art. 69 Cost.), poiché esso disciplina il trasferimento di tutti i cadaveri, senza distinzione, ovvero, ad esempio, dei cadaveri delle persone morte accidentalmente oppure a cagione di una malattia non contagiosa. Le considerazioni che a suo tempo condussero ad un ordinamento di così vasta portata hanno perso ogni valore con il progresso attuale della medicina scientifica; infatti, i cadaveri originariamente non contagiosi non possono, contrariamente alle erronee affermazioni d'allora, provocare epidemie, mediante miasmi prodotti durante la loro decomposizione.

Per contro, non vi è alcun dubbio che il trasporto e l'inumazione di cadaveri di persone, le quali al momento della morte erano affette da una malattia trasmissibile, o meglio «presentavano un pericolo di contagio», debbano essere retti da talune prescrizioni minime ed uniformi, poiché in tali casi la trasmissione d'una malattia contagiosa non può essere esclusa. Un regolamento uniforme s'impone al fine di evitare che insorgano difficoltà giuridiche ed amministrative al momento in cui un cadavere è trasferito da un Cantone all'altro oppure trasportato attraverso un Cantone.

Tuttavia, limitando le norme del disciplinamento federale solo al trasporto di cadaveri presentanti un pericolo di contagio, sorgerà, rispetto all'ordinamento vigente, una lacuna per quanto concerne le disposizioni che regolano il trasporto degli altri cadaveri. Tale lacuna dovrà essere colmata dai Cantoni, poiché alla Confederazione manca, a tale riguardo, il fondamento costituzionale. Le prescrizioni emanate dai Cantoni dovrebbero essere possibilmente coordinate e, ove occorra, determinate mediante un concordato intercantonale ad hoc, essendo anche in questo campo auspicabile un ordinamento uniforme.

La situazione si presenta diversamente per quanto concerne il trasporto internazionale dei cadaveri. Poiché la causa di decesso d'ogni cadavere introdotto dall'estero in Svizzera non può essere conosciuta con la stessa certezza delle cause di morte delle persone decedute entro i confini, è senza altro giustificato, proprio in questo campo, di assicurarsi, in ogni caso particolare, se la morte è dovuta o no a malattia trasmissibile, onde si possano prendere tempestivamente i necessari provvedimenti preventivi. Occorre quindi un ordinamento federale al fine di poter creare una giurisdizione uniforme e particolarmente confacente al traffico internazionale. Orbene,

l'articolo 69 della Costituzione federale offre alla Confederazione il fondamento giuridico sufficiente, per approntare un disciplinamento adeguato in materia. Il controllo della contagiosità dei cadaveri provenienti dall'estero e segnatamente da regioni infette, per agevolare il quale occorre menzionare le necessarie indicazioni nelle apposite carte di passo, costituisce infatti un sicuro ed adeguato provvedimento di lotta (prevenzione) contro le malattie trasmissibili.

Poiché il pericolo varia secondo le condizioni epidemiologiche del Paese di provenienza dei cadaveri e il modo di trasportarli, con determinati Stati potranno essere conclusi degli accordi corrispondenti alla loro situazione particolare. Unitamente ad undici altri Stati, la Svizzera ha aderito alla convenzione internazionale concernente il trasporto dei cadaveri del 10 febbraio 1937 (CS 12 435), le cui prescrizioni sul trasporto dei cadaveri a destinazione di detti paesi o provenienti dagli stessi permangono in vigore e sono vincolanti per il nostro. Lo stesso vale per gli accordi internazionali bilaterali conclusi con la Germania (CS 12 442), l'Italia (RU 1951 663, 1952 12 e 304) e l'Austria (RU 1952 533).

Per contro, abrogando la vigente ordinanza sul trasporto dei cadaveri, non saremmo più in grado d'invocare un ordinamento uniforme rispetto agli altri Stati; sarebbe infatti solo determinante il disciplinamento di ciascun Cantone, per cui potrebbero insorgere serie difficoltà nel caso di transito attraverso i differenti Cantoni. Viste le considerazioni esposte, risulta pertanto necessario di adottare prescrizioni federali uniformi, al fine di poter disciplinare convenientemente il trasporto internazionale dei cadaveri nell'ordinanza d'esecuzione della legge federale sulle epidemie.

Poiché l'ordinamento internazionale in questo campo è segnatamente limitato alle questioni tecniche, occorrerebbe autorizzare il Consiglio federale a concludere definitivamente tali accordi internazionali, ovvero senza doverli precedentemente sottoporre all'Assemblea federale per approvazione, con il risultato di accelerarne la messa in vigore.

Articolo 9

Nella legge occorre menzionare esplicitamente che la Confederazione esercita l'alta vigilanza, poiché importa considerevolmente, all'insorgere di avvenimenti eccezionali (ad es. nel caso di un'epidemia di grande ampiezza) che sia assicurata la coordinazione dei provvedimenti ordinati dai Cantoni. La locuzione «se è necessario» è stata aggiunta, onde i Cantoni non abbiano a ritenere che la Confederazione li sorveglia e li controlla permanentemente, in quanto organo coordinatore. Nell'ordinanza d'esecuzione verranno disciplinate le modalità esecutive di questa disposizione (organi, procedura).

Articolo 10

Questa disposizione, recepita dall'articolo 7 capoverso 3 della legge vigente, stabilisce che il Consiglio federale può, ove circostanze straordinarie lo esigano, prendere i provvedimenti necessari per prevenire la propagazione di malattie epidemiche all'interno del Paese. Le disposizioni cantonali dovrebbero per contro limitarsi allo svolgimento di compiti di prevenzione in circostanze normali e qualora il numero delle persone malate sia esiguo.

Articolo 11

Nella lotta contro le malattie trasmissibili, i Cantoni sono considerati gli organi d'esecuzione più importanti. Ad essi infatti e ai laboratori regionali è addossato l'onere principale delle incombenze anche in caso di epidemia. I Cantoni possono valersi della collaborazione d'organizzazioni private, come ad es. le associazioni di lotta contro la tubercolosi, alle quali chiedono pertanto assistenza ed affidano taluni compiti e competenze (art. 1). Per poter tener conto delle circostanze proprie ai casi particolari, le disposizioni federali d'esecuzione della legge non saranno esaustive, bensì rinvieranno frequentemente alle direttive del Servizio federale dell'igiene pubblica (art. 3 cpv. 3). Il conferimento dell'autorizzazione ai Cantoni, previsto nel disegno di legge, d'ordinare provvedimenti, è volto a fornire agli organi esecutivi cantonali il necessario fondamento legale per adottare le misure che s'impongono durante l'applicazione della legge, nei casi particolari o in generale, qualora il pericolo aumenti. Questa disposizione riproduce il senso del principio stabilito nell'articolo 11. Per contro, essa non deve servire di fondamento legale per i Cantoni allo scopo di emanare disposizioni esecutive generali e di durata illimitata. Quest'ultime devono piuttosto figurare, sempreché si rivelino necessarie, nell'ordinanza d'esecuzione del Consiglio federale e nelle direttive del Servizio federale dell'igiene pubblica. In ogni modo, i Cantoni non possono emanare prescrizioni esulanti dalla legge, poiché l'ordinamento contemplato nella legge federale riveste la caratteristica d'un disciplinamento esaustivo.

La riserva espressa in favore dell'articolo 10 significa che il Consiglio federale può, insorgendo circostanze straordinarie, ordinare coattivamente le misure necessarie, mentre che ai Cantoni è data solo facoltà di ordinare siffatte misure in circostanze normali e purché siano autorizzati dalla legge.

Articolo 12

La lotta contro le malattie trasmissibili, che consiste segnatamente nella sorveglianza continua della situazione epidemiologica e nell'adozione di eventuali provvedimenti, costituisce un compito prettamente medico. Per assicurarne la direzione occorre pertanto designare come responsabile uno specialista formato nel ramo, il quale sia in grado di mantenersi costantemente all'altezza del compito affidatogli. In pochi Cantoni manca ancora

il medico cantonale, mentre tutti i Cantoni, in virtù della legge federale sulle epizoozie, devono disporre d'un veterinario cantonale e, conformemente alla legge sulle derrate alimentari, d'un chimico cantonale. Nel capitolo introduttivo abbiamo illustrato la necessità d'un medico cantonale per ogni Cantone, ancorché non sia necessario che egli debba essere occupato in funzione principale. Attualmente, la funzione di diversi medici cantonali è esercitata da medici praticanti che esplicano la loro attività di medico cantonale a titolo accessorio, cosicché è lecito ritenere che diversi Cantoni assieme potrebbero affidare tale compito allo stesso medico.

