

Atti iconografia della salute 2020

Curatori

Antonio Maconi¹, Mariasilvia Como¹, Mariateresa Dacquino¹, Elena Franco², Roberta Lombardi³, Alessandro Provera⁴, Patrizia Santinon¹, Federica Viazzi¹

¹ *Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria*

² *Architetto e fotografa, ideatrice del Progetto fotografico "Hospitalia"*

³ *Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale*

⁴ *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

ABSTRACT

Il primo Festival delle Medical Humanities intitolato 'Iconografia della Salute' si è svolto nell'anno della pandemia da Covid 19: non è un caso se moltissimi degli aspetti che sono stati affrontati, se non tutti, sono stati 'moltiplicati' nella opinione pubblica, che si è trovata non solo ad affrontare in modo massiccio la presenza della patologia sui media, ma una vera e propria infodemia.

Come Centro Studi abbiamo voluto fortemente organizzare un festival per avviare una riflessione condivisa con interlocutori che trattano questi argomenti a livello internazionale, portando così da una parte la loro rilevante esperienza e dall'altra rafforzando il nostro percorso.

Vista l'alta qualità dei contributi, abbiamo voluto lasciarne una traccia scritta raccolta qui di seguito come base di riflessione per il futuro.

RAZIONALE DEL FESTIVAL EDIZIONE 2020

Oggi in 24 ore un'immagine definisce un'emozione: siamo così immersi in questa cultura da non renderci quasi conto che la vita viene raccontata, trasportata e fissata attraverso i nostri smartphone. Una società nella quale fatti ambientali, fatti medici e fatti sociali continuano ad essere strettamente intrecciati come la storia ci ricorda e di cui l'emergenza Covid ne è ultima manifestazione. Ecco perché il titolo dedicato alla Iconografia della salute, intesa come rappresentazione di ogni forma che contribuisce a incidere nella società.

La cultura modella la malattia, la diagnosi e la terapia, la percezione del paziente, l'attività del medico. Come il paziente vede la malattia? Quali parole, quali emozioni sono coinvolte, quali parole sono usate per rappresentare quel rapporto così difficile tra il fruitore dei servizi sanitari e gli operatori che questo servizio realizzano? Come la persona vive il rapporto con la malattia e con l'ambiente che

la circonda? Un rapporto costruito su tre elementi: paziente, medico e cura che chiama in causa ognuno di noi, poiché per ognuno è possibile dire “de te fabula narratur” (Orazio, Satire, I, 1-69-70, “è di te che si parla in questa storia”).

L’essere pazienti, infatti, non è solo un habitus che transitoriamente possiamo indossare, ma è – più a fondo – un’evenienza che appartiene alla dimensione del nostro vivere, in quanto esseri mortali e per ciò stesso vulnerabili.

La vexata quaestio del rapporto medico-paziente, nel suo divenire storico-sociale, porta a ridefinire i fini della medicina, i concetti di malattia e sofferenza e del modo stesso di intendere la vita.

La medicina muta il suo volto col mutare della nostra idea di salute e cura, a sua volta influenzata dalla percezione di potenziamento degli strumenti messi a disposizione dal progresso scientifico degli studi e delle sue applicazioni. E di conseguenza della sua rappresentazione.

In questo scenario si inseriscono le Medical Humanities, che attraverso l’interconnessione di tutte quelle scienze che dialogano con gli aspetti clinici delle cure rendono “la medicina la più umana delle scienze, la più empirica delle arti e la più scientifica delle humanities”, secondo la definizione che ne dava il suo fondatore Edmund Pellegrino.

Questo appuntamento intende approfondire i numerosi aspetti collegati alla persona e alla malattia, con un occhio di riguardo alle patologie ambientali, per le quali l’Azienda Ospedaliera di Alessandria sta perseguendo un percorso di riconoscimento a Irccs. Ma anche verso tutti gli aspetti di ascolto, cura e norma che contraddistinguono le discipline che rientrano nell’ampio spettro delle Medical Humanities.

Tutto questo viene sempre più “reso visibile” agli occhi di un pubblico che fruitore di un “insieme di rappresentazioni figurative” anche nell’ambito della salute.

