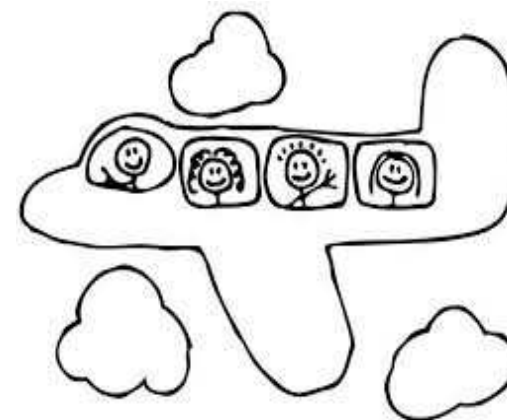


“C’E’ UN MEDICO A BORDO?”

- IL LEGALE -

PARTE I - INTRODUZIONE:

In un recente studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (N Engl J Med 375;3 July 21, 2016) è stato constatato che gli arrivi turistici – per via aerea - in tutti i paesi del mondo nel 2015 sono stati pari a circa 1.2 miliardi di persone. Tale studio, oltre a mettere in luce questo dato, ha evidenziato come – variando da destinazione a destinazione – tra il 22% e il 64% dei viaggiatori (prima, durante o dopo il viaggio) riscontrano una qualche tipologia di malessere (che va dalla diarrea ad infezioni respiratorie e – in alcuni casi – infezioni acute o, raramente, altre più gravi patologie).



Un dato di ancora maggiore rilevanza per questo mio breve intervento – e foriero di problemi per la sicurezza sanitaria in volo - è quello secondo cui, almeno potenzialmente, una percentuale compresa tra il 20% e l’80% dei viaggiatori non compie alcuna visita medica per il controllo della propria salute prima di mettersi in viaggio.

Confrontando questi dati, quindi, secondo un altro studio pubblicato recentemente sul *New England Journal of Medicine* (N Engl J Med 373;939-945 September 3, 2015), lo scenario di un’emergenza medica in volo si presenta, in media, 1 volta ogni 604 voli.

In tale studio è stato altresì constatato che le patologie maggiormente frequenti sono: la sincope, i traumi per vuoti d’aria, la dispnea, le alterazioni dello stato di coscienza, la sindrome coronariche acute, l’arresto cardiaco, le emergenze psichiatriche e l’ictus.

Lo scenario fin qui delineato fa allora emergere con chiarezza un dato: Sempre più medici possono potenzialmente venire a contatto (o essere presenti) durante un'emergenza medica in volo.

Molti appaiono gli aspetti giuridici da trattare, tra tutti: l'obbligo d'intervento, la legge applicabile e le conseguenze civili e/o penali ascrivibili alla condotta del medico.



Prima di addentrarci nell'analisi di tali questioni, però, un' ultima considerazione merita di essere svolta: specie negli ultimi anni, le compagnie aeree si sono dotate di medicinali (e medicazioni) di primo soccorso e, soprattutto, hanno favorito la formazione degli assistenti di volo al fine di gestire con lucidità e prontezza anche le evenienze più delicate (vedi per esempio l'uso del dispositivo *BLS-D* anche sugli aeromobili a raggio medio-corto).

Una certa uniformità dal punto di vista dotazionale degli aeromobili è stata successivamente garantita anche dalle linee guida *EU-OPS*.

Nello stesso tempo, gran parte delle compagnie aeree si sono pure dotate di un servizio di consulenza per le emergenze in volo con collegamento a terra (V. *MedAire* negli USA).

In Italia, ad esempio, è operativo il *Centro Operativo Radio-Medico*, che fornisce assistenza e supporto in caso di emergenza (anche medica) – oltre che alle navi – anche agli aerei in navigazione.