La tesi secondo cui alla Confederazione non spetta la competenza di prescrivere ai Cantoni la designazione d'un medico cantonale, avendo questi ultimi la facoltà di decidere le questioni sanitarie, non è sostenibile. Infatti, in virtù dell'articolo 69 della Costituzione federale, la Confederazione ha il diritto di emanare disposizioni di legge per combattere le malattie trasmissibili e può conseguentemente obbligare i Cantoni anche a designare un medico cantonale, incaricato della lotta contro tali malattie. D'altra parte, anche l'articolo 3 della nuova legge federale sulle epizoozie del 1° luglio 1966 impone ai Cantoni l'obbligo di nominare un veterinario cantonale. Tenuto conto del compito complesso e impegnativo, la formazione e il perfezionamento del medico cantonale sono assai importanti, per cui è necessario che il Cantone gli offra la possibilità di migliorare le sue conoscenze. Considerata la situazione attuale, non si può ragionevolmente esigere dai medici che essi già dispongano della necessaria formazione particolare prima di assumere detto compito, cosicché la legge non contempla nessuna disposizione speciale sui requisiti della formazione anteriore all'impiego.

Per quanto concerne il personale delle altre categorie, il disegno omette di disciplinare se esso debba essere subordinato oppure attribuito al medico cantonale, indicando unicamente che dev'essere disponibile; spetta quindi ad ogni singolo Cantone di risolvere detta questione particolare.

Articolo 13

Non tutti i Cantoni, e ne siamo ben lungi, dispongono del loro proprio laboratorio d'analisi microbiologiche; anzi, in taluni di essi non esiste nemmeno un analogo laboratorio privato. Finora, quindi, tali Cantoni erano costretti a concludere accordi con istituti situati fuori dei loro confini, al fine di consentire ai loro medici e ai loro ospedali di ottenere rapidamente, con sicurezza e a condizioni finanziarie sopportabili, le analisi di materiali, come sangue, espettorazioni, feci, ecc. Secondo il disegno di legge, tale compito diventa un obbligo, ancorché i Cantoni non siano tenuti a provvedere all'impianto di un laboratorio sul proprio territorio.

Poiché le condizioni variano considerevolmente da Cantone a Cantone, il modo d'assunzione delle spese d'analisi è lungi dall'essere uniforme.

Ad esempio, un Cantone assume interamente le spese suddette nell'intento di ottenere che le analisi siano ordinate ed eseguite senza indugio, ovunque esse siano necessarie, mentre un altro Cantone non partecipa affatto alle spese, qualora un istituto assicuratore possa essere tenuto a versare prestazioni dal momento che il materiale destinato ad essere analizzato proviene da un malato. L'assicurazione contro le malattie non è però tenuta a pagare prestazioni qualora trattisi di materiale da analizzare proveniente, ad esempio, da un soggetto di contatto sano. Considerate queste discrepanze, si è rinunciato a prescrivere coattivamente ai Cantoni, nell'articolo 13 capoverso 2, a quale ente debbano essere addebitate le spese d'analisi. I Cantoni devono anche poter stabilire la gratuità delle analisi; ai Governi cantonali non dev'essere neppure negato il diritto di esigere un'indennità o di decidere della gratuità soltanto per determinate analisi. I Cantoni possono così stabilire le singole aliquote delle spese d'analisi che devono essere addossate al paziente, alla sua assicurazione malattia o allo Stato. Questo modo di procedere non infirma il principio del diritto al sussidio, stabilito nell'articolo 32 capoverso 1 lettera a, nella misura in cui le analisi vengano eseguite in un laboratorio riconosciuto, obbligato a dichiararne i risultati, conformemente all'articolo 27 capoverso 2. Quindi, prescindendo dal fatto che il Cantone assuma la totalità delle spese o solo una parte di esse, la Confederazione garantisce, nei due casi, un sussidio, a condizione però che i costi siano effettivamente sopportati dal Cantone. Può infatti darsi il caso che un importante nuovo metodo d'analisi si riveli talmente oneroso da obbligare il Cantone a chiedere una partecipazione del paziente alle spese. Non sarebbe pertanto equo che la Confederazione invochi tale motivo per ricusare qualsiasi contribuzione alle spese sopportate dal Cantone.

Articolo 14

L'articolo non parla espressamente di ospedali, né di divisioni ospedaliere potendo trattarsi parimente d'ospedali d'urgenza. Per «adeguato» s'intende qualsiasi alloggio rispondente alle condizioni poste. Possono essere designati, secondo tale concetto, non soltanto gli stabilimenti ospedalieri propriamente detti, ma pure, ad esempio, le scuole o gli alberghi destinati all'isolamento dei soggetti di contatto sani.

Ovviamente i Cantoni sono liberi di prevedere nella loro legislazione il trasferimento totale o parziale di detto obbligo ai Comuni (ad es. Comuni urbani).

Articolo 15

La sorveglianza medica delle persone menzionate nel capoverso 2 non dev'essere ordinata in tutti i casi, ma soltanto qualora occorra prevenire la propagazione di una malattia trasmissibile. Possono infatti avverarsi delle circostanze in cui essa non si rivela necessaria, ad esempio qualora, in caso

di vaiolo, un soggetto di contatto sospetto sia stato vaccinato con successo immediatamente prima dell'insorgere dell'evento. La sorveglianza medica deve nondimeno essere esercitata in funzione di ogni caso particolare e secondo le circostanze: la persona considerata può essere tenuta a sottoporsi ad un esame medico durante un periodo determinato, ad intervalli regolari o soltanto qualora si manifestino i sintomi della malattia. La sorveglianza medica concerne avantutto gli escretori, gli escretori sospetti, come anche i soggetti di contatto e i soggetti di contatto sospetti. Infine, secondo le circostanze, i malati, ad esempio i lebbrosi, la cui malattia evolve assai cronicamente, o i malati sospetti devono essere sottoposti ad una sorveglianza medica particolare.

Articolo 16

Il termine di «quarantena» è stato sostituito con le nozioni più moderne di «isolamento» e, all'articolo 15, di «sorveglianza medica», le quali indicano chiaramente ciò che effettivamente significano.

Le persone di cui all'articolo 15 capoverso 2 possono essere isolate qualora la sorveglianza medica non sia più sufficiente per prevenire la propagazione della malattia. Spetta al medico curante oppure, ove occorra, al medico cantonale di decidere, in ogni singolo caso, circa l'opportunità di isolare la persona di cui si tratta. Il legislatore ha dovuto infatti rinunciare ad inserire nella legge una disposizione generale determinante i casi d'isolamento obbligatorio. Nel testo riveduto non è stata neppure introdotta alcuna disposizione che prevede l'ospedalizzazione obbligatoria nel caso di talune malattie trasmissibili, potendo insorgere circostanze nelle quali, tenuto conto del pericolo d'epidemie negli ospedali, l'ospedalizzazione può essere più nociva che utile per la collettività. Invece che nell'ordinanza d'esecuzione, l'elenco delle malattie per le quali è raccomandata l'ospedalizzazione dovrebbe pertanto essere inserito nelle direttive o nelle osservazioni informative (art. 3 cpv. 3) del Servizio federale dell'igiene pubblica; in questo modo, può essere agevolato il regolare aggiornamento dell'elenco all'evoluzione costante delle nozioni scientifiche più recenti.

Nell'articolo suddetto è prevista l'ospedalizzazione in uno «stabilimento adeguato». Giusta questa disposizione, il termine di «stabilimento adeguato» non significa unicamente un ospedale ordinario, bensì un ospedale d'urgenza, un edificio scolastico, un albergo, una baracca, ecc. Nel caso d'epidemia importante di vaiolo, ad esempio, sarebbe praticamente impossibile ricoverare negli ospedali, oltre ai malati, tutti i soggetti di contatto, i malati sospetti e i soggetti di contatto sospetti.