ELENCO DEGLI AUTORI

Barbato , Roberto <i>pro Rettore Università degli Studi del Piemonte Orientale</i>	4
Barbetta , Pietro <i>direttore Centro Milanese di Terapia della Famiglia, professore Psicologia Dinamica, Università degli studi di Bergamo</i>	26
Barbierato , Antonella <i>coordinatore infermieristico Cardiologia AO AL</i>	19
Bartoletti , Luigi <i>direttore Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASL AL (Ser.D)</i>	28
Bellomo , Giorgio <i>UPO Alumni</i>	13
Brigoni , Patrizia <i>direttore Biblioteca Virtuale per la Salute del Piemonte</i>	19
Buzio , Aldo <i>Spazio Kor</i>	49
Catino , Maurizio <i>professore Università di Milano Bicocca - NewYork University</i>	52
Centini , Giacomo <i>direttore generale AOAL</i>	4

Cercato , Mariacecilia <i>epidemiologo e oncologo IFO-Istituto Nazionale Tumori Regina Elena -Istituto Dermatologico San Gallicano</i>	28
Dameri , Annalisa <i>professore associato Dipartimento di Architettura e Design Politecnico di Torino</i>	31
Demuro , Gianmario <i>professore Università degli Studi di Cagliari</i>	61
Forti , Gabrio <i>professore Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	52
Franco , Elena <i>architetto e fotografa, ideatrice del Progetto fotografico "Hospitalia"</i>	45
Galimberti , Paolo <i>dirigente responsabile Beni Culturali - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano</i>	45
Gastini , Lele <i>illustratore</i>	13
Lombardi , Roberta <i>professore di Diritto amministrativo Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale</i>	5
Macciò , Sergio <i>medico e autore del libro "Diario di bordo"</i>	13
Maconi , Antonio <i>Presidente Centro Studi Medical Humanities Cura e Comunità</i>	4
Mogliotti , Gianfranco <i>vincitore del concorso di Medicina Narrativa "Racconto la mia cura"</i>	22
Novelli , Francesco <i>Politecnico di Torino</i>	49
Panaro , Luca <i>critico d'arte, docente all'Accademia di Brera</i>	8
Pepoli , Antonio <i>psicologo AO AL</i>	19
Pesce , Claudio <i>architetto e presidente Associazione Amici Biblioteca Ospedale Alessandria</i>	31
Ponzanelli , Giulio <i>professore Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	52
Provera , Alessandro <i>avvocato Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	64
Rosboch , Michele <i>presidente IRES Piemonte</i>	5
Salce , Lorella <i>responsabile Ufficio Stampa & Relazioni Esterne IFO-Istituto Nazionale Tumori Regina Elena-Istituto Dermatologico San Gallicano</i>	28
Santini , Fabrizia <i>professore Università del Piemonte Orientale</i>	63
Spinsanti , Sandro <i>fondatore e direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities e il Management in sanità</i>	22
Zingarelli , Marzia <i>pianista, docente di Pratica della lettura vocale e pianistica, docente di Musicoterapia Conservatorio "Vivaldi" di Alessandria</i>	26

non sono così adeguate ed efficaci come con lo strumento precedente, e quando passi da una tecnologia ad un'altra c'è un momento di apprendimento e imparano su di noi. Bisogna accompagnare certamente questo processo dal punto di vista organizzativo con tutte le cautele del caso, ma è una caratteristica della professione e non puoi farci nulla. Terzo, la medicina può garantire il processo non il risultato. Lo standard di processo non può assicurare risultato, e questo è un limite e ci porta a una considerazione: che non possiamo delegare la soluzione di problemi complessi alle aule di giustizia, perché tranne casi di dolo grave, negligenza e così via, non possiamo pensare che il miglioramento organizzativo si possa fare attraverso quella che io chiamo la "storia breve del processo giudiziario e processo penale" perché il processo penale per definizione affronta la storia breve, non guarda la storia lunga, quella narrativa che è quella che poi caratterizza la genesi e la dinamica di questi eventi complessi. Quindi abbiamo bisogno di uno sperimentalismo istituzionale. La crisi pandemica dimostrerà in maniera molto chiara questo limite, cioè di luoghi dove poter apprendere i giusti insegnamenti degli eventi accaduti affinché questi non si ripresentino o non si ripresentino con la stessa drammaticità. Esempi positivi ci vengono dall'esperienza della medicina riparativa dell'Alta Scuola Federico Stella, di cui il professor Gabrio Forti e la professoressa Claudia Mazzucato sono i principali referenti su questo tema, bisogna forse pensare ad esperienze alternative, come produrre insegnamenti e apprendimenti organizzativi che possono quindi evitare che questi eventi riaccadono, non attraverso soltanto i procedimenti penali o civili.

