

**Eutanasia diretta, desistenza terapeutica e *best interest of the patient*  
alla luce della giurisprudenza e della legislazione inglese.  
Il caso *Conway* e il caso *Charlie Gard***

di **Francesca Paruzzo** – Dottoressa di ricerca, Università degli Studi di Torino

**ABSTRACT:** The purpose of the paper is to analyse two sentences delivered by the High Court: one, about a request for legalization of active euthanasia and the other one about the interruption of medical treatments administered to a child, suffering from a terminal disease. This two verdicts are perfectly coherent with the Uk general orientation about these topics. One denies the legalization of active euthanasia, the other one recognizes that therapeutic withdrawal is a fundamental right that aim at the patient's best interest.

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. Eutanasia e desistenza terapeutica. La necessità di una chiarezza terminologica. – 3. Eutanasia attiva e desistenza terapeutica nel Regno Unito. – 3.1. L'eutanasia attiva diretta e il suicidio assistito. – 3.1.1. Persistente illiceità dell'eutanasia attiva: la compatibilità con la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. – 3.2. La desistenza terapeutica e il *best interest* del paziente. – 4. *Noel Douglas Conway* e *Charlie Gard*: la *High Court* conferma gli orientamenti consolidati nell'ordinamento inglese in tema di eutanasia attiva e di *best interest* del paziente. – 4.1. *Conway v. Secretary of State for Justice*. – 4.2. *Great Ormond Street Hospital v. Gard*. – 5. Considerazioni conclusive.

### **1. Premessa**

Le due sentenze in commento, pronunciate dalla *High Court* inglese nei casi *Conway v. Secretary of State for Justice*<sup>1</sup> e *Great Ormond Street Hospital v. Gard*<sup>2</sup>, impongono necessarie riflessioni sulle questioni inerenti i temi del fine vita in presenza di patologie terminali: riguardano, infatti, la libertà di autodeterminazione dell'individuo nelle scelte sanitarie, i limiti alla disponibilità della vita umana da parte dei singoli pazienti e dei terzi e il ruolo che lo Stato è chiamato a rivestire intervenendo, in tali ambiti, attraverso divieti, obblighi o permessi.

---

\* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le Linee Guida della Rivista.

<sup>1</sup> *Conway v. Secretary of State for Justice* – [2017] EWHC 640 (Admin).

<sup>2</sup> *Great Ormond Street Hospital v. Gard* (EWHC del 11/04/2017).

Le fattispecie in questione concernono, nel primo caso, una richiesta di *judicial review* inoltrata da Noel Douglas Conway, cittadino britannico affetto dalla *Motor Neurone Disease* – una malattia degenerativa che causa una progressiva perdita di controllo dell'attività della muscolatura volontaria – e fondata su una presunta incompatibilità della *Section 2 (1)* del *Suicide Act* del 1961, che punisce ogni forma di istigazione o aiuto al suicidio, con gli articoli 8 e 14 della Convenzione europea dei diritti dell'Uomo, nella parte in cui impediscono ai medici di somministrare l'eutanasia ai pazienti malati terminali; nel secondo caso, invece, si analizza l'opportunità – oggetto di enorme attenzione mediatica e di ulteriori pronunce successive – di proseguire o meno le cure nei confronti di un minore, Charlie Gard, affetto da una patologia che porta a gravi disfunzioni muscolari e cardiache, la mitocondriopatia, nell'ambito di un contenzioso che vede contrapposto il volere dei genitori, esercenti la responsabilità genitoriale sul bambino che chiedono di essere autorizzati a sottoporlo a terapie sperimentali in America e quello dell'Ospedale<sup>3</sup> che ritiene, al contrario, maggiormente rispondente al *best interest* del minore la sospensione di ogni trattamento.

Sono casi, questi, che impongono di esaminare come sia intesa la morte all'interno di un ordinamento giuridico e di valutare se, specialmente nella prima controversia, il diritto alla vita comprenda anche un diritto *sulla vita* e, quindi, la possibile pretesa giuridica di rinunciarvi attraverso l'aiuto di terzi che causalmente determinino la morte e se, nella seconda, la desistenza terapeutica possa essere considerata un diritto, soprattutto quando la continuazione di una cura non risponda più al migliore interesse del paziente.

Sono interrogativi le cui risposte, pur nella consapevolezza che non si possa pervenire a una verità indiscutibile e valida per tutti, consentono di investigare le istanze che originano dalla società attuale e che trovano la loro causa in un più penetrante impatto delle scoperte scientifiche sui momenti fondamentali dell'esistenza umana – la nascita e, per ciò che qui interessa, la morte – affidandoli sempre di più alla scelta e non all'intangibilità dei processi naturali. Soprattutto rispetto al morire, le conoscenze tecniche, anche senza procurare la guarigione o, quantomeno, la proroga, per quanto breve, di una vita “degnata di essere vissuta”, possono comportare il protrarsi dell'esistenza biologica al di là di quanto un soggetto voglia o immagini possibile, lasciando a un tempo passato “l'immagine della morte mietitrice che giungeva inaspettata e che da nessuno veniva o poteva essere ostacolata<sup>4</sup>”. Si introduce e si rafforza, in questi ambiti, una distinzione netta tra vita biologica e vita biografica; tra essere vivi, a prescindere dalla presenza di stati mentali e percettivi<sup>5</sup>, e avere una vita.

## **2. Eutanasia e desistenza terapeutica. La necessità di una chiarezza terminologica**

Nei due casi sottoposti alla *High Court* sono centrali, quindi, i temi dell'eutanasia e della desistenza terapeutica.

In tal senso, appare preliminarmente utile cercare di definire cosa si intenda quando si utilizzano questi termini e quali condotte essi riguardino; solo a partire da ciò, infatti, è possibile procedere nell'analisi della differenza esistente tra il lasciar(si) morire interrompendo un trattamento terapeutico e il provocare attivamente la morte<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Tale vicenda si è conclusa in data 28 luglio 2017 con la morte del minore in seguito all'interruzione di ogni trattamento terapeutico.

<sup>4</sup> U. ADAMO, *Eutanasia e diritto costituzionale. Autorità vs libertà?*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. del 2016, 1254; C. TRIPODINA, *Eutanasia, diritto, costituzione nell'età della tecnica*, in *Diritto pubblico*, n. 1, 2001, 129.

<sup>5</sup> M. MORI, *Biodiritto e pluralismo dei valori*, in S. RODOTA', M. TALLACCHINI (a cura di), *Ambito e fonti del biodiritto*, Giuffrè Editore, Milano, 2010, 451.

<sup>6</sup> R. DWORKIN, *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1994. Secondo Dworkin le decisioni che riguardano l'eutanasia chiamano in causa tre questioni distinte; le prime due attengono all'autonomia del paziente, strettamente connessa, a sua volta, al miglior interesse dello stesso. Si fa appello, in questo modo, all'idea che sia meglio vivere una vita strutturata secondo uno stile determinato, perfino quando essa giunga alla fine (262). Si fa riferimento, quindi, a due tipologie di interessi che connotano l'esistenza di ciascuno: quelli

Nel suo significato etimologico l'espressione eutanasia, composta dalle parole greche *eu* – buona – e *thanatos* – morte –, rimanda all'idea di una “morte dolce, priva di dolore e sofferenze”.

Di una morte che viene procurata da un soggetto terzo.

L'eutanasia di cui si parla oggi<sup>7</sup>, poi, è esclusivamente quella “pietosa, atto individuale di un uomo verso un altro uomo, sorretto dal movente altruistico di arrecare beneficio a chi si trovi in condizione di malattia terminale e sofferenza irrimediabile<sup>8</sup>”. Se questa è la definizione più propria, appare evidente come essa sia coerente solo con quelle condotte riconducibili all'eutanasia attiva, mentre ben poco ha a che fare con quei comportamenti che generalmente – e impropriamente – sono definiti come eutanasia passiva<sup>9</sup>.

Si ha eutanasia attiva, infatti, nei casi in cui ci si trovi di fronte all'azione di un terzo, generalmente un medico, finalizzata a cagionare il decesso del paziente o attraverso la messa a disposizione di un farmaco letale, poi assunto direttamente dal malato (c.d. suicidio assistito), o attraverso la somministrazione diretta dello stesso da parte del terzo (c.d. eutanasia attiva diretta). Pur in concorso con un processo patologico in atto, quindi, la morte è da ricollegarsi causalmente a una condotta materiale altrui, a un “atto che lede definitivamente e con un legame causale

---

di esperienza, ma soprattutto, quelli critici (277-278), ossia quegli interessi il cui soddisfacimento rende la vita autenticamente migliore. Tali elementi devono, poi, trovare il modo di conciliarsi con la terza questione, quella che riconosce un valore intrinseco e una connotazione sacrale alla vita. Punto essenziale, secondo Dworkin, è quello di comprendere come la sacralità della vita debba essere intesa e, di conseguenza, garantita e, nel procedere nell'analisi, riconosce il carattere determinante del contributo umano: “le opinioni si dividono non perché alcuni disprezzano i valori che altri onorano, ma, al contrario, perché i valori in questione sono al centro delle vite di ciascuno e nessuno è disposto a considerarli così banali da accettare gli ordini di altre persone riguardo al loro significato” (300).

<sup>7</sup> Quando si parla di eutanasia si fa in realtà riferimento, storicamente, a una pluralità di fenomeni estremamente diversi. Si veda in tal senso, F. D'AGOSTINO *Eutanasia, diritto e ideologia*, in *Justitia* 1977, 296; C. TRIPODINA, *Il diritto nell'età della tecnica: il caso dell'eutanasia*, cit.; G. DWORKIN, R.G. FREY, S. BOK, *Eutanasia e suicidio assistito. Pro e contro*, Edizioni di comunità, Torino, 2001; T. MORO, *Utopia, lo Stato perfetto, ovvero l'isola che non c'è*, Edizioni Demetra, Firenze, 2003, 106 che fa riferimento al fenomeno eutanasi quale efficace pratica economica, quale “soppressione di malati incurabili, di invalidi, di vecchi, allo scopo utilitaristico di alleggerire la collettività dal gravame parassitario di soggetti economicamente inutili o socialmente inadatti”; afferma Moro che “quando qualcuno non solo è incurabile, ma anche oppresso da continue sofferenze, allora i sacerdoti e i magistrati, dato che non è più in grado di rendersi utile e la sua esistenza, gravosa per gli altri, è per lui solo una fonte di dolore, lo esortano affinché si decida a non prolungare oltre quel male pestilenziale. La declinazione più tragica dell'eutanasia si ha, poi, con la concretizzazione dell'eutanasia eugenetica – eliminazione di individui in virtù della mitizzazione della razza pura da proteggere contro ogni minaccia di degenerazione, intesa come compito da gestire da parte dello Stato in nome del supremo interesse della Nazione – che si è avuta con il nazional-socialismo tedesco nel corso del quale, tra il 1939 e il 1941, ha visto la luce un programma eutanasi conosciuto come Aktion T4. Durante lo stesso “sono stati uccisi e passati per il camino circa trecentomila esseri umani classificati come “vite indegne di essere vissute”. Cfr. M. PAOLINI, *Ausmerzen, vite indegne di essere vissute*, Einaudi, Torino 2012, 5.

<sup>8</sup> C. TRIPODINA, *Il diritto nell'età della tecnica: il caso dell'eutanasia*, Jovene, Napoli, 2004, 27-28. È evidente, in questa definizione di eutanasia, la sua accezione prettamente individualistica che, nel passato, trova una sua prima elaborazione in Francis Bacon. Bacon scrive: “Io penso che l'ufficio del medico non è soltanto quello di ristabilire la salute, ma anche quello di mitigare i dolori e le sofferenze causate dalla malattia; e non solo quando ciò, come eliminazione di un sintomo pericoloso, può giovare a condurre alla guarigione, ma anche quando, perdutasi ogni speranza di guarigione, tale mitigazione serve soltanto per rendere la morte facile e serena [...]. Ai nostri tempi i medici si fanno una sorta di religione nel non far nulla quando hanno dato il paziente per spacciato; mentre, a mio giudizio, se non vogliono mancare al loro ufficio e quindi all'umanità, dovrebbero acquisire l'abilità di aiutare i morenti a congedarsi dal mondo in modo più dolce e quieto e praticarla con diligenza”. F. BACONE, *Della dignità e del progresso delle scienze*, in *Opere Filosofiche*, F. DE MAS (a cura di), Laterza, Roma-Bari, 1965, 214.

<sup>9</sup> L. EUSEBI, *Omissione dell'intervento terapeutico ed eutanasia*, in *Archivio penale*, 1985, 520; A questa primaria classificazione è, in ultima analisi, poi, possibile, affiancarne di ulteriori, più complesse e spesso non chiare, quali, ad esempio, la distinzione tra eutanasia impropria ed eutanasia propria; quest'ultima verrebbe ad essere identificata solamente con l'eutanasia attiva come precedentemente descritta, mentre l'eutanasia impropria sarebbe da ricondursi a diverse ipotesi quali il consapevole e libero rifiuto del paziente di sottoporsi alle cure, la sospensione di trattamenti necessari alla sopravvivenza del malato ad opera del medico – eutanasia passiva propriamente detta –, o il sospendersi di quelli configurantisi come accanimento terapeutico. Cfr. F. D'AGOSTINO, *Eutanasia come problema giuridico*, in *Archivio giuridico Filippo Serafini*, Mucchi Editore, Modena 1987, 43 ss.

immediato un'integrità biologica<sup>10</sup>". Nell'eutanasia attiva, invero, il fine ultimo diventa quello di procurare una morte benefica, anticipando l'evoluzione della malattia<sup>11</sup>, ponendo in essere un atto di piena disposizione della vita e mettendo fine a uno stato di sofferenza considerato intollerabile<sup>12</sup>.

Nell'eutanasia passiva, invece, il decesso è imputabile causalmente alla patologia sul cui decorso si innesta l'omissione o l'interruzione del trattamento terapeutico, di rianimazione o di sostentamento artificiale. È evidente che siano casi, questi, in cui sarebbe più opportuno parlare di rifiuto di una cura o di desistenza terapeutica. Non è un terzo, infatti, che procura la *buona morte*, ma questa è conseguenza inevitabile della cessazione della terapia, cessazione che si configura come frutto di libera scelta, se il soggetto è pienamente cosciente, o di una decisione rispondente al suo "migliore interesse", qualora non lo sia. Il bene giuridico su cui si incide in queste situazioni, quindi, è la salute, tutelata, in Italia, dall'art. 32 della Costituzione come fondamentale diritto dell'individuo e – secondo una prospettiva oggettivo sociale – come interesse della collettività<sup>13</sup> e che, in questi casi, viene in considerazione nella sua declinazione negativa: ogni essere umano è, infatti, libero di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di decidere di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità suoi propri, finanche di lasciarsi morire<sup>14</sup>. Se le cure non costituiscono più, nella nostra società, un principio autoritativo, "un'entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall'alto o dall'esterno, che ciò avvenga ad opera del medico, dotato di un privato ed inaccessibile sapere specialistico o dalla struttura sanitaria nel suo complesso<sup>15</sup>", ma un atto di libera scelta, allora è evidente che esse possano essere oggetto di rinuncia e che a essa debba essere dato seguito.

Sono questioni radicalmente diverse, quali quelle oggetto delle due pronunce in commento, che mostrano il loro carattere controverso non tanto nella condizione del soggetto impregiudicato nella sua facoltà intellettuale di prendere una decisione e fisicamente sufficientemente autonomo da poter operare di conseguenza: in ciò sta la piena libertà di scelta di chi vuole *levar la mano su di sé*<sup>16</sup>, la sua libertà di morire. Piuttosto, le situazioni che suscitano i maggiori interrogativi sono quelle che riguardano un paziente nello stadio finale di una malattia incurabile e in uno stato di impotenza fisica o di incapacità, tale da costringere altri a essere complici nelle scelte che lo riguardano; in caso estremo, nell'eutanasia attiva, al ruolo di suoi sostituti nella messa in atto della volontà di porre fine alla propria esistenza.

L'assolutezza del principio per cui ognuno per se stesso, sul suo corpo e sulla sua mente è

---

<sup>10</sup> A. D'ALOIA, *Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della "fine della vita"*, in *Politica del diritto*, 1998, 616.

<sup>11</sup> U. ADAMO *Eutanasia e diritto costituzionale. Autorità vs libertà?*, cit., 1257.

<sup>12</sup> D. NERI, *Eutanasia: le ragioni del sì*, in M.G. FURNARI (a cura di), *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire*, vol. II, Rubbettino Edizioni, Catanzaro, 2001, 57.

<sup>13</sup> Circa il rapporto tra salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività si veda Corte costituzionale n. 184 del 1986: "la lettera del primo comma dell'art. 32 della Costituzione, che non a caso fa precedere il fondamentale diritto della persona umana alla salute, rispetto all'interesse della collettività alla medesima, ed i precedenti giurisprudenziali, inducono a ritenere sicuramente superata l'originaria lettura in chiave esclusivamente pubblicistica del dettato costituzionale in materia". Cfr., anche V.FALZONE, F.PALERMO, F.CASENTINO, (a cura di), *La Costituzione della Repubblica italiana illustrata con i lavori preparatori*, Mondadori, Milano, 1976, 114. In tal senso, si spiega come la coesistenza tra la dimensione individuale e quella collettiva in tale disposizione costituzionale, nonché il dovere di solidarietà che lega il singolo alla collettività, ma anche la collettività al singolo, impongano che si predisponga, per quanti abbiano ricevuto un danno alla salute dall'aver ottemperato all'obbligo del trattamento sanitario, una specifica misura di sostegno consistente in un equo ristoro del danno. "In questi casi, e solo in questi casi, tali trattamenti sono leciti, per testuale previsione dell'art. 32, secondo comma, della Costituzione, il quale li assoggetta ad una riserva di legge, qualificata dal necessario rispetto della persona umana e ulteriormente specificata dalla Corte costituzionale, nella sentenza n. 258 del 1994, con l'esigenza che si prevedano ad opera del legislatore tutte le cautele preventive possibili, atte a evitare il rischio di complicanze" (Corte Costituzionale n. 118 del 1996). In materia si vedano anche Corte Costituzionale n. 307 del 1990; Corte Costituzionale n. 257 del 1996; Corte costituzionale n. 27 del 1997; Corte Costituzionale n. 226 del 2000; Corte costituzionale n. 38 del 2002; Corte costituzionale n. 282 del 2002.

<sup>14</sup> Consiglio di Stato 02.09.2014 n. 04460.

<sup>15</sup> Consiglio di Stato 02.09.2014 n. 04460.

<sup>16</sup> J. AMERY, *Levar la mano su di sé*, Bollati Boringhieri, Milano, 1990 (prima edizione italiana).

sovrano<sup>17</sup>, si relativizza, quindi, di fronte ad una *relatio ad alteros* che coinvolge soggetti terzi: in questo caso, famiglie, strutture sanitarie e medici<sup>18</sup>.

### 3. Eutanasia attiva e desistenza terapeutica nel Regno Unito

#### 3.1. L'eutanasia attiva diretta e il suicidio assistito

Il diritto inglese, per lungo tempo, guarda con sfavore a ogni atto attraverso cui il singolo disponga della propria esistenza mettendovi fine; emblematica, in tal senso, è la disciplina relativa al suicidio: fin dal X secolo il suicida è accostato a ladri e assassini, solo nel 1851 sono abolite le pene previste contro il cadavere, quali l'uso di trascinare il corpo, infilzato in un bastone, per seppellirlo senza alcuna cerimonia e, soltanto nel 1870<sup>162</sup>, viene meno la previsione della confisca del patrimonio di colui che sceglie volontariamente di morire. Si deve attendere, però, fino al 1961, con il *Suicide Act*, perché si possa assistere a una depenalizzazione legale della morte volontaria<sup>19</sup>, connessa, comunque, in un'ottica di non piena disponibilità della vita umana, a una contestuale introduzione nell'ordinamento inglese delle fattispecie autonome di istigazione e aiuto al suicidio<sup>20</sup> a cui sono generalmente ricondotti i casi di suicidio assistito, così penalmente sanzionati.

Nulla, invece, si definisce con riferimento all'eutanasia attiva diretta e alle condotte che la connotano, considerate ancora oggi come integranti il delitto di omicidio volontario. Ciò, nonostante la presenza, all'interno della società inglese, di numerose organizzazioni finalizzate alla legalizzazione della possibilità, per il singolo paziente, di porre fine alla propria esistenza attraverso l'aiuto di terzi. La più antica tra queste associazioni, fondata nel 1935, per volontà di Lord Noynihan e del medico Killick Millard con il nome di "*Voluntary Euthanasia Society*" (Ves), propone, nel 1936 – come si è visto in un contesto di persistente criminalizzazione del suicidio –, il primo progetto di legge orientato a tale fine. L'obiettivo era quello di consentire l'eutanasia attiva "a quei pazienti che ne avessero fatto richiesta, che fossero sani di mente, che avessero superato l'età di 21 anni, che fossero affetti da un'incurabile e mortale malattia e soffrissero di forti dolori"<sup>21</sup>. Tale proposta è rigettata dalla Camera dei Lords e la medesima sorte toccherà, nel 1969, a un simile progetto presentato da Lord Raglan: il "*Voluntary Euthanasia Bill*"<sup>22</sup>.

<sup>17</sup> J.S. MILL, *Saggio sulla libertà*, Il saggiaiore, Milano, 2009, 55.

<sup>18</sup> S. BERTOLISSI, G. MICCINESI, F. GIUSTI, *Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti-Melc* in *Rivista società italiana di medicina generale*, n. 2 del 2012, 17 ss. Lo studio Senti-MELC (*Monitoring End-of Life Care with Sentinel surveillance networks of general practitioners*) del 2012 ha analizzato le "traiettorie" dei malati in fine vita e ha rilevato che il 65% dei decessi non è motivato da una causa improvvisa e/o non prevedibile. Negli ultimi tre mesi di vita la gran parte dei trasferimenti è diretta "da casa a ospedale", mentre solo un malato su 10 compie il tragitto inverso "da ospedale a casa", e sempre uno su 10 cambia la sua destinazione "da casa a hospice".

<sup>19</sup> In realtà già da tempo la prassi aveva consegnato a un regime di ineffettività tale fattispecie. Cfr. D. TASSINARI, *Profili penalistici dell'eutanasia nei Paesi di Common law*, in S. CANESTRARI, G. FORNASARI (a cura di), *Nuove esigenze di tutela nell'ambito dei reati contro la persona*, Clueb, Bologna, 2001, 147 ss.; F.G. PIZZETTI, *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*, Giuffrè, Milano, 2008, 531 ss.

<sup>20</sup> *Suicide act 1961*; art. 1 "The rule of law whereby it is a crime for a person to commit suicide is hereby abrogated"; art. 2: "A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years" URL:<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60>. Inizialmente distinte in due fattispecie autonome poi unificate con il *Coroners and Justice Act* del 2009. Cfr. L. SCAFFARDI, *Decisioni di fine-vita in Inghilterra e Galles. Le più recenti politiche in materia di assistenza al suicidio*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni, casi*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2012, 689 ss.

<sup>21</sup> T. HELME, *The Voluntary Euthanasia (Legalisation) Bill (1936) revisited*, in *Journal of medical ethics*, 1991, 17, 25-29: "The object of the Bill was to allow voluntary active euthanasia for patients requesting it who were of sound mind, who were over the age of 21 and who were suffering from an incurable and fatal illness accompanied by severe pain".

<sup>22</sup> S. SEMPLICI, *Il diritto di morire bene*, Il Mulino, Bologna, 2002, 135. In esso veniva riconosciuta validità

Nel 1993, la *House of Lords Select Committee on Medical Ethics*, è incaricata di approfondire i termini del conflitto, sempre più sentito all'interno della società, tra l'interesse che ogni collettività<sup>23</sup> nutre rispetto alla conservazione dell'esistenza del singolo e il valore della dignità e dell'autodeterminazione di ogni individuo. Il Report finale, del 09 Marzo 1994<sup>24</sup>, attesta la necessità di una netta differenziazione tra la possibilità di richiedere l'assistenza al suicidio da parte di un paziente terminale e quella di rifiutare e sospendere un trattamento medico, ritenuta, quest'ultima, a partire dalla pronuncia nel caso Tony Bland che introduce nell'ordinamento il principio del *best interest* del paziente, espressione di un diritto fondamentale. La Commissione sottolinea, in tale documento, la riprovazione sociale dell'uccisione intenzionale, pietra angolare del diritto e delle relazioni sociali, che tutela i singoli in modo imparziale: morire, si legge nel Report, non è una faccenda in alcun modo personale o individuale.

La questione relativa all'ammissibilità dell'aiuto al suicidio, è affrontata, poi, a livello giurisprudenziale, dalla *House of Lords* nel 2001 nel caso di Dianne Pretty, una donna affetta da sclerosi laterale amiotrofica, una malattia neurodegenerativa senza possibilità di guarigione che causa paralisi dei muscoli e conduce alla morte per soffocamento. Al momento del ricorso, si trova ad avere un'aspettativa di vita estremamente breve con capacità mentali, però, completamente intatte: in tali circostanze, esprime, con il supporto della famiglia, la propria volontà di ottenere l'aiuto del marito a porre fine alla sua vita.

Tuttavia, per evitare a quest'ultimo le conseguenze penali previste dal *Suicide Act*, chiede, nel luglio 2001, che il *Director of Public Prosecutor* gli conceda l'immunità. A fronte del diniego opposto, nell'agosto 2001, Dianne Pretty si appella al *Queen's Bench Divisional Court* sostenendo l'incompatibilità del *Suicide Act* rispetto a quanto sancito dalla Cedu<sup>25</sup>, ma, anche in questo caso, il

---

giuridica ad una dichiarazione scritta, con la quale si richiedeva la concessione dell'eutanasia al dichiarante in caso di sua incurabile e dolorosa malattia o inabilità, in circostanze ben definite. La dichiarazione preventiva aveva lo scopo di soddisfare la necessità dei pazienti in fase terminale o anche di quelli affetti da gravi problemi derivati da condizioni non mortali, talvolta di natura progressiva. In particolare, la proposta di legge autorizzava i medici a concedere l'eutanasia ad un paziente che avesse fatto, almeno trenta giorni prima, una tale dichiarazione scritta davanti a due testimoni. Due medici, uno dei quali chiamato a consulto, avrebbe dovuto certificare che il paziente era affetto da una malattia dolorosa ed incurabile. La dichiarazione si sarebbe dovuta fare preferibilmente in stato di buona salute, molto tempo prima dell'inizio della malattia e poteva essere revocata in ogni momento. Il periodo di attesa di trenta giorni avrebbe permesso una salvaguardia automatica contro le decisioni compulsive o riluttanti. Il Bill fu respinto con 61 voti contro 40, riaccendendo il dibattito sulle notevoli difficoltà giuridiche e morali che il tema della dolce morte offriva alle coscienze di tutti. Altri progetti di legge furono invano presentati in Parlamento: nel 1985, da Lord Jenkins col fine di escludere la punibilità di chi assiste qualcuno nel suicidio, nel caso in cui "l'accusato ha agito per conto della persona che ha commesso suicidio e così facendo si è comportato ragionevolmente e con compassione e in buona fede"; nel 1993, il "*Voluntary Euthanasia Bill*", che non raggiunse la seconda lettura; nel 1997, il "*Doctor Assisted Suicide Bill*", che non giunse nemmeno all'esame parlamentare perché la mozione per la sua presentazione venne respinta. Cfr. anche B. PENNAIN, F. SCLAFANI, M. PANNAIN, *L'omicidio del consenziente e la questione eutanasia*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1982, 238; G. GIUSTI, *L'eutanasia. Diritto di vivere. Diritto di morire*, CEDAM, Padova, 1982, 32.

<sup>23</sup> P. ZATTI, *Il corpo e la nebulosa dell'appartenenza*, in *Nuova giurisprudenza civile commentata*, II, 2007, 1-18.

<sup>24</sup> G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2014, 216 ss.

<sup>25</sup> *The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty (Appellant) v Director of Public Prosecutions (Respondent) and Secretary of State for the Home Department (Interested Party)*; House of Lords, November, 29<sup>th</sup> 2001, Coram: Lord Bingham of Cornhill Lord Steyn Lord Hope of Craighead Lord Hobhouse of Woodborough Lord Scott of Foscote. "*She suffers from motor neurone disease, a progressive degenerative illness from which she has no hope of recovery. She has only a short time to live and faces the prospect of a humiliating and distressing death. She is mentally alert and would like to be able to take steps to bring her life to a peaceful end at a time of her choosing. But her physical incapacity is now such that she can no longer, without help, take her own life. With the support of her family, she wishes to enlist the help of her husband to that end. He himself is willing to give such help, but only if he can be sure that he will not be prosecuted under section 2(1) of the Suicide Act 1961 for aiding and abetting her suicide. Asked to undertake that he would not under section 2(4) of the Act consent to the prosecution of Mr Pretty under section 2(1) if Mr Pretty were to assist his wife to commit suicide, the Director of Public Prosecutions has refused to give such an undertaking. On Mrs Pretty's application for judicial review of that refusal, the Queen's Bench Divisional Court upheld*

ricorso è respinto; allo stesso modo, è rigettato quello presentato davanti alla *House of Lords*. La donna, a questo punto, esauriti i gradi di giustizia interna, si rivolge alla Corte europea dei diