

RIFLESSIONI SULLA RISPOSTA STRUTTURATA ALL'EMERGENZA E SULLA RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI DELL'EMERGENZA SANITARIA:

Prima di analizzare le aree di competenza e le conseguenti responsabilità dei soggetti coinvolti nella risposta all'emergenza sanitaria, ritengo opportuno spendere due parole circa le caratteristiche e gli obiettivi degli interventi di soccorso.

All'emergenza sanitaria è possibile rispondere in forma adeguata attraverso meccanismi di rapida attivazione richiedenti l'apporto di più strutture e persone con professionalità e competenze integrate.

Alle improvvise e non differibili richieste di soccorso il nostro ordinamento dà una risposta strutturata attraverso l'opera del Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare del Sistema di Urgenza Emergenza Sanitaria "118" che predispone interventi di soccorso qualificati, rapidi e assistiti da mezzi idonei, avendo come scopo quello di presidiare sanitariamente l'evento (cd. soccorso dello *stay and play*) e non più soltanto quello di trasportare il paziente (cd. *load and go*).

Le caratteristiche del Sistema di risposta strutturata all'emergenza sanitaria sono la copertura temporale continua, la copertura territoriale completa, la piena accessibilità per il cittadino, che raggiunge attraverso il numero telefonico unico 118 una Centrale Operativa competente per territorio, i cui operatori professionali valutano la richiesta di soccorso destinando ad essa le risorse disponibili più idonee.

L'obiettivo fondamentale del Sistema di risposta all'emergenza sanitaria è di ridurre il periodo intercorrente tra l'insorgenza dell'evento che pone in pericolo la vita e l'integrità fisica del soggetto e l'avvio dell'intervento di soccorso.

I Servizi di Soccorso Sanitario con elicottero, risorse di elevatissimo livello professionale, contribuiscono al raggiungimento di tale obiettivo favorendo una medicalizzazione rapida del paziente critico che viene trasportato in condizioni di piena sicurezza nei centri attrezzati per il trattamento della patologia specifica (cd. ospedalizzazione mirata).

SOGGETTI E ATTRIBUZIONE DI COMPETENZE NEL SISTEMA DELL'EMERGENZA:

Il personale sanitario:

Al personale sanitario che lavora in emergenza si richiede la capacità di tradurre in ogni intervento un equilibrio ideale tra richiesta del singolo e mezzi a disposizione.

Lo strutturale (non occasionale) *deficit* di risorse adeguate per fronteggiare un'emergenza sanitaria è idoneo a tradursi in fonte di responsabilità in relazione al singolo intervento non effettuato o non efficace (sempre che vi sia nesso causale tra mancata predisposizione delle risorse ed evento lesivo).

Questa responsabilità per colposa carenza organizzativa risale ai vertici dirigenziali delle Aziende Sanitarie che hanno poteri gestionali e governo delle risorse e che, pur potendo e dovendo prevedere gli effetti della mancata destinazione all'emergenza di mezzi adeguati, non provvedono; ma coinvolge anche il personale medico e infermieristico del 118, qualora ometta ometta di segnalare le carenze.

È compito degli operatori sanitari compensare le occasionali carenze della struttura organizzativa, ma è loro dovere rilevare e segnalare carenze strutturali o ricorrenti nei mezzi e

nell'organizzazione, che costituiscano potenziale pregiudizio per i pazienti e per la prevenzione dei rischi.

Al riguardo si può ricordare un caso di cronaca piuttosto recente: il personale dell'elisoccorso, intervenuto per salvare la vita a un bambino in provincia di Torino, non ha in dotazione i necessari medicinali salvavita. In attesa di altre sanzioni, l'Azienda ospedaliera ha sospeso dal servizio HEMS sia l'infermiere che il medico anestesista. Le responsabilità per le dimenticanze dei farmaci non si possono accollare solo al medico, ma anche all'infermiere che controfirma la documentazione e deve - sempre insieme al medico - verificare il rispetto della *check-list* all'uscita della base dell'elicottero.

I medici:

Il medico è il responsabile, in accordo con la centrale operativa, della missione sanitaria e a lui è attribuita la responsabilità organizzativa che si esplica nel potere di dare disposizioni organizzative specifiche nell'immediatezza di sopravvenienze critiche.

Nella situazione di emergenza estrema che impone la scelta delle priorità, il medico deve conservare la propria capacità di valutazione, poiché non viene meno il suo dovere generale di formulazione di diagnosi, che in questo contesto si articola in:

- valutazione generale della situazione di emergenza
- valutazione dei singoli casi
- definizione dei bisogni e delle priorità

Interazione infermieri/medici:

La predisposizione di regole protocollate di condotta per l'interazione con gli altri soggetti consente all'infermiere di sostenere con fermezza le proprie posizioni, assumendo quale criterio regolatore l'interesse preminente alla salvaguardia della vita e dell'integrità fisica del paziente. L'attribuzione all'infermiere di uno spazio di autonomia funzionale gli consente di sindacare la condotta impropria di un medico. L'infermiere, resosi conto dell'errore che il medico sta per commettere e delle conseguenze lesive che possono derivarne per il paziente soccorso, può intervenire esprimendo il proprio motivato dissenso con il quale interrompe l'azione di soccorso; ma se tale interruzione non è fondata e produce significativo ritardo, sarà egli solo a rispondere di eventuali conseguenze lesive da ciò causate.

Peraltro se l'infermiere, in presenza di una condotta tecnica del medico errata e pericolosa, della quale egli sia consapevole, ovvero che appaia con tutta evidenza in contrasto con conoscenze elementari costituenti patrimonio tecnico di ogni sanitario, oppure in contrasto con conoscenze tecniche specifiche della professione infermieristica, si astiene dal formulare le sue osservazioni al fine di quella necessaria correzione, qualora si verifichi l'esito infausto, si pone in posizione di responsabilità colposa (ex art. 113, comma 1, c.p. *"nel delitto colposo quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso"*).

LA RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI DELL'EMERGENZA SANITARIA:

La responsabilità penale:

Nell'esercizio dell'attività sanitaria si può parlare di responsabilità professionale colposa in tutti i casi in cui venga violata dall'operatore una norma specifica o, comunque, una regola di condotta.

A seconda della natura della norma o della regola disattesa, si può dire che la responsabilità professionale ha una rilevanza disciplinare, civile o – nei casi di maggiore gravità – penale.

La configurabilità di una responsabilità penale pone delicati problemi interpretativi, poiché, ai fini di un suo riconoscimento, va valutata la contrapposizione tra due fondamentali interessi ugualmente meritevoli di tutela:

- da un lato, quello di garantire un'adeguata protezione a fondamentali beni giuridici, quali la vita e l'incolumità fisica, e, in termini più ampi, di salvaguardare il diritto alla salute (riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione), senza indulgere su condotte riconducibili a scelte non ponderate o su riprovevoli inerzie: esigenze, queste, che inducono a privilegiare soluzioni più rigorose, ispirate ad un bisogno di maggiore 'controllo sociale' della gestione dell'attività sanitaria;
- dall'altro, vi è l'interesse a proteggere l'attività di coloro che esercitano un'attività così delicata e complessa, qual' è quella medica, in maniera tale – come si legge nella relazione ministeriale al codice civile – *“da non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiustificate rappresaglie da parte del cliente in caso di insuccesso”*.

Sull'elemento oggettivo: condotte commissive ed omissive nel comportamento del medico

Ai fini della responsabilità penale, un evento antigiuridico può essere causato tanto da una azione (condotta commissiva) quanto da una omissione (condotta omissiva).

La parificazione è stabilita dall'art. 40 c.p., comma 2, secondo cui *“non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”*.

Il reato omissivo colposo in materia medica è detto 'improprio', in quanto, a differenza del reato omissivo proprio, in cui l'agente risponde penalmente per il sol fatto di non avere tenuto una condotta (l'esempio tipico è quello dell'omissione di soccorso), in quello improprio l'agente risponde del fatto di avere cagionato, con la sua inazione, un evento antigiuridico, lesivo di beni tutelati giuridicamente, quali la vita e l'incolumità fisica o psichica di una persona.

Per l'ordinamento giuridico, dunque, esistono degli obblighi di attivarsi posti in capo a quei soggetti che si trovano in una determinata posizione di garanzia (*“Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità”*, Cass pen., 2-3-2000, n. 9638).

In presenza di una condotta omissiva, è necessario verificare l'esistenza, in capo all'omittente, di una posizione particolare e differenziata, rispetto alla generalità dei cittadini, e cioè una posizione di garanzia rispetto al bene protetto dall'ordinamento.

Per i fini che qui ci interessano, l'operatore dell'emergenza si muove prevalentemente nell'ambito di una posizione di protezione (che preserva determinati beni giuridici da tutti i pericoli che possono minacciarne l'integrità), avendo la persona soccorsa necessità di assistenza sia rispetto all'oggetto specifico dell'intervento, sia rispetto ad evoluzioni fisio-psichiche e bisogni non preventivabili, piuttosto che in una posizione di controllo.

Questa ricostruzione del dovere di attivarsi ha inteso superare le concezioni formalistiche, che fondano l'obbligo su fonti formali, quali la legge o il contratto, e che potrebbero dare luogo a conseguenze confliggenti con i principi solidaristici che improntano il nostro ordinamento: sulla base della ricostruzione tradizionale, ad es., l'operatore di elisoccorso legato da rapporti convenzionali relativamente ai limiti orari di attesa o di volo, potrebbe paradossalmente non rispondere del decesso causato dal suo rifiuto di intervento determinato da soli motivi contrattuali (e non sostanziali, ad es. di sicurezza).

Sull'elemento soggettivo: particolarità della colpa medica

In generale, la differenza tra l'elemento soggettivo del dolo e quello della colpa, non è data dalla prevedibilità dell'evento (tant'è che è prevista anche la c.d. colpa cosciente, nei casi in cui l'agente risponde di un evento che ha previsto ma non voluto), bensì dalla non volontarietà dell'evento

antigiuridico: evento che, comunque, è riferito al soggetto per il fatto di avere agito in violazione di una regola di comportamento.

La colpa è generica quando l'inosservanza riguarda regole di comportamento comuni, di comune esperienza: quando, cioè, l'evento antigiuridico si verifica per negligenza, imprudenza o imperizia.

Un comportamento è:

- Negligente per omesso compimento di un'azione doverosa: ad esempio è negligente il medico che, per disattenzione, per dimenticanza, per trascuratezza, per svogliatezza, per leggerezza o superficialità, non rispetta quelle norme comuni di diligenza che è legittimo attendersi da persona abilitata all'esercizio della professione medica e che sono osservate dalla generalità dei medici. Un medico negligente è quello che dimentica una garza o un ferro chirurgico nell'addome del paziente o non controlla la data di scadenza del farmaco usato o scambia una specialità medicinale con un'altra.
- Imprudente se si trasgredisce a una regola di condotta da cui discende l'obbligo di non realizzare una determinata azione o la si compie con modalità diverse da quelle che andavano tenute. Si parla di imprudenza quando il medico agisce con avventatezza, con eccessiva precipitazione, con ingiustificata fretta, senza adottare le cautele indicate dalla comune esperienza o da precise regole dettate dalla scienza medica. Il medico che, invece di indirizzare l'ammalato da una specialista, esegue, senza averne le capacità, un intervento particolarmente impegnativo o che si impegna in una branca specialistica senza le dovute consultazioni, risponde di imprudenza.
- Imperito quando è caratterizzato da una forma di imprudenza o negligenza qualificata, perché riferito ad attività che esigono particolari conoscenza tecniche o abilità; si verifica quando la condotta del medico è incompatibile con il livello minimo di cognizione tecnica, di cultura, di esperienza e di capacità professionale, presupposti necessari per l'esercizio della professione medica. In particolare, la colpa medica sorge nel caso di ignoranza dei principi elementari (incompatibile con il minimo di cultura e di esperienza che dovrebbe legittimamente pretendersi da chi sia abilitato all'esercizio della professione sanitaria) e di trascuranza di quelle norme fondamentali che ogni professionista non può e non deve ignorare.

La colpa è specifica quando l'inosservanza concerne specifiche regole di comportamento, dettate da norme contenute in leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Si pensi al caso del medico che causa un incidente trasfusionale per l'inosservanza di disposizioni in materia di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano.

Sul nesso di causalità:

Della necessità di distinguere, nei reati di colpa medica, le ipotesi di reati commissivi da quelli omissivi si è già detto in precedenza, lì dove è stato evidenziato come l'art. 40 ,co. 2 c.p., pone sì un'equivalenza tra condotte commissive ed omissive, ma richiede per queste ultime la verifica dell'esistenza, in capo dell'agente, di una posizione di garanzia da cui discende, appunto, quell'obbligo di attivarsi.

Tuttavia, sotto l'aspetto probatorio, la distinzione pone problemi pratici di una certa rilevanza.

Ed infatti, mentre per i reati commissivi è tendenzialmente più agevole la verifica dell'esistenza o meno del nesso di causalità tra la condotta e l'evento antigiuridico, dato che l'esistenza di un'azione permette di applicare più facilmente il principio condizionalistico (talché è possibile affermare che la causalità esiste se, eliminata quell'azione, l'evento non si sarebbe verificato), per i reati omissivi impropri quella verifica comporta la valorizzazione di una più complessa regola di giudizio controfattuale: la condotta omissiva è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dall'insieme dei fatti accaduti – se cioè l'agente avesse tenuto la condotta doverosa – l'evento non si sarebbe concretizzato (ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente

successiva o con minore intensità lesiva); del pari, la condotta omissiva non è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dall'insieme dei fatti accaduti, l'evento antigiusuridico si sarebbe verificato ugualmente.

Il contrasto giurisprudenziale relativo alla determinazione del criterio da impiegare per giungere alla dimostrazione dell'esistenza del nesso di causalità è stato risolto dalle Sezioni Unite della Cassazione con la nota sentenza Franzese del 2002 (11-09-2002, n. 30328), con la quale si è sostenuto che il rapporto di causalità tra omissione ed evento deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

Le pronunce successive, tra cui la sentenza 3 ottobre 2007, n. 36162, sul tema dell'individuazione del nesso di causalità tra omissione ed evento nell'ipotesi di reato colposo omissivo improprio addebitato ad un medico, si inseriscono perfettamente nel quadro delineatosi a seguito di quanto puntualizzato dalle Sezioni Unite, secondo cui nella ricostruzione del nesso eziologico tra la condotta omissiva del sanitario e l'evento lesivo non si può prescindere dall'individuazione di tutti gli elementi concernenti la "causa" dell'evento (morte o lesioni del paziente).

Solo conoscendo il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici è possibile analizzare la condotta omissiva colposa addebitata al sanitario.

Si tratta della necessità di effettuare il giudizio controfattuale per verificare, avvalendosi delle leggi statistiche o scientifiche e delle massime di esperienza che si adattino al caso concreto, se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta (ma omessa), l'evento lesivo "*al di là di ogni ragionevole dubbio*" sarebbe stato evitato o si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (cfr. Cass. pen. Sez. IV, 25-05-2005, n. 25233).

A proposito della rilevanza delle leggi statistiche, con altra recente decisione (cfr. Cass. Pen., sez. IV, 02-02-2007, n. 4177) è stato stabilito che la sussistenza o meno del nesso eziologico non può essere, "*esaustivamente e semplicisticamente trovata, sempre e comunque, nelle leggi statistiche*", in precedenza considerate decisive, in quanto "*sono solo uno degli elementi che il giudice può e deve considerare, unitamente a tutte le altre emergenze del caso concreto*".

I limiti di responsabilità nel campo dell'emergenza sanitaria:

Sintetizzando le osservazioni sin qui svolte, si può affermare la responsabilità penale degli operatori del soccorso, ciascuno per la competenza che gli è propria, per lesioni personali o morte derivanti da eventi traumatici sui quali siano intervenuti, in presenza delle seguenti condizioni:

- Evento lesivo (come la mancanza di interventi tempestivi e qualificati durante le prime ore) produttivo di rischio di morte precoce o di aggravamento di lesioni personali

Ed inoltre

- Mancata attuazione di un sistema di risposta all'emergenza

Ovvero

- Inadeguata preparazione dei soccorritori

Ovvero

- Inadeguatezza tecnologica dei presidi forniti per il soccorso

Ovvero

- Mancato rispetto da parte dei sanitari delle *leges artis* nel singolo intervento.

Responsabilità civile: diligenza e difficoltà dell'intervento

È necessario richiamare i punti fermi della giurisprudenza civile in ordine alla responsabilità professionale applicabili all'emergenza sanitaria.

La responsabilità - nei confronti del paziente danneggiato - del sanitario dipendente di una struttura pubblica ha natura controversa.

L'accettazione del paziente nell'ospedale, per un ricovero oppure una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un **contratto d'opera professionale tra il paziente e l'Ente ospedaliero**, il quale assume a proprio carico nei confronti del malato l'obbligazione di compiere l'attività diagnostica e la conseguente attività terapeutica in relazione alla specifica situazione patologica del paziente preso in cura. Poiché a questo rapporto contrattuale non partecipa il medico dipendente, che provvede allo svolgimento dell'attività diagnostica o terapeutica quale organo dell'Ente ospedaliero, la responsabilità del sanitario verso il paziente per il danno cagionato da un suo atto diagnostico o terapeutico può essere soltanto di tipo extracontrattuale, con la conseguenza che il diritto al risarcimento del danno spettante al paziente si prescrive in cinque anni.

L'ascrizione dell'attività del medico dipendente della struttura sanitaria alla responsabilità extracontrattuale, secondo i più recenti orientamenti della Corte di Cassazione, non appare però più persuasiva. Questa impostazione riduce al momento terminale, cioè al danno, una vicenda che non incomincia con questo, ma si struttura dapprima come rapporto, in virtù del quale il paziente si affida alle cure del medico. Inoltre, se la responsabilità del medico dipendente fosse ristretta esclusivamente nell'ambito della responsabilità aquiliana, essa sarebbe configurabile solo nel caso di lesione della salute del paziente conseguente all'attività del sanitario e quindi di violazione dell'obbligo di protezione dell'altrui sfera giuridica; il medico sarebbe responsabile solo laddove il paziente si trovi in una posizione peggiore rispetto a quella precedente il contatto con il medico.

Secondo l'orientamento più recente, la responsabilità dell'Ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario, e del medico suo dipendente per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico tra l'ente gestore e il privato che ha richiesto e usufruito del servizio, **ha natura contrattuale di tipo professionale**.

Le decisioni ispirate a tale principio si basano sul disposto dell'art. 28 Cost. il quale prescrive che *"i funzionari e dipendenti dello Stato e degli enti pubblici, sono direttamente responsabili secondo le leggi penali, civili e amministrative degli atti compiuti in violazione dei diritti"*. Su tale presupposto l'Ente e il sanitario risponderebbero ugualmente per responsabilità contrattuale.

Da circa un decennio la Suprema Corte qualifica la responsabilità professionale del medico di natura contrattuale, pur fondandola, ove manchi il rapporto contrattuale diretto, sul solo contatto sociale (cfr. Cass. S.U. n. 577-2008).