(Lombardi) Grazie. Credo che il dibattito di oggi ci abbia davvero restituito molto, utile anche perché questa prospettiva interdisciplinare è sempre quella che appaga di più, che permette di vedere i problemi da varie sfaccettature. E proprio grazie all'interazione di queste discipline che poi forse si riesce ad arrivare a delle ipotesi di soluzione se non delle soluzioni.

Emergenza sanitaria e legalità costituzionale

Gianmario Demuro professore
Università degli Studi di Cagliari

(Lombardi) Benvenuti a questa giornata dedicata a scienza medica diritto e salute. Questa mattina abbiamo avuto un interessante dibattito, una tavola rotonda organizzata tra studiosi che hanno fatto il punto della situazione sulla responsabilità medica. Oggi ci dedichiamo più specificamente alle tematiche dell'emergenza sanitaria insieme al professor Gianmario Demuro che è ordinario di Diritto Costituzionale all'Università di Cagliari che si occupa, come dice il titolo della sua relazione, di emergenza sanitaria e di legalità costituzionale. Il quesito che possiamo porre ad un costituzionalista su questo episodio importante del covid-19

evidentemente è un quesito che riguarda le fonti; abbiamo visto come diverse fonti, decreti-legge, i famosi dpcm, ordinanze dei sindaci si sono tutte intrecciate creando problemi di competenze tra varie fonti tra vari livelli di governo.

Volevo chiedere al professor Demuro di dirci secondo lui chi è che verifica la legittimità della fonte deputata a regolamentare questa situazione di emergenza ma soprattutto chi è che verifica il controllo delle scelte politiche che vengono effettuate attraverso questi atti.

(Demuro) I costituzionalisti si interrogano tutte le volte che ci si trova in uno stato di emergenza. Infatti, una delle tematiche più importanti del Diritto Costituzionale è appunto chi decide e come si verificano le scelte nelle emergenze. Una breve premessa sul fatto che la Costituzione italiana non disciplina l'emergenza, sembrerà una cosa strana ma in realtà i costituenti avevano "paura" di disciplinare l'emergenza. Allora l'unico strumento di emergenza vero è la possibilità delle Camere di dichiarare lo stato di guerra che è previsto dall'art.78 nel momento in cui vi sia un effettivo stato di guerra nel quale il parlamento può conferire al governo i poteri necessari. Ecco quindi si capisce già da questa disposizione che, in caso di emergenza, si reagisce attraverso una regolazione che normalmente è in capo ad un organo che può riunirsi rapidamente, che può prendere e fare delle scelte in maniera molto rapida. Il governo già a fine gennaio ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale a seguito di una pandemia che era già stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e allora la prima regolazione è stata fatta mediante un decreto-legge che è lo strumento più rapido per dare una prima disciplina e se vogliamo possiamo distinguere due fasi nella regolazione dell'emergenza. Il primo decreto-legge che aveva attribuito ai Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri tutti gli interventi puntuali, poi con il secondo decreto-legge in realtà le cose si sono rimesse in pari, nel senso che le limitazioni sono state decise direttamente dal decreto legge che è stato convertito in legge entro sessanta giorni dalla sua emanazione.

L'altro tema che si è subito posto è la regolazione da parte dei soggetti territorialmente competenti; la protezione civile, il Ministro dell'Interno il ministro della salute e il ministro dei trasporti e della mobilità. Oltre questi tre soggetti regolatori vi sono quei provvedimenti che possono essere presi sia dai Presidenti di Regione con uno strumento eccezionale chiamato "Ordinanza", sia anche dai singoli Sindaci sempre con uno strumento eccezionale che ha il nome di "Ordinanza". Il sistema è particolarmente vario ma la domanda da fare è: chi controlla il regolatore? Mentre il decreto-legge è convertito dal Parlamento e il Parlamento ha un potere di emendamento, di controllo sul decreto-legge queste "ordinanze" possono essere impugnate soltanto davanti al giudice amministrativo. L'unico strumento per bloccare eventuali illegittimità è il TAR e il Consiglio di Stato. Quindi da un lato abbiamo un controllo democratico necessario e dall'altro lato solamente un controllo giurisdizionale eventuale.