Articolo 17

Questa disposizione non si riferisce all'esame sistematico di taluni gruppi della popolazione, bensì all'esame delle persone appartenenti alle categorie

menzionate all'articolo 15 capoverso 2, nella misura in cui tali esami si rivelino necessari per impedire la propagazione d'una malattia trasmissibile. Nell'ordinanza d'esecuzione dovranno essere recepite le disposizioni idonee ad assicurare un'adeguata applicazione delle corrispondenti disposizioni della legge.

Articolo 18

Per quanto concerne i costi derivanti dai provvedimenti ordinati dai Cantoni, conformemente agli articoli 15, 16 e 17, non occorre procedere alla distinzione dei malati, dei malati sospetti e degli escretori, poiché le spese sono assunte, in principio, dal paziente, dalla sua assicurazione malattie oppure, ove occorra, dall'assistenza pubblica, sempreché i Cantoni non decidano altrimenti. Questa situazione giuridica è espressamente definita all'articolo 18 capoverso 2. Troppo rigoroso, per contro, potrebbe rivelarsi il fatto di addossare ai soggetti di contatto o ai soggetti di contatto sospetti le spese cagionate dalle misure di sorveglianza medica, d'isolamento o d'analisi, ordinate nell'interesse della collettività, qualora dovesse avverarsi che dette persone non sono infette (nel caso affermativo, tali persone vanno sottoposte alle disposizioni del cpv. 2). Lo stesso vale per gli escretori sospetti qualora il dubbio non trovi conferma (ove il sospetto dovesse confermarsi, risulta applicabile il cpv. 2). Conseguentemente, i Cantoni devono, in virtù dell'articolo 18 capoverso 1, essere in grado di addossarsi le spese in tutti questi casi, qualora lo giudichino opportuno. I Cantoni, assumendo le spese conformemente ai capoversi 1 e 2, potranno beneficiare d'un sussidio federale per i costi sopportati in virtù dell'articolo 32 capoverso 2 lettera c.

Ancorché diverse cerchie abbiano chiesto l'introduzione nella legge dell'assunzione obbligatoria delle spese da parte dei Cantoni, nel disegno abbiamo optato per l'assunzione facoltativa dei costi. Non sarebbe infatti giustificato che i Comuni siano tenuti ad assumere, in tutti i casi, le spese derivanti dai provvedimenti di sorveglianza medica, d'isolamento e d'analisi, qualora trattisi di persone in condizioni agiate o magari molto agiate, le quali, ad esempio, si sono esposte al pericolo d'infezione, effettuando un viaggio nelle zone tropicali, nelle zone d'oltremare, oppure durante vacanze o nel corso di un safari.

Articolo 19

Il primo capoverso di questo articolo corrisponde al nuovo capoverso 2 dell'articolo 23 dell'ordinanza del 26 maggio 1936/30 aprile 1965 (CS 4 473; RU 1965 417) disciplinante il commercio delle derrate alimentari e degli oggetti d'uso e consumo, dal quale si scosta tuttavia nel senso che l'espressione «determinate attività o professioni» non si estende unicamente ad una attività in rapporto con le derrate alimentari (commercio delle derrate alimentari e economie domestiche collettive). L'ordinamento dell'articolo 19

capoverso 1 ha quindi una portata sensibilmente più vasta di quella dell'articolo 23 dell'ordinanza sulle derrate alimentari.

Anche in questo caso, i Cantoni sono semplicemente tenuti ad autorizzare l'adozione dei provvedimenti previsti, senza tuttavia esservi obbligati, poiché l'ampiezza di queste misure è totalmente subordinata alle possibilità materiali dei laboratori disponibili. I laboratori esistenti non sarebbero affatto sufficienti, ad esempio, ad assicurare un controllo regolare di tutti gli agricoltori e dei loro impiegati occupati nella produzione e nella fornitura del latte, come anche nella preparazione e nello smercio dei latticini, del personale caseario e degli impiegati di commercio nel settore delle derrate alimentari e nell'industria alberghiera.

Il capoverso 2 concerne tutte le persone designate nell'articolo 15 capoverso 2, cui i Cantoni possono vietare l'esercizio di talune attività o professioni. Come malati, rispetto ai quali detti provvedimenti possono risultare necessari, entrano in considerazione le persone affette da una malattia trasmissibile caratterizzata da un'evoluzione cronica, ad esempio, una persona colpita da tubercolosi cronica aperta o un lebbroso di ritorno nel Paese. Anche in questa circostanza, l'ordinamento non prevede alcun obbligo per i Cantoni. Quest'ultimi, ovvero il loro medico cantonale, devono infatti poter decidere liberamente in ogni caso, tenendo conto delle circostanze particolari, circa l'opportunità di valersi della possibilità di divieto offerta dalla legge. Per questa decisione, il criterio determinante dev'essere, in ogni caso, la prevenzione della propagazione della malattia. La persona, che costituisce l'oggetto d'un tale divieto e muta domicilio, dev'essere dichiarata al Servizio federale dell'igiene pubblica soltanto nel momento in cui lascia il territorio cantonale, affinché tale servizio possa invitare il Cantone del nuovo domicilio ad occuparsi del caso ed a pronunciare, a sua volta, un eventuale divieto analogo.

La designazione nella legge o nell'ordinanza d'esecuzione delle attività o delle professioni sottoposte a questo articolo è superflua, poiché essa costituirebbe soltanto una limitazione dei Cantoni nella loro libertà di decisione, che, nei singoli casi, si avvera necessaria.

Articolo 20

I Cantoni sono autorizzati, ma non obbligati, ad accordare una indennità per perdita di guadagno; essi possono così decidere, di volta in volta, in funzione delle circostanze particolari, come già osservammo nelle considerazioni concernenti l'articolo 18. Per stabilire se un'indennità per perdita di guadagno sia adeguata ed equa, è determinante, nel singolo caso, la situazione patrimoniale e salariale della persona di cui si tratta. Il Cantone che accorda un'indennità per perdita di guadagno, ha diritto, in virtù dell'articolo 32 capoverso 1 lettera *d*, ad un sussidio federale per le spese corrispondenti.

Articolo 21

Il divieto d'intercettare le comunicazioni di date località e contrade tra loro è stato ripreso dalla vigente legge sulle epidemie del 1886, il cui corrispondente messaggio dell'Esecutivo qualificava tale intercezione nei termini, ancora attuali, di «vecchio uso istintivo, completamente inutile e sovente assai nocivo».

Orbene, prevedendo il disegno di legge che i provvedimenti necessari per la lotta contro le malattie trasmissibili siano adottati dai Cantoni, in generale (art. 11), oppure dal Consiglio federale, in circostanze straordinarie (art. 10), l'intercezione delle comunicazioni d'una località o d'una regione potrebbe eventualmente essere stabilita in virtù delle stesse disposizioni, sempreché esse non la vietino espressamente; il divieto deve quindi figurare nel disegno, per evitare effettivamente che detto provvedimento sia preso, anche quando l'opinione pubblica esercita una forte pressione. Evidentemente, taluni potrebbero far valere che questa grave misura è comunque illecita, non essendo espressamente contemplata in una legge che si vanta d'essere esaustiva. Altri invece, dal momento che il divieto contenuto nella legge vigente non è stato recepito nel nuovo testo riveduto, potrebbero dedurne che il legislatore l'ha soppresso scientemente. Per istituire una chiara situazione giuridica, è pertanto indispensabile che la norma concernente il divieto d'intercezione delle comunicazioni sia ripreso nella nuova legge.