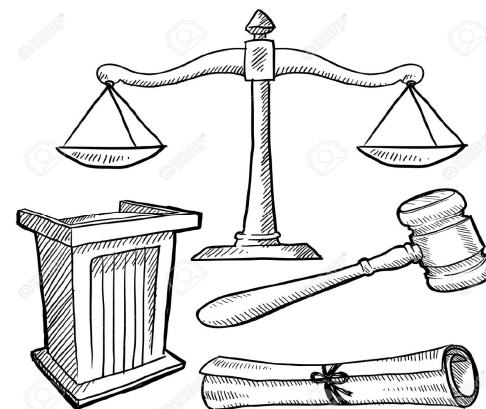
In definitiva, dunque, sia i miglioramenti tecnologici, sia la maggiore efficienza e preparazione degli assistenti di volo a fronteggiare alcuni tipi di emergenze sanitarie, può essere vista come un primo filtro per tutte quelle emergenze di minor rilievo, o "impatto", che possono verificarsi in volo.

PARTE II – IL PUNTO DI VISTA DEL LEGALE:

Tutto ciò premesso, occorre ora analizzare che cosa accade a bordo di un aeromobile quando si verifica una chiamata di emergenza, e quali sono gli aspetti legali di maggiore rilevanza di cui tenere conto.

Innanzitutto, a quanto ci risulta, sono gli assistenti di volo – su determinazione del comandante, che per il suo ruolo può anche decidere di effettuare lo scalo di emergenza (in accordo con il medico, se presente) – che nel momento in cui si rendono conto della gravità dell'emergenza, richiedono l'intervento di un medico, ponendo la classica domanda: "C'è un medico a bordo?".

Una breve riflessione, a tal proposito, meritano i poteri del comandante.



Secondo quanto disposto dal Codice della Navigazione all'art. 8, che ha recepito in Italia la Convenzione di Chicago del 1944 e le sue successive modifiche, il comandante (sia di mare che di aeromobile) rappresenta compiutamente l'armatore, ed è di fatto un plenipotenziario a bordo, anche se l'armatore può in ogni momento dispensarlo dal comando. Il comandante ha addirittura il diritto di requisire beni, smantellare parte della nave se necessario, impegnare oggetti e arredi, disfarsi di parte del carico per completare quella che è la sua missione assoluta: portare in salvo la nave e i passeggeri.

Ex art. 1237 Codice della navigazione, poi, “quando è stato commesso un reato in corso di navigazione, il comandante della nave o dell'aeromobile, prima della partenza dal luogo di primo approdo, e comunque entro ventiquattro ore da tale approdo, consegna le persone che siano in istato di arresto o di fermo, le denunce, le querele, i rapporti, gli altri atti compilati, i referti e i corpi di reato all'autorità marittima o a quella preposta alla navigazione interna o all'autorità aeronautica locale del Regno; ovvero, all'estero, all'autorità consolare o, in mancanza, ai comandanti delle navi da guerra che si trovino nel luogo”.

N.B. Un'ultima osservazione concerne il valore di atto pubblico del Registro di Bordo (anche chiamato Giornale di bordo) su cui il comandante trascrive ogni azione o avvenimento che avviene sull'aeromobile.

La fede di atto pubblico, di conseguenza, attribuisce una valenza rafforzata a tale documento, che quindi diverrà a tutti gli effetti una prova molto difficile da “smontare” nel processo, a meno di una querela di falso da parte dell'avente diritto.

PARTE III – IL PUNTO DI VISTA DEONTOLOGICO:

Qui nasce la prima questione giuridica: se la decisione di compiere uno scalo di emergenza spetta al solo comandante - che nella decisione da prendere può essere sorretto dal medico a bordo eventualmente presente, e dai centri medici a terra - il medico a bordo è comunque tenuto a intervenire a seguito della richiesta d'intervento? A quali responsabilità incorre se omette di intervenire?

Deontologicamente, e più in particolare secondo quanto previsto dal giuramento di Ippocrate (v. il combinato disposto tra il principio del c.d. *primum non nocere*, e l'obbligo di prestare tutela e assistenza d'urgenza a chi ne abbisogni ex art. 7 del Codice Deontologico) tutti i medici italiani sarebbero obbligati ad intervenire – anche in volo - a tutela della salute dei passeggeri.