Quindi per un atto regolativo c'è l'interlocuzione del Parlamento (seppur successiva) nell'altro caso anche se si tratta di Dpcm di esecuzione le tutele sono decisamente inferiori, come è inferiore il controllo che non potrà mai essere un controllo fatto dalla corte costituzionale perché non sono atti aventi forza di legge.

In realtà questi atti spesso contenevano delle decisioni che erano dettate dagli organi tecnici. Qui si pone un po' il tema molto importante anche per gli amministrativisti e cioè quello di decisioni politiche che fanno proprie decisioni di tecnici ma allora chi governa? Governa il politico o governa il tecnico? L'Organizzazione Mondiale della Sanità piuttosto che la Commissione di esperti? A chi possiamo poi riferire la responsabilità di una scelta che politicamente fa sua il governo formalmente con un atto e questa invasione della tecnica sulla politica e sulla amministrazione secondo te è certamente da un lato vantaggiosa ma può anche avere delle fronde pericolosità?

La politica deve sempre assumersi le sue responsabilità perché la politica deve essere verificabile dal punto di vista delle scelte che prende e quindi sotto questo aspetto mi viene da fare una citazione che viene riferita a Winston Churchill che diceva sostanzialmente più di 100 anni fa "la scienza deve poter dare delle indicazioni ma non deve essere al vertice" rende bene l'idea che appunto tutto ciò che ha a che fare con delle valutazioni scientifiche, anche diverse da un'impostazione politica, è strettamente collegato al fatto che le scelte le devono fare gli organi costituzionali. Quindi questo tema è sempre stato al limite delle relazioni tra scienza, etica e diritto nella scienza. Quindi alla fine è sempre la politica che deve scegliere in maniera informata, però devi informare anche i cittadini, i cittadini hanno il diritto di essere informati. Anche le vicende della secretazione dei verbali del comitato scientifico mi hanno lasciato molto perplesso anche perché non è possibile apporre il segreto di Stato, lo si può porre su questioni molto delicate e anche per un tempo limitato; ma su questo aspetti io auspico una politica che si prende delle responsabilità per la decisione che prende e sia la più trasparente possibile, altrimenti si perde la dimensione democratica anche delle decisioni con un'informazione costante e verificabile. Spesso la politica insegue anche vicende che non sono supportate da dati scientifici e rispetto alle quali bisognerebbe tirare una linea e dire no, su questo deciderà la Scienza.

(Lombardi) Mi sembra molto interessante quest'ultimo punto sulla verificabilità delle scelte anche a posteriori e quindi sulla trasparenza delle decisioni rispetto alla comunicazione perché in fondo sono scelte che cadono sulla collettività e la collettività deve sapere. Pensiamo solo anche tutte le problematiche di tutela ambientale dove l'accesso ai dati ambientali deve essere aperto a chiunque anche perché ormai la questione ambientale è anche una questione di salute e quindi le scelte dei politici devono comunque essere verificabili e conoscibili sempre. Vorrei chiedere qualche cosa in relazione alla tutela dei diritti fondamentali che in questo periodo in parte ci

sono anche stati limitati penso soprattutto al diritto di circolazione che con il lockdown ci ha tenuti chiusi in casa. come è stata questa limitazione dei diritti dal punto di vista dei costituzionalisti: corretta? dovuta? o ci sono stati sostanzialmente degli abusi? Si poteva trovare qualche via diversa?