Anche dal profilo puramente tecnico, l'intercezione delle comunicazioni di località o di regioni non si giustifica in realtà, poiché le misure di sorveglianza e d'isolamento (art. 15 e 16) sono di per sé sufficienti. Inoltre, qualora si manifestino malattie infettive gravi, con l'intercezione delle comunicazioni non si potrebbe evitare che persone infette lascino la zona prima che il provvedimento sia stato preso. Nel caso di vaiolo, ad esempio, l'unico provvedimento efficace è costituito dalla vaccinazione delle persone della zona minacciata, al fine di creare un «cordone protettivo». L'intercezione suddetta dev'essere però vietata; non perché la salute dell'uomo, comparata con gli interessi della fluidità del traffico e del commercio, sia un bene d'insufficiente valore per giustificare un provvedimento così radicale, ma perché secondo l'attuale situazione delle nozioni scientifiche, tale misura dev'essere considerata inutile come metodo di prevenzione. Anche la legge sulle epizoozie non contiene alcuna disposizione, per quanto concerne il traffico delle persone, sull'intercezione delle comunicazioni tra località intere; essa disciplina infatti solo le comunicazioni tra fattorie, o al massimo tra gruppi di fattorie o parti di villaggi.

Articolo 22

L'esecuzione tecnicamente corretta delle indagini presuppone la presenza nel Cantone di un medico cantonale. Nell'ordinanza d'esecuzione ver-

ranno elencate le malattie che devono costituire l'oggetto d'una indagine epidemiologica; quest'ultima va svolta tempestivamente e non allorquando l'epidemia si è già manifestata, poiché a quel momento è sovente già troppo tardi.

Articolo 23

Il primo capoverso di detto articolo prescrive che i Cantoni devono offrire ai loro abitanti la possibilità di farsi vaccinare gratuitamente contro le malattie trasmissibili pericolose. La gratuità delle vaccinazioni assume un'importanza precipua; in taluni Cantoni infatti, si è riscontrato che l'obbligo di vaccinazione poteva essere ampiamente compensato con la gratuità delle vaccinazioni eseguite da un medico privato. Per questo motivo, l'ordinamento previsto è preferibile alla soluzione proposta da certi Cantoni, la quale addossava alle persone sottoposte a vaccinazione una piccola parte delle spese. In ambedue i casi è però accordato un sussidio federale alle spese cantonali, in virtù dell'articolo 32 capoverso 1 lettera e. Originariamente, la gratuità delle vaccinazioni costituiva un presupposto all'accordo del sussidio federale. Questo principio è stato nondimeno abbandonato più tardi, e precisamente durante la vaccinazione contro la poliomielite mediante il vaccino di Salk, inizialmente assai costoso.

La vaccinazione dev'essere gratuita solamente qualora sia eseguita per prevenire malattie trasmissibili pericolose; determinante per la valutazione del pericolo è l'importanza della malattia per la collettività. Una banale epidemia influenzale può infatti essere pericolosa per le persone anziane o per quelle in salute precaria, ancorché non vi sia pericolo per l'insieme della popolazione. La febbre gialla presenta sicuramente un grave pericolo per la persona che viaggia in Africa, ma non è pericolosa per la popolazione svizzera. Conseguentemente, l'influenza e la febbre gialla non sono annoverate nelle malattie trasmissibili pericolose, giusta l'articolo 23 capoverso 1. Spetterà pertanto al Consiglio federale di compilare, nell'ordinanza d'esecuzione, l'elenco delle malattie «pericolose», conformemente alla legge.

Il secondo capoverso prevede di conferire ai Cantoni, e non alla Confederazione, la facoltà di decidere se le vaccinazioni devono essere rese obbligatorie oppure rimanere facoltative. Tale soluzione, senz'altro migliore dell'introduzione d'una disposizione generale nella legge federale, si fonda sul fatto che le vaccinazioni obbligatorie, ancorché siano presentemente svolte in un certo numero di Cantoni, non sono state introdotte dalla maggior parte di essi. Attualmente, la vaccinazione obbligatoria è svolta soltanto nei Cantoni di Friburgo, Ticino, Vaud e Ginevra (vaccinazione contro il vaiolo e la difterite), Soletta, Vallese (contro il vaiolo) e Neuchâtel (contro la difterite). Spetta ai Cantoni di decidere circa la forma (legge, ordinanza d'esecuzione) con la quale essi s'avvaranno dell'autorizzazione federale.

In virtù del terzo capoverso, i Cantoni devono, di massima, risarcire le lesioni vaccinali (postvaccinali), nella misura in cui il rischio non è altrimenti coperto, ad esempio, da un'assicurazione contro le malattie. L'obbligo di risarcire il danno sussiste tanto per le vaccinazioni obbligatorie, quanto per quelle facoltative, purché esse siano state raccomandate dalle autorità. Diversi Cantoni hanno chiesto che l'obbligo cantonale di risarcire le lesioni vaccinali venga limitato alle vaccinazioni obbligatorie. Sarebbe però sconsigliabile, da un lato, raccomandare alla popolazione le vaccinazioni e, dall'altro, opporsi al risarcimento del danno, nel caso in cui insorga una lesione postvaccinale. Per contro, l'obbligo d'accordare un indennizzo cessa totalmente o parzialmente, qualora la persona vaccinata abbia provocato od aumentato il danno mediante una colpa grave. A tale riguardo, va però osservato che la reazione normale d'una vaccinazione non deve ovviamente essere considerata una lesione postvaccinale. L'obbligo d'accordare il risarcimento del danno non comprende unicamente un equo compenso, bensì anche la copertura totale del danno provocato, ovvero di tutte le conseguenze nocive che stanno in adeguato rapporto con la vaccinazione o che la persona vaccinata può provare d'aver subito.

Conformemente all'articolo 32 capoverso 1 lettera e, è accordato un sussidio federale per tutte le spese che i Cantoni devono sopportare con l'applicazione dell'articolo 23.

Articolo 24

La catena di trasmissione della malattia infettiva può essere interrotta con la disinfezione. I microorganismi possono trasmettersi direttamente da persona a persona, oppure indirettamente, mediante vettori intermedi, come pulci, pidocchi o zecche, o anche topi; la loro distruzione è definita disinfezione, la quale può dunque prevedere l'eliminazione di determinate categorie d'insetti.

In questo campo, ai Cantoni è data completa libertà d'organizzarsi. In generale, sono stati istituiti degli organi d'esecuzione a livello comunale (disinfettatori comunali, polizia sanitaria municipale, ecc.).

Articolo 25

Le disposizioni di questo articolo riguardano le tre funzioni cardinali nella lotta contro una serie di malattie trasmissibili, ovvero quella del medico cantonale, del veterinario cantonale e del chimico cantonale.

Articolo 26

Il rapporto dei Cantoni, parimente previsto in altre leggi, ad esempio nella legge sulle derrate alimentari e in quella sugli stupefacenti, assume considerevole importanza per l'esercizio dell'alta vigilanza della Confedera-

zione (art. 9), l'esecuzione della legge a lunga scadenza e la coordinazione dei provvedimenti cantonali, all'insorgere delle epidemie.

Articolo 27

Nell'articolo 27 sono indicate le diverse possibilità d'avviamento della dichiarazione, ancorché non sia fatto cenno alle questioni di dettaglio sull'organizzazione interna dei Cantoni: i medici o gli ospedali inviano le loro dichiarazioni alle autorità cantonali, le quali le trasmettono al Servizio federale dell'igiene pubblica; i laboratori, per contro, inviano le loro dichiarazioni al Cantone e, simultaneamente, al Servizio federale dell'igiene pubblica. Spetta al Consiglio federale di stabilire, in particolare nelle disposizioni esecutive, per quali malattie trasmissibili i medici e gli ospedali dovranno unicamente dichiarare il caso di malattia oppure, oltre a quest'ultimo, i casi sospetti o gli escretori. L'Esecutivo determinerà parimente quali siano i risultati d'analisi che devono essere dichiarati dai laboratori al Servizio cantonale competente e al Servizio federale dell'igiene pubblica. Anche i risultati negativi possono assumere, in talune circostanze, una considerevole importanza dal profilo epidemiologico. Come finora, i laboratori dovranno ovviamente trasmettere il loro rapporto d'analisi avantutto al medico praticante o all'ospedale che ha inviato il materiale di analisi.