Il contatto sociale è infatti la fonte di un rapporto che non ha ad oggetto la protezione del paziente, bensì una prestazione che si modella su quella propria del contratto d'opera professionale, in base al quale il medico è tenuto all'esercizio della propria attività nell'ambito dell'Ente con il quale il paziente ha stipulato il contratto, ad essa ricollegando obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi emersi o esposti a pericolo in occasione del detto contatto e in ragione della prestazione medica da eseguirsi. In sostanza, in assenza di vincolo, il paziente non può pretendere la prestazione sanitaria dal medico, ma se il medico in ogni caso interviene, perché tenuto nei confronti dell'Ente ospedaliero, l'esercizio della sua attività sanitaria non può essere differente nel contenuto da quello che ha come fonte un contratto fra paziente e medico. Il contatto sociale è fonte quindi di responsabilità contrattuale per non avere il soggetto fatto ciò cui era tenuto.

Da tutto ciò consegue che la responsabilità dell'Ente gestore del servizio ospedaliero e quella del medico dipendente ha radice nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria da parte del medico, per cui accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale di entrambi.

Trattandosi di contratto d'opera intellettuale il medico/ l'infermiere risponde civilmente dei danni cagionati al paziente per inadempimento qualora l'opera prestata non sia stata improntata agli ordinari criteri di diligenza, perizia e prudenza esigibili nell'esercizio dell'attività medica. La diligenza del medico deve essere valutata facendo riferimento alle norme tecniche acquisite, alla scienza ed alla pratica, nonché alle precauzioni e accorgimenti suggeriti dall'esperienza e agli aggiornamenti a cui è tenuto costantemente.

Quanto alla qualità della prestazione richiesta al sanitario, vale il richiamo all'art. 2236 c.c., in materia di responsabilità del prestatore d'opera, a norma del quale *"se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave"*. In sintesi, è inversamente proporzionale il rapporto che intercorre tra la difficoltà della prestazione ed il grado di colpa: più cresce la prima e più diminuisce la seconda.

Escludendo l'ipotesi di dolo, che si concreta nell'atteggiamento psicologico della rappresentazione e volizione, la colpa grave ricorre in tutti quei casi in cui sia possibile ravvisare la totale difformità del metodo e della tecnica utilizzati da medico da quelle regole che sono il comune patrimonio conoscitivo acquisito alla scienza ed alla pratica e costituiscono il corredo necessario del professionista sanitario.

La complessità della prestazione richiesta al sanitario che opera in emergenza può discendere dalle condizioni disagiati in cui il medico è chiamato ad intervenire (Cass. 18-4-1978, n. 1845); si pensi all'attività di elisoccorso prestata in ambienti ostili..

Uno sguardo d'insieme allo sviluppo della giurisprudenza civile mostra una riduzione dell'area d'immunità così configurata particolarmente rilevante per la materia dell'emergenza sanitaria:

"L'alto tasso di esiti negativi di un certo intervento non costituisce circostanza di significato univoco circa la sussistenza della particolare difficoltà nello svolgimento della prestazione medica, poiché potrebbe riguardare la patologia sulla quale si interviene piuttosto che le modalità di intervento, rispetto alle quali si misura la diligenza richiesta. Certamente il margine di rischio dell'intervento può essere considerato nella valutazione globale della particolare difficoltà dell'intervento, ma di per sé non può costituire elemento decisivo, dovendosi comunque fare anche e soprattutto riferimento alla prestazione che il sanitario rende" Cass. civ., 28-5-2004, n. 10297.

L'IMPORTANZA DI OPERARE IN UNA SITUAZIONE DI SICUREZZA:

Gestire correttamente e proficuamente una situazione di emergenza urgenza territoriale, come quella in cui opera l'attività di elisoccorso, è possibile solo se si conosce l'importanza di operare in sicurezza e di adottare tutte quelle misure cautelative necessarie per non mettere a rischio la propria e l'altrui incolumità.

L'adozione di misure tecniche di prevenzione, il perfezionamento degli impianti, l'ottimizzazione dei metodi lavorativi, l'informazione e la formazione degli operatori, il loro controllo comportamentale ed, infine, l'uso di appropriati DPI, sono le regole da osservare.

I DPI, dispositivi di protezione individuale, sono costituiti da qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore, allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro.

In caso di rischi multipli, propri del mondo dell'emergenza, che richiedano l'uso contemporaneo di più DPI (casco, sottocasco, completo antifiama, guanti, stivali, etc.), questi devono mantenere, anche nell'uso simultaneo, la propria efficacia nei confronti del rischio.

Riassumendo, un equipaggiamento protettivo deve:

- coprire tutte le zone esposte a rischio
- proteggere, in modo differenziato, le aree corporee a maggior vulnerabilità;
- possedere un isolamento termico adeguato all'energia termica propria dell'attività svolta;
- avere resistenza meccanica adeguata allo specifico ambiente operativo;
- essere comodo da indossare e consentire i movimenti richiesti dall'attività lavorativa;
- rendere possibile l'evaporazione del sudore prodotto nel corso dell'attività;
- rendere possibile la perfetta visibilità dell'operatore, anche in condizioni di luce scarsa;
- garantire nel tempo le caratteristiche di sicurezza originarie (questo, a seguito di ripetuti lavaggi e "maltrattamenti" sul campo, deve essere verificabile).

Quali sono i DPI che i datori di lavoro devono fornire obbligatoriamente ai propri lavoratori per tutelare la loro sicurezza ed **evitare eventuali sanzioni**?

Il **Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro** (art.74 D.Lgs. 81/2008) definisce per esclusione quali non sono considerati DPI:

- gli indumenti da lavoro ordinari e le uniformi non specificatamente destinati a proteggere la salute e la sicurezza sul lavoro;
- le attrezzature dei servizi di soccorso e di salvataggio
- le attrezzature di protezione individuale proprie dei mezzi di trasporto;
- le attrezzature di protezione individuale delle forze armate e del personale di servizio di mantenimento dell'ordine pubblico;
- i materiali sportivi quando sono utilizzati a fini sportivi e non per attività lavorative;
- i materiali per autodifesa o per la dissuasione;
- gli apparecchi portatili per individuare e segnalare rischi e fattori nocivi.

N.B. Lo “svincolamento” delle attrezzature di protezione individuale dei lavoratori operanti nei servizi di soccorso e di salvataggio (si pensi ai Vigili del Fuoco o ai membri dell’elisoccorso) dalla comune legislazione in materia non è stato sancito per una mancanza di attenzione nei confronti di questi lavoratori, ma, anzi, proprio in ragione delle loro peculiari esigenze, connesse con la particolare attività lavorativa espletata. Il legislatore ha inteso evidenziare che le attrezzature di protezione individuale di lavoratori particolari quali quelli operanti nei servizi di soccorso e salvataggio non possono assolutamente essere accomunate a quelle del lavoratore comune; basti pensare che la maggior parte dei DPI del lavoratore comune assolve normalmente funzione di protezione da singoli fattori di rischio, mentre quelli studiati per i Vigili del Fuoco o per l’equipaggio dell’elisoccorso assolvono una funzione di protezione multi rischio.

Per tale ragione bisogna rifarsi a circolari e a disposizioni interne per individuare precisamente le caratteristiche dei dispositivi di protezione di cui gli elisoccorritori si devono munire.

Il lavoratore è obbligato a utilizzare correttamente i DPI, ad averne cura e a non apportarvi modifiche, segnalando immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto qualsiasi difetto o inconveniente specifico (per es. se i DPI non sono adatti all'utilizzatore, alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro, ai rischi da prevenire o all'esigenze ergonomiche del lavoratore).