(Demuro) Questa domanda è complessa, perché come probabilmente si è visto anche in giro per l'Europa e per il mondo, la limitazione della libertà di circolazione sono state vissute in alcuni casi come un vero e proprio attentato alla libertà. Dal punto di vista costituzionale l'articolo 16 della Costituzione Italiana prevede una riserva assoluta di legge per cui la limitazione di libertà può avvenire esclusivamente per Legge. La scelta di limitare la libertà di circolazione è nel decreto legge, il Dpcm è soltanto un atto esecutivo e si discute anche sul fatto che sia un atto normativo perché è una sorta di regolamento ministeriale che viene utilizzato dal Presidente del Consiglio. Fatta questa premessa la limitazione è possibile, perché l'art. 16 lo prevede in maniera esplicita per cui si possono apporre limitazioni per la tutela della sicurezza delle persone e per la tutela della salute. Quindi, da questo punto di vista non c'è violazione dell'articolo 16 sempre che le misure siano limitate e siano ragionevoli e siano collegate naturalmente allo scopo che si vuole raggiungere. Ma la circolazione è anche al centro delle relazioni europee e bisognerà per forza, nel rispetto delle costituzioni nazionali, pensare anche ad una dimensione di regolazione europea, perché altrimenti ogni Stato chiude e diventa una scelta soltanto Nazionale. Quindi io penso che la circolazione sia stata compressa, ma in maniera ragionevole e accettabile rispetto al parametro costituzionale; diventa meno accettabile quando gli interventi vengono dalle singole regioni perché l'ordinanza della regione si può impugnare soltanto davanti ai giudici amministrativi. Il rischio è l'immagine che a un certo punto si è data di regione molto litigiose che si contrapponevano allo Stato ma da questo punto di vista lo Stato deve continuare a fare lo Stato e la competenza in materia di profilassi nazionale e internazionale è interamente in capo allo Stato e quindi le limitazioni delle regioni possono intervenire soltanto in attesa che intervenga lo Stato. La cosa che è mancata, probabilmente, è la proporzionalità delle scelte. Nella prima fase si potevano chiudere soltanto alcune aree dell'Italia e lasciarne altre un po' più libere oppure no? Perché questo è un tema che dal punto di vista scientifico sarebbe stato interessante capire, se si fosse intervenuti in alcune aree dove i contagi erano più alti e lasciare più libere altre aree in cui erano di meno. Utilizzando un sistema proporzionato si potevano fare delle scelte più mirate in determinate aree. Ecco su questo le ordinanze possono servire ad integrare una scelta che però è dello Stato.

(Lombardi) Grazie mi sembra centrale anche questo ragionamento sullo scrutinio di proporzionalità che tu hai giustamente messo al centro del tuo ragionamento nel momento in cui si doveva valutare la legittimità di una misura restrittiva

va. Questo è un criterio che domina anche l'azione della pubblica amministrazione, un principio che credo nasca nell'ordinamento tedesco per cui non si deve cercare di apportare degli svantaggi al cittadino se non è strettamente necessario farlo, in questo caso evidentemente lo è stato, e soprattutto queste ristrettezze e queste limitazioni devono essere adeguate e proporzionate rispetto allo scopo che si deve raggiungere, in questo caso lo scopo era di tutela di un bene supremo, la Salute. Salute non solo individuale ma anche collettiva. Avrei voluto farti una terza domanda su sull'approfondimento stato-regioni ma siccome tu hai già anticipato il tema e ci hai già dato in un flash molto chiaro e al contempo esaustivo quale è il rapporto in questa difficile situazione tra stato regioni e visto che il tempo a nostra disposizione sta terminando per rispettare la scaletta lo ti ringrazio molto per questo tuo intervento e spero che ci siano altre occasioni per continuare un dibattito su temi così importanti anche su temi sanitari che so che comunque sono un tuo interesse scientifico.

Contagio da COVID - 19 e responsabilità del datore di lavoro nel settore sanitario

Fabrizia Santini professore Università del Piemonte Orientale

I mezzi di informazione hanno diffuso il numero via via crescente dei contagi del personale sanitario durante tutta l'emergenza; un numero che non pare aver subito flessioni, se non quelle legate all'andamento dell'epidemia stessa.

Le condizioni di lavoro non sono "ottimali", financo "pessime", hanno lamentato ordini professionali e sindacati.

Non si tratta solo del fatto che, in forza dell'applicazione dei provvedimenti adottati dal Governo, il personale sanitario è stato obbligato a lavorare nonostante fosse venuto a contatto con persone infette o presentasse sintomi da covid-19.