Con il termine d'«ospedale», indicato nel sottotitolo IV, non si intendono unicamente gli stabilimenti per malati nel senso limitato della locuzione, ma parimente gli ospedali ausiliari o d'urgenza e tutti gli altri stabilimenti analoghi. Rispetto all'ordinamento vigente, rimane immutato, di principio, l'obbligo di dichiarare dei medici. Nuovo è soltanto l'obbligo di dichiarare imposto ai laboratori (cpv. 2). Questa nuova possibilità di dichiarazione alleggerisce il compito del medico, semplificandosi per quest'ultimo l'elenco delle malattie dichiarabili.

Contro l'obbligo di dichiarare imposto ai laboratori, sono state sollevate obiezioni, nelle quali si rilevava il pericolo di violazione del segreto professionale medico. L'estensione dell'obbligo di dichiarare ai laboratori riconosciuti in virtù dell'articolo 5 capoverso 1 del disegno è stato previsto al fine di evitare il ripetersi d'avvenimenti analoghi a quelli prodottisi durante l'epidemia di febbre tifoide a Zermatt, il cui significato e la cui ampiezza, mancando le dichiarazioni dei medici, sono rimasti ignorati per un periodo assai lungo. L'obbligo ampliato di dichiarare, previsto nell'articolo 27 capoverso 2, costituisce quindi una delle più importanti disposizioni della nuova legge. Per quanto concerne la conservazione del segreto professionale medico, occorre rinviare all'articolo 321 numero 3 del Codice penale svizzero, conformemente al quale rimangono riservate le disposizioni della legislazione federale e cantonale sull'obbligo di dare informazione ad un'autorità. Le dichiarazioni dei laboratori sono trasmesse a medici, ovvero al medico cantonale e ai medici competenti del Servizio federale della

igiene pubblica, per cui si conferma nuovamente la considerevole importanza in ogni Cantone di disporre di un medico cantonale. Nella lotta contro la tubercolosi, oltre ai medici e ai funzionari, la ricezione e la trasmissione delle dichiarazioni è curata ancora da altre persone, ovvero dalle assistenti sociali degli organismi di lotta contro la tubercolosi, il cui obbligo di mantenere il segreto emana dagli articoli 320 e 321 del Codice penale svizzero; esse soggiacciono pertanto alle corrispondenti disposizioni penali. Per questo motivo l'articolo 27 capoverso 3 del disegno di legge comprende una disposizione generale sull'obbligo di mantenere il segreto, analoga a quella dell'articolo 2 capoverso 2 della legge federale sulla tubercolosi.

Articolo 28

Per «medici diplomati», giusta il primo capoverso di detto articolo, s'intendono i medici titolari d'un diploma federale o estero. L'elemento determinante consiste nel fatto che il medico diplomato deve possedere l'autorizzazione di praticare, rilasciata dal Cantone di cui si tratta. Anche i suoi collaboratori (assistenti) o sostituti, sono autorizzati a curare le malattie trasmissibili. Il medico diplomato autorizzato ad esercitare la sua professione in modo indipendente può delegare talune attività ai suoi assistenti, ausiliari di medicina e infermiere, ancorché debba sempre assumere la responsabilità definitiva della cura dei malati.

Il capoverso 2 evidenzia in modo particolare la responsabilità personale del medico praticante, essendo quest'ultimo particolarmente in grado di prendere i primi provvedimenti senza coercizione (dichiarazione dei casi, ricerca dei soggetti di contatto, isolamento, ecc.). Il medico ufficiale (medico cantonale, urbano o distrettuale) deve intervenire qualora il medico praticante lo reputi necessario, ad esempio quando egli si urta ad una certa resistenza. I soggetti di contatto non devono essere dichiarati, in virtù dell'ordinamento esaustivo contenuto nell'articolo 27 capoverso 1, ancorché il medico che li accerta debba prendere direttamente le misure che si rendono necessarie.

Articolo 29

Abbiamo previsto, invece di subordinare ad autorizzazione la detenzione o l'impiego di agenti patogeni microbici o di loro prodotti del metabolismo, d'adeguare questa disposizione a quella analoga della nuova legge sulle epizoozie del 1° luglio 1966, la quale prescrive che devono essere prese tutte le misure atte ad impedire l'insorgere di danni agli uomini e agli animali. Per contro, la responsabilità causale prevista all'articolo 27 capoverso 4 della legge sulle epizoozie non è stata recepita nel testo del disegno. La commissione peritale infatti è stata del parere che nulla poteva giustificare l'inserimento di detta disposizione e che era pertanto suffi-

ciente tener conto della responsabilità ordinaria secondo l'articolo 41 e seguenti del Codice federale delle obbligazioni.

Articolo 30

In virtù del capoverso 1 di questo articolo, il commercio dei prodotti immunobiologici è sottoposto ad autorizzazione. La commissione peritale ha giudicato opportuno di prevedere che l'autorizzazione sia rilasciata dal Servizio federale dell'igiene pubblica, che però provvederà a consultare i Cantoni, i quali dispongono di più ampie conoscenze delle condizioni locali. Le farmacie pubbliche e d'ospedale non abbisognano dell'autorizzazione per dispensare i prodotti menzionati (cpv. 2).

Conformemente al vigente decreto del Consiglio federale del 17 dicembre 1931 concernente il controllo dei sieri e dei vaccini usati nella medicina umana (CS 4 429), l'autorizzazione corrispondente è rilasciata dai Cantoni, mentre che il controllo tecnico dei sieri e dei vaccini è esercitato dal Servizio federale dell'igiene pubblica e che il controllo della fabbricazione può essere svolto in comune dai Cantoni e dal Servizio federale dell'igiene pubblica. Conformemente al capoverso 3 dell'articolo 30 del disegno di legge, il Servizio federale dell'igiene pubblica è incaricato di controllare, con l'aiuto dei Cantoni, il commercio, nel senso più lato del termine, ovvero parimente la fabbricazione dei prodotti immunobiologici.

Poiché il decreto del Consiglio federale del 1931, mancando di fondamento giuridico, ha dovuto essere emanato «con l'assenso di tutti i Governi cantonali», è ora opportuno di conferirgli un solido fondamento legale, inserendo la suddetta disposizione nella legge che vi sottoponiamo. Successivamente, il decreto del Consiglio federale del 1931 dovrà essere sostituito, nell'ordinanza federale d'esecuzione della legge, mediante disposizioni riguardanti l'articolo 30 del disegno di legge federale.

Le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione devono essere stabilite in modo generale nell'ordinanza d'esecuzione. Il Servizio federale dell'igiene pubblica, poiché esercita il controllo tecnico e possiede ampie conoscenze sulle condizioni relative al controllo della fabbricazione e all'analisi dei prodotti immunobiologici, poste agli esportatori dall'estero, dev'essere incaricato del rilascio della licenza, al posto dei Cantoni, come è previsto nella legislazione attuale.

Articolo 31

I prodotti e gli apparecchi per la disinfezione e la disinfestazione, non essendo considerati medicinali né apparecchi medicali, non sono pertanto sottoposti al controllo dell'Ufficio intercantonale di verificaione dei medicinali. Appare opportuno di affidare tale controllo al Servizio federale dell'igiene pubblica il quale, ove occorra, potrà incaricare dell'esame tecnico gli istituti di microbiologia.

I prodotti di disinfezione e di disinfestazione sono comunque dei prodotti tossici e, come tali, devono essere dichiarati, in virtù della legge federale sui tossici, per essere iscritti nell'apposito elenco, prima di essere immessi nel commercio. Tali prodotti, qualora siano espressamente designati od offerti come prodotti destinati a combattere le malattie trasmissibili, devono fruire d'una autorizzazione speciale del Servizio federale dell'igiene pubblica. «Indipendentemente dall'organismo umano» significa che tali prodotti ed apparecchi, destinati a combattere gli agenti ed i vettori di malattie trasmissibili, non vanno applicati direttamente sull'organismo umano; i prodotti applicati sull'organismo umano, ad esempio le soluzioni, le pomate o le polveri disinfettanti, sono considerati medicamenti e soggiacciono pertanto alla corrispondente legislazione. Le condizioni per il rilascio d'una autorizzazione in virtù dell'articolo 31 verranno stabilite nell'ordinanza d'esecuzione. La qualità e l'efficacia dei prodotti e degli apparecchi di cui si tratta costituiranno i presupposti essenziali.