Tale conclusione non deve apparire scontata poiché, ad esempio, negli Stati Uniti e in GB il medico non è deontologicamente obbligato a intervenire nel caso di un'emergenza medica di un suo non assistito (dato il fondamentale principio vigente in quegli ordinamenti della supremazia del rapporto di fiducia tra medico e paziente - *intuitu personae*). Per chi volesse approfondire tali tematiche, può analizzare l'articolo presente sul *Journal of the Royal Society of Medicine* – J R Soc Med 2006 Dec; 99(12): 628-631. Tale principio giuridico, in un Paese – la GB - ove il precedente giurisprudenziale assume rilevanza di norma vincolante (secondo il principio dello *stare decisis*), è stato riaffermato anche nella causa *Stovin v. Wise* del 1996, House of Lords, (3 WLR 389).



PARTE IV – LE POTENZIALI CONSEGUENZE CIVILI:



Ma che ne è, allora, per il medico italiano?

Fermo restando quanto fin qui detto, nel caso in cui un medico italiano non rispondesse alla chiamata di emergenza, quali sarebbero le conseguenze civili e penali, e la legge applicabile in caso di responsabilità del medico?

Secondo un principio giuridico elaborato, dapprima nella c.d. consuetudine internazionale, e recepito poi nella già menzionata Convenzione internazionale di Chicago del 1944 – *“in tema di navigazione aerea vige il criterio esclusivo della nazionalità dell’aeromobile secondo quanto previsto dall’art. 18 della Convenzione di Chicago del 1944 istitutiva dell’ICAO”* (v. F. Salerno, *Diritto Internazionale – Principi e Norme – terza edizione*, CEDAM, pp. 340-341). Tale principio, in Italia, è stato codificato nel Codice della Navigazione all’art. 5, con *“la ratio di consentire un sicuro criterio d’individuazione della legge regolatrice del rapporto nel caso in cui altri criteri non siano disponibili o siano di difficile individuazione”* (v. M. Badagliacca, *Rivista di Diritto dell’Economia, dei Trasporti e dell’Ambiente*, Vol. VII/2009, pp. 1 e ss.).

La legge che si applica all’aeromobile in navigazione (non se fermo sulla pista, ove si applicherà la legge del territorio su cui il velivolo giace) è, dunque, quella di bandiera (cioè propria del mezzo di navigazione, attribuito a seguito della registrazione presso le competenti autorità nazionali ex art. 20 Convenzione di Chicago del 1944). Tale incombenza – ufficializzata con il rilascio di un certificato di registrazione - non appare di poco conto perché, sempre come affermato dai maggiori studiosi del diritto internazionale quali il Prof. Salerno, *“l’attribuzione della bandiera nazionale non è un fatto puramente simbolico, ma ha efficacia erga omnes”* e, di conseguenza, *“alla nave o all’aereo si applica la legge di bandiera e lo Stato di nazionalità vi esercita la propria giurisdizione amministrativa, penale e civile, oltre che la protezione diplomatica, quasi alla stregua del territorio dello Stato”*.

Vediamo ora un paio di ipotesi:

1. Dal punto di vista civilistico, *nulla quaestio* nel caso in cui il medico italiano provocasse un danno mediante una sua azione od omissione (ovviamente a titolo di responsabilità extracontrattuale ex art. 2043 c.c.) al viaggiatore paziente (su un aeromobile di bandiera italiana): egli, se sarà ritenuto responsabile del fatto ascrittogli, dovrà risarcirlo secondo le leggi di bandiera dell'aeromobile (in questo caso le leggi italiane).
1. Nel caso in cui il medico italiano viaggiasse, invece, su di un aeromobile battente bandiera diversa da quella italiana (e dunque sia presente un "carattere di estraneità"), più complicate sarebbero le conseguenze giuridiche, sia dal punto di vista della legge applicabile e della legittimazione attiva, sia sotto il profilo dei vari criteri di collegamento e del foro competente. In questa ipotesi, infatti, tutto dipenderà dalla bandiera UE o extra-UE dell'aeromobile su cui si è verificato il danno. Se l'aeromobile batte bandiera di uno dei Paesi membri UE, si applicheranno i Regolamenti specifici adottati in tema di obbligazioni *extra-contrattuali* (v. sul punto il c.d. Reg. "Roma II", Regolamento CE n. 864 del 2007, dell'11 luglio 2007 del Parlamento Europeo e del Consiglio e successive modificazioni); se l'aeromobile batte, invece, bandiera di un Paese extra-UE, si applicherà la disciplina di diritto internazionale privato dello Stato di bandiera dell'aeromobile.