Vari sindacati, dei medici così come degli infermieri, hanno contestato lo "sconcertante perdurare della mancanza di dispositivi di protezione individuale (dpi), come le mascherine Ffp2, ma anche visiere e camici"; in altre parole, una adeguata protezione del personale chiamato a gestire l'emergenza che consentisse di esercitare il servizio istituzionale senza mettere a repentaglio la propria salute, quella degli altri pazienti e dei colleghi. Tali dichiarazioni hanno anticipato la denuncia di una precisa responsabilità per le infezioni contratte, da medici ed infermieri prevalentemente, in capo alle Strutture sanitarie, datrici di lavoro, divenuta oggetto di esposti firmati un po' da tutte le organizzazioni sindacali oltretutto delle diffide presentate dall'Intersindacale della dirigenza medica e sanitaria e dal Nursing up.

"La mancanza di dispositivi di protezione individuale e il costante trasferimento degli infermieri e degli operatori socio sanitari dai diversi reparti a quelli Covid-19 senza l'adeguata formazione ha prodotto non solo la morte di diversi medici ed operatori sanitari e socio sanitari, ma anche il

contagio al covid-19 di migliaia di operatori sanitari e ... ha provocato forme di contagio tra operatore e paziente e tra operatori nell'ambito dei vari servizi", dichiarano sempre i sindacati.

Da ogni parte è dunque arrivato il richiamo alle "Aziende Sanitarie" a "rispettare le disposizioni di cui al D.lgs. n. 81/2008 e all'art. 2087 c.c. in materia di tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro, mettendo a disposizione di tutti gli operatori sanitari in servizio i dpi necessari per garantirne la incolumità".

La normativa emergenziale ha dettagliato e sistematizzato un apposito apparato di sanzioni, che vanno ad aggiungersi a quelle previste dalla legislazione antinfortunistica, per lesioni personali, da gravi a gravissime, e per omicidio colposo, da applicarsi nei confronti delle Strutture Sanitarie in caso di contagio o decesso degli operatori sanitari. Ne è derivato un quadro sanzionatorio composito, di crescente intensità, a seconda della lesione patita dal

dipendente, cui dovremmo aggiungere la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche.

Di qui, la sollecitazione a predisporre una tutela della Struttura sanitaria, ma anche dei medici, dei responsabili legali delle strutture, concretizzandosi nella richiesta di uno "scudo", ovvero una protezione totale di tutti i soggetti coinvolti dall'emergenza a fronte di possibili contagi da Covid - 19.

Il legislatore ha risposto a queste richieste con l'articolo 29-bis del cosiddetto "decreto liquidità", d.l. 8 aprile 2020, n. 23, secondo cui: "i datori di lavoro, pubblici e privati, ai fini della tutela contro rischio di contagio da covid-19 adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del Codice Civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus negli ambienti di lavoro". La disposizione riconosce ai datori di lavoro, privati e pubblici, che abbiano adempiuto alle prescrizioni contenute nei Protocolli condivisi sottoscritti successivamente alla dichiarazione dello stato di emergenza, in particolare il 14 marzo e il 24 aprile 2020, l'assolvimento degli obblighi loro incombenti ex articolo 2087 c.c.

L'intervento ha invero scontentato un po' tutti coloro che premevano per la definizione di una protezione totale, di un vero e proprio "scudo".

La disposizione infatti ad una prima lettura non sembra aggiungere nulla di nuovo alle prescrizioni dell'art. 2087 c.c. secondo cui i datori di lavoro devono prevedere le misure in materia di salute e sicurezza adeguate al contenimento del virus.

Una riflessione più approfondita è purtuttavia in grado di rivelare la reale portata della norma. L'art. 29-bis cristallizza di fatto al momento della sua emanazione le norme e le disposizioni che devono essere rispettate e che si ritengono sufficienti al fine di contenere il rischio di contagio.

Con il che, eventuali possibili azioni giudiziali, per la mancata adozione delle misure necessarie a tutelare gli operatori sanitari nell'esercizio delle loro attività, dovranno in futuro essere risolte con riferimento al rispetto delle misure imposte da quei Protocolli che l'art. 29 richiama.

Tra queste compare invero l'utilizzo di adeguati dpi (mascherine, camici e visiere), a lungo riven-