Articolo 32

Secondo il rapporto della Commissione peritale Stocker, occorre sopprimere qualsiasi sussidio destinato alla lotta contro le malattie trasmissibili. Giusta il parere di detta commissione, i sussidi costituiscono solo delle misure temporanee di promuovimento, che col tempo dovrebbero essere soppresse al fine di evitare un affievolimento del senso del dovere del cittadino e della sua famiglia. La commissione peritale designata dal Dipartimento dell'interno non condivide tale opinione, giudicando che, rispetto ad una malattia trasmissibile, il cittadino è privo d'ogni mezzo di difesa e deve pertanto essere aiutato nell'interesse della comunità. Poiché i sussidi federali perseguono lo scopo di assicurare l'adozione uniforme delle misure necessarie, tali provvedimenti devono essere presi, senza eccezione, in tutti i Cantoni.

Per quanto concerne la questione a sapere se i sussidi federali siano necessari oppure superflui, la commissione, in assoluta libertà d'azione, fu del parere unanime che i sussidi per la lotta contro le epidemie devono essere considerati utili.

Essa ha nondimeno risolto di operare una selezione, proponendo di rinunciare ai sussidi federali seguenti: sussidi per la costruzione e l'arredamento d'impianti di disinfezione e di disinfestazione, nella misura in cui tali impianti non costituiscano parte integrante d'uno stabilimento per malati o d'una divisione ospedaliera, dei quali la costruzione verrebbe sussidiata dalla presente legge, sussidi per l'acquisto di apparecchi di disinfezione, le disinfezioni stesse e le indennità dei medici per le dichiarazioni.

Per contro, dovrebbero essere mantenuti: i sussidi concernenti le analisi microbiologiche e sierologiche, quelli a favore della costruzione e dell'impianto di divisioni ospedaliere e d'ospedali d'urgenza, per le per-

sone di cui all'articolo 15 capoverso 2, delle spese d'isolamento e di sorveglianza medicale addossate ai Cantoni e delle analisi ordinate da questi ultimi in virtù dell'articolo 18, dell'indennità per perdita di guadagno in virtù dell'articolo 20 e delle vaccinazioni o delle loro complicazioni eventuali in virtù dell'articolo 23.

I sussidi devono essere accordati secondo la situazione finanziaria del Cantone, in ragione di un'aliquota oscillante tra il 20 e il 25 per cento delle spese.

Come già avviene per il Centro svizzero delle salmonelle, la Confederazione dovrebbe parimente accordare sussidi ai centri nazionali per lo svolgimento dei loro compiti speciali.

Ancorché quasi tutti i Cantoni ed un numero rilevante di cerchie interessate abbiano espresso, durante la procedura di consultazione, l'opinione secondo cui l'aliquota del sussidio dovrebbe essere aumentata al livello corrispondente a quello proposto dalla commissione peritale, ovvero al 30 fino al 50% (l'art. 38 cpv. 1 della nuova legge sulle epizootie prevede un'aliquota di sussidio del 40 al 50%), il Consiglio federale ha deciso di stabilire l'aliquota di sussidio al 20-25%, non sussistendo alcun motivo valido per prevedere un'aliquota superiore a quella stabilita nelle leggi federali sulla tubercolosi e sul reumatismo. Poiché si è rinunciato alla soppressione integrale dell'aiuto federale, contrariamente alle raccomandazioni della commissione Stocker, la revisione totale dovrebbe almeno servire ad uniformare le aliquote di sussidio della legge sulle epidemie con quelle delle leggi sulla tubercolosi e sul reumatismo.

Come già accennammo, nell'articolo 1 i Comuni, i distretti ecc. sono compresi nella nozione di «Cantone» e le spese corrispondenti come anche quelle delle organizzazioni private di pubblica utilità incaricate di compiti ufficiali (art. 1 cpv. 1) verranno sussidiate analogamente alle spese dei Cantoni.

Articolo 33

Le spese concernenti i provvedimenti presi dagli organi federali in virtù del regolamento sanitario internazionale, come pure le spese del servizio sanitario di frontiera addossate al Servizio federale dell'igiene pubblica, in virtù del decreto del Consiglio federale del 17 dicembre 1948, (RU 1948 1169), verranno accollate alla Confederazione giusta l'articolo 33 del disegno di legge. Secondo l'articolo 5 del decreto suindicato, le spese rimaste scoperte del servizio sanitario di confine erano finora assunte, in parti uguali, dalla Confederazione e dai Cantoni. In effetti, le spese del servizio sanitario di confine sono generalmente coperte dalle tasse, in modo che la Confederazione non deve sopportare alcun onere suppletivo.

Articolo 34

L'articolo 34 è stato scientemente formulato in un modo assai generale, affinché possa essere integrato, senza difficoltà, nel nuovo disciplinamento della legge federale del 20 dicembre 1968 che modifica quella sulla organizzazione giudiziaria (RU 1969 784) e della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (RU 1969 755). Le leggi federali sud-dette, entrate in vigore il 1° ottobre 1969, promuovono l'unificazione della procedura amministrativa. Tale scopo non sarebbe perseguito se ambedue le leggi non contemplassero norme uniformi sulla determinazione dei casi in cui è possibile ricorrere ad una autorità federale. Dal momento in cui sono entrati in vigore, soltanto questi due testi legislativi sono determinanti in materia cosicché le disposizioni corrispondenti non possono essere invocate in altri testi. Ambedue gli atti legislativi prevedono che qualsiasi decisione deve indicare i mezzi di ricorso ordinari di cui dispongono le autorità e i cittadini interessati.

Articolo 35

È stata nondimeno scelta una clausola generale, ancorché la dottrina attuale vi si opponga di principio, poiché sarebbe stato arduo prevedere tutte le infrazioni possibili. In queste condizioni è però auspicabile che la clausola generale sia formulata in modo da indicare le disposizioni, la cui inosservanza potrebbe dar luogo ad un'infrazione. La riserva di un'infrazione penale più grave in virtù del Codice penale svizzero, espressa nel capoverso 1, si riferisce all'articolo 231 del Codice penale il quale sanziona la propagazione d'una malattia dell'uomo pericolosa e trasmissibile, come anche agli articoli 320 e 321 dello stesso codice, i quali comminano pene a chiunque riveli un segreto ufficiale o un segreto professionale.

Infine, per quanto concerne le pene, è stata adottata una soluzione intermedia, tenuto avantutto conto di quelle previste nella nuova legge sulle epizoozie. Le infrazioni punite dall'articolo 35 capoverso 1 sono contravvenzioni secondo l'articolo 101 del Codice penale. Giusta l'articolo 106, il massimo della multa è di duemila franchi, salvo che la legge disponga espressamente in altro modo. Durante le deliberazioni della commissione peritale, è stato espresso il parere secondo cui tale multa massima sarebbe insufficiente per le infrazioni previste, siano esse commesse per negligenza o intenzionalmente. Per questo motivo la multa massima è stata aumentata a ventimila franchi, nel caso in cui l'infrazione è intenzionale e a seimila franchi, se l'infrazione è commessa per negligenza.

Articolo 36

Visto le autorizzazioni stabilite negli articoli 30 e 31, occorre disciplinare la responsabilità penale delle persone giuridiche, delle società e

delle aziende individuali. Il tenore adottato s'ispira alla legge federale del 13 ottobre 1965 su l'imposta preventiva (RU 1966 384, art. 66 cpv. 2).

Recentemente, disposizioni analoghe sono state regolarmente introdotte nelle leggi federali, laddove si presume che l'infrazione possa essere commessa nell'azienda d'una persona giuridica, ecc., come appunto è il caso del disegno di legge che vi sottoponiamo (vedi, ad es., art. 34 LF sul commercio dei tossici del 21 marzo 1969).

Articolo 37

Questo articolo disciplina la modificazione della legge federale sulla tubercolosi. Il numero 2.3.2 illustra le considerazioni generali e fondamentali circa l'opportunità della modificazione e la sua importanza.