N.B. A tal proposito, proprio per tenere indenne il medico collaborante dal rischio di richiesta di risarcimento del passeggero danneggiato in caso d'intervento, ed invitarlo a partecipare attivamente alle attività mediche in caso di emergenza, molte compagnie (tra cui Air France, Swiss, KLM, SAS) hanno (o equiparando il medico a un dipendente proprio o a un dipendente occasionale) esteso la copertura assicurativa della compagnia per la RCT.

Altre, invece, come Lufthansa, ANA, hanno creato un apposito programma "*Doctor On Board*" in base al quale "*il medico trattante è tutelato nell'ambito di un'assicurazione contro la RCT che Deutsche Lufthansa AG ha stipulato. Attraverso questa procedura i medici a bordo sono tutelati personalmente da eventuali diritti di regresso del passeggero trattato, il dolo è escluso*".

Negli Stati Uniti, inoltre, *l'Aviation Medical Assistance Act* del 1988 tutela il personale sanitario qualificato che presta assistenza medica nelle emergenze, a meno di imperizia e di negligenza.

PARTE V – LE POTENZIALI CONSEGUENZE PENALI:

Ma se il medico, non rispondendo alla chiamata di emergenza - violando quindi *in primis* il proprio codice deontologico - oltre che a rispondere personalmente civilmente, potrà risponderne anche penalmente?

In altre parole, nel caso di un medico che viaggiasse su un aeromobile italiano, ove costui – provata la propria omissione, l'elemento soggettivo e il nesso causale tra l'omissione e le lesioni o la morte del passeggero – provocasse delle lesioni (art. 582 e ss. c.p.) o la morte del passeggero (art. 589 e ss. c.p.), *nulla quaestio*: la responsabilità penale per il medico – dato il suo c.d. “*obbligo o posizione di garanzia*” - appare chiara (esponendosi costui in tal modo anche a pretese risarcitorie con meccanismi del tipo “costituzione di parte civile” del danneggiato).

Saranno comunque sempre applicabili le cause di non punibilità dello “*stato di necessità*” (art. 54 c.p.) o “*dell'adempimento di un dovere*” (art. 51 c.p.) nel caso in cui il medico ponesse in essere comportamenti valutabili alla stregua di reati (ad es. lesioni o morte del curato).

A ciò si aggiunga anche che, per il solo fatto di non aver risposto alla chiamata del comandante o del personale di volo, risponderebbe già – *sine dubio* – del reato di omissione di soccorso ex art. 593 c.p.

Anche qui, però, potrebbero darsi almeno un paio di ipotesi:

1. Nel caso di un medico italiano (o straniero), su un aeromobile italiano, è lo stesso art. 6 c.p. che estende la responsabilità penale “*a chiunque commette un reato nel territorio dello Stato [...] anche quando l’azione o l’omissione che lo costituisce è ivi avvenuta in tutto o in parte*”. Tale articolo va, infatti, letto in combinato disposto con l’art. 4 c.p. che stabilisce: “*è territorio dello Stato il territorio della Repubblica e ogni altro luogo soggetto alla sovranità dello Stato. Gli aerei e le navi sono considerati come territorio dello Stato [...]*”.
1. Nel caso in cui un medico italiano o straniero si trovasse, invece, su un aeromobile non battente bandiera italiana (UE o extra-UE), per qualificare l’illecito come penale, occorrerà fare riferimento al complesso di norme – e delle loro interpretazioni giurisprudenziali – dello Stato di bandiera dell’aeromobile. Il procedimento penale, quindi, seguirà le norme stabilite dall’ordinamento straniero e il giudice straniero applicherà le norme penali di quell’ordinamento. Potranno comunque essere applicati, al caso di specie, tutti quegli strumenti di c.d. cooperazione rafforzata in ambito penale (v. ad es., nell’Unione Europea, a seguito dell’entrata in vigore del “*Trattato di Lisbona*” nel 2009, gli artt. 82 e 86 del *TFUE*).