L'abrogazione prevista di diverse disposizioni della legge sulla tubercolosi esige le seguenti osservazioni particolareggiate: Dopo l'abrogazione dell'articolo 2 della legge federale sulla tubercolosi, questa malattia dovrà essere dichiarata in virtù dell'articolo 27 della riveduta legge sulle epidemie, in cui è stata introdotta, nel capoverso 3, una disposizione sul segreto professionale, in sostituzione dell'articolo 2 capoverso 2 della legge sulla tubercolosi. Al posto dell'articolo 3 della legge sulla tubercolosi (misure atte a prevenire la propagazione della tubercolosi), che verrà abrogato, s'applicheranno gli articoli 7, 11, 15 a 17, 19, 22 e 23 del disegno di legge. Gli articoli 4 e 5 della legge sulla tubercolosi (analisi batteriologiche e disinfezione) verranno sostituiti dai futuri articoli 13 e 24 del disegno della legge sulle epidemie.

Il Consiglio federale non si è finora avvalso della competenza accordatagli dall'articolo 8 della legge sulla tubercolosi. Allò stato attuale delle conoscenze scientifiche e della lotta contro la tubercolosi, i provvedimenti d'igiene generale, come li definisce detto articolo, assumono minore importanza dell'esame delle persone esplicitanti talune attività o professioni (art. 19 del disegno di legge), delle inchieste epidemiologiche mediante indagini del vicinato (art. 22) e delle misure profilattiche specifiche sotto forma di vaccinazione mediante il BCG (art. 23). È d'altronde sempre prevalsa l'opinione secondo cui il Consiglio federale non poteva, fondandosi sull'articolo 8 della legge sulla tubercolosi, ordinare, a scopo profilattico, esami radiografici obbligatori, organizzati su vasta scala, nelle aziende commerciali, industriali, artigianali, ecc. L'articolo 8 della legge sulla tubercolosi è divenuto, in pratica, ampiamente obsoleto, dal momento in cui la legge federale dell'8 ottobre 1948, che doveva completare la legge federale del 13 giugno 1928 per la lotta contro la tubercolosi (nella quale era appunto prevista un'adeguata autorizzazione), è stata respinta dal popolo.

L'articolo 13 può essere soppresso, dal momento che è stato istituito il fondo di ricerca per la salute.

L'articolo 14 capoverso 1 lettera *a* della legge sulla tubercolosi (sussidi per le spese delle analisi batteriologiche) deve pure essere abrogato, divenendo applicabile al suo posto l'articolo 32 capoverso 1 della riveduta legge sulle epidemie. Infine l'articolo 20 della legge sulla tubercolosi (obbligo dei Cantoni di presentare un rapporto) può essere abrogato poiché l'articolo 26 del disegno di legge allegato prescrive parimente la presentazione d'un rapporto, in modo da rendere superflua la comunicazione dei Cantoni alla Confederazione, circa l'applicazione delle rimanenti disposizioni della legge sulla tubercolosi.

Per contro, gli articoli 1, 6, 7, 9, 10 a 12, 14 (eccettuato il cpv. 1 lett. *a*), 16 a 19 e 21 della legge sulla tubercolosi devono rimanere in vigore. Trattasi avantutto di disposizioni concernenti l'assistenza ed il sussidiamento (art. 10, 12 e 14), di disposizioni d'organizzazione e finali (art. 18, 19 e 21), come anche di talune rare prescrizioni di polizia sanitaria (art. 6, 7 e 9) che assumono, per la tubercolosi, un'importanza del tutto particolare.

L'articolo 1 della legge sulla tubercolosi è applicabile a tutte le disposizioni che sono ancora mantenute in questa legge.

Quanto agli articoli 6 e 7, trattasi di disposizioni specifiche per la lotta contro la tubercolosi nell'infanzia. I provvedimenti previsti in detti articoli non sono comparabili alle misure d'ordine generale d'allontanamento dalla scuola, ecc. in caso di malattie infettive acute (art. 21 e 28 del disegno di legge).

L'articolo 9 della legge sulla tubercolosi (divieto di rimedi segreti), grazie al quale può essere vietato un prodotto su tutto il territorio del Paese, ha dato intera soddisfazione, cosicché l'Ufficio intercantonale di controllo dei medicamenti non poteva che proporre ai Cantoni la conservazione di un tale divieto. L'introduzione nella riveduta legge sulle epidemie di un'estensione di detta norma a tutte le altre malattie contagiose potrebbe invece essere fonte di imbricazioni con le legislazioni cantonali concernenti i medicamenti.

L'articolo 10 della legge sulla tubercolosi concerne misure del tutto particolari alla lotta contro detta malattia, le quali devono rimanere disciplinate in una legge speciale. Questo articolo fornisce il fondamento giuridico delle disposizioni concernenti i sussidi corrispondenti e, per tale motivo, dev'essere mantenuto nella legge.

Diversi Cantoni si sono espressi per la conservazione dell'articolo 11 della legge sulla tubercolosi (igiene delle abitazioni), allegando che la sua abrogazione toglierebbe il fondamento giuridico alle disposizioni d'esecuzione cantonali pertinenti, con le infelici conseguenze d'una soppressione di per sé giustificabile. Tenuto conto di queste considerazioni, siamo del parere che l'articolo suddetto non debba essere abrogato.

L'articolo 12 della legge sulla tubercolosi (istruzione ed informazione come misura profilattica) si rivela particolarmente necessario per una attiva

profilassi contro la tubercolosi e costituisce la base d'un compito importante affidato alle associazioni per la lotta contro detto morbo. Sarebbe superfluo estendere l'applicazione di questa norma a tutte le malattie contagiose, con un'apposita disposizione nella riveduta legge sulle epidemie, poiché i Cantoni, in caso di bisogno, ad esempio ove malattie trasmissibili si manifestino frequentemente, oppure se trattasi di propaganda in favore di una azione di vaccinazione, provvedono direttamente ai richiami necessari senza che siano obbligati da una disposizione federale.

L'articolo 14 della legge, pure una semplice disposizione di sussidiamento, dev'essere mantenuto, eccettuato il capoverso 1 lettera *a*, il quale come già menzionammo, verrà sostituito dall'articolo 32 capoverso 1 lettera *a* della nuova legge sulle epidemie.

L'articolo 16 della legge sulla tubercolosi (giurisdizione amministrativa) dev'essere adeguato all'articolo 34 del disegno di legge sulle epidemie. A tale riguardo rinviemo ai nostri chiarimenti concernenti detta prescrizione.

Le disposizioni penali dell'articolo 17 della legge sulla tubercolosi del 1928 devono avantutto essere adeguate alla nuova situazione giuridica risultante dall'entrata in vigore del Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937. Secondo l'articolo 333 capoverso 3 CP, le contravvenzioni previste da altre leggi federali sono punibili anche quando sono dovute a negligenza, purché non risulti dalla disposizione applicabile che la contravvenzione è punita solo se è commessa intenzionalmente. Tale non è il caso dell'articolo 17 della legge sulla tubercolosi, cosicché nel capoverso 1 i termini «intenzionalmente o per negligenza» possono essere tralasciati nel testo modificato. Le multe previste negli articoli 17 capoversi 1 e 2 della legge sulla tubercolosi ammontano a mille franchi e a duemila franchi, mentre che il disegno di legge sulle epidemie, all'articolo 15 capoverso 1, prevede un importo di ventimila franchi. Una differenza così notevole tra l'ammontare delle due pene non è giustificata, poiché, in ambedue i testi legislativi, gli atti punibili non sono dissimili. Appare pertanto adeguato un aumento a seimila franchi della multa prevista all'articolo 17 capoversi 1 e 2 della legge sulla tubercolosi. È nondimeno riservata l'esistenza d'un reato più grave secondo il Codice penale svizzero. Trattasi avantutto di truffa, di falsità in atti e di soppressione di documenti (art. 148, 251 e 254 CP) ecc.

Come prescrizioni di polizia sanitaria saranno mantenuti nella legge sulla tubercolosi, dopo la modificazione prevista, soltanto gli articoli 6, 7 e 9, che devono essere menzionati espressamente nel capoverso 1 dell'articolo 17.

Devono infine essere soppressi i capoversi 3 e 5 dell'articolo 17 della legge sulla tubercolosi, ciò che risulta dall'articolo 333 capoverso 1 e dall'articolo 381 del Codice penale svizzero.

Gli articoli 18, 19 e 21 della legge sulla tubercolosi, che contengono le usuali disposizioni finali, devono essere mantenuti immutati. È parti-

colarmente importante l'articolo 19, poiché esso fornisce la base legale necessaria all'esecuzione da parte dei Cantoni delle rimanenti disposizioni della legge sulla tubercolosi, segnatamente dall'aspetto dell'organizzazione.

Articoli 38 e 39

Questi articoli comprendono le prescrizioni necessarie riguardo alle disposizioni esecutive, federali e cantonali, l'entrata in vigore della legge e l'abrogazione di disposizioni anteriori.

Soprattutto per motivi d'economia, non è stata prevista una commissione consultiva permanente per l'applicazione della legge e la preparazione dell'ordinanza d'esecuzione. Se necessario, il Consiglio federale o il Dipartimento federale dell'interno potrebbero nondimeno ricorrere a periti in caso di situazioni particolari, in virtù dell'articolo 104 della Costituzione federale.

L'articolo 38 capoverso 2 del disegno prevede che le disposizioni cantonali d'esecuzione della legge federale devono essere approvate, per essere valide, dal Consiglio federale. Poiché l'approvazione da parte del Consiglio federale è quindi un presupposto della loro validità, non trattasi di una semplice prescrizione d'ordine. Non sussiste infatti alcun motivo valido per adottare una soluzione diversa da quella prevista nell'articolo 60 capoverso 1 della legge federale sulle epizootie del 1^o luglio 1966.

4. Conseguenze finanziarie

Nelle tavole seguenti (tavola 1 e 2) illustranti le conseguenze finanziarie della revisione della legge, sono separatamente indicate:

1. le spese risultanti dall'applicazione attuale della legge sulle epidemie e, eventualmente, della legge sulla tubercolosi, che rimarranno assoggettate al regime della legge riveduta;
2. le spese suppletive dovute alla revisione della legge.

Nel calcolo delle spese, occorre distinguere i costi che, secondo l'esperienza, non dovrebbero subire notevoli variazioni e dei quali si può presumere che rimarranno relativamente stabili anche in avvenire (ad es. servizio sanitario di confine) e quelle soggette ad importanti fluttuazioni (ad es. vaccinazione contro la poliomielite, richiedente importanti azioni di propaganda, che si ripetono però soltanto ad intervalli di qualche anno; analisi di laboratori, qualora i casi di malattia trasmissibile divengano frequenti oppure insorga un'epidemia; vaccinazione contro il vaiolo, ove siano accertati casi in un Paese vicino o magari in Svizzera). Il successo d'un provvedimento preventivo — come esempio può essere citata la vaccinazione contro la poliomielite — può praticamente compensare le spese causate dalla malattia stessa; inversamente, l'insorgere di un'epidemia può repentinamente moltiplicare le spese rimaste quasi immutate durante diversi anni. Tanto

Tavola I

Spese amministrative	1969 fr.	Spese suppletive fr.	Totale fr.
Personale del Servizio federale dell'igiene pubblica	144 000	56 000	200 000
Publicazioni del Servizio federale dell'igiene pubblica (art. 3)			
— bollettino del Servizio federale dell'igiene pubblica	30 000	—	} 36 000
— supplementi (media)	4 000	—	
— altre pubblicazioni		2 000	
Formazione e perfezionamento del personale specializzato (art. 4)			
— corsi per disinfettatori	2 000	—	} 6 500
— corsi di perfezionamento per medici ufficiali (media 1964-1968)	2 500	—	
— altri corsi		2 000	
Riserve di prodotti immunobiologici (art. 6)			
— vaccino antivaaiolico	6 000	—	} 21 000
— altri		15 000	
Totale spese amministrative	188 500	75 000	263 500
Servizio sanitario di confine (art. 7)			coperti dai proventi
— esercizio (1 900 000)		—	
Licenze e controllo del commercio dei prodotti immunobiologici (art. 30) (1968: 29 000)	senza personale	da coprire mediante i proventi	coperti dai proventi
Licenze di prodotti ed apparecchi destinati alla disinfezione e alla disinfestazione (art. 31)	—	da coprire mediante i proventi	

Tavola 2

Sussidi federali	1960 - 1969		Media annua		Spese supplementive (nuovo)		Totale	
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
Costruzioni (art. 14, 16)	1 078 515	108 000	—	108 000	—	—	108 000	108 000
Perdita di guadagno (art. 19, 20)								
— legge sulle epidemie	14 889	1 500	83 500	100 000	83 500	—	100 000	100 000
— legge sulla tubercolosi	149 043	15 000	—	—	—	—	—	—
Vaccinazioni (senza BCG) (art. 23)	4 819 894	482 000	118 000	600 000	118 000	—	600 000	600 000
Complicazioni postvaccinali (art. 23)	700	—	1 000	1 000	1 000	—	1 000	1 000
Analisi batteriologiche (art. 5, 13)								
— legge sulle epidemie	424 731	42 500	183 500	298 000	183 500	—	298 000	298 000
— legge sulla tubercolosi	720 145	72 000	—	—	—	—	—	—
Centri speciali (art. 5)								
— salmonelle (1966-1969)	123 820	31 000	19 000	50 000	19 000	—	50 000	50 000
— influenza	100 000	10 000	—	—	—	—	—	—
— altri	—	—	100 000	100 000	100 000	—	100 000	100 000
Sorveglianza medica, isolamento, analisi (art. 15-18)	—	—	10 000	10 000	10 000	—	10 000	10 000
Totale dei sussidi federali			515 000	1 267 000	515 000	—	1 267 000	1 267 000

le cifre figuranti nella tavola 1 (spese amministrative) quanto le cifre della tavola 2 (sussidi federali) devono essere valutate tenuto conto delle suddette riserve. Esse ammontano a 75 000 franchi per i costi amministrativi e a 515 000 franchi per i sussidi federali, ovvero a un totale di spese annue suppletive di 590 000 franchi.

5. Fondamento costituzionale

La riveduta legge sulle epidemie, analogamente a quella vigente, è fondata avantutto sull'articolo 69 della Costituzione federale, secondo il quale la Confederazione ha il diritto d'emanare disposizioni di legge per combattere le malattie trasmissibili, o largamente diffuse, o di natura maligna che colpiscono l'uomo o gli animali. Secondo detto articolo costituzionale, il semplice fatto che una malattia sia trasmissibile è sufficiente per consentire il disciplinamento, mediante una legge federale, delle misure destinate a combatterla. A tale riguardo, va osservato, che un numero considerevole di malattie trasmissibili sono appunto assai diffuse e parecchie devono essere considerate come particolarmente pericolose.

L'articolo 64^{bis} della Costituzione federale, secondo il quale la Confederazione ha il diritto di far leggi in materia di diritto penale, fornisce la base costituzionale su cui sono fondate le disposizioni penali degli articoli 35 e 36 del disegno di legge.

6. Mozioni e postulati

Poiché nessuna mozione e nessun postulato concernenti la materia disciplinata nel disegno di legge federale sono stati presentati, si rivela ovviamente inutile l'usuale proposta di toglierne dal ruolo.

Visto quanto precede, abbiamo l'onore di proporvi l'approvazione del disegno di legge federale allegato.

Vogliate gradire, onorevoli signori presidente e consiglieri, l'assicurazione della nostra alta considerazione.

Berna, 11 febbraio 1970.

In nome del Consiglio federale svizzero,

Il presidente della Confederazione:

Tschudi

Il cancelliere della Confederazione:

Huber

**Messaggio del Consiglio Federale all`Assemblea federale concernente il disegno di legge
sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell`uomo (Legge sulle epidemie)(dell`11 febbraio
1970)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1970
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	10
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	10491
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	13.03.1970
Date	
Data	
Seite	269-323
Page	
Pagina	
Ref. No	10 156 960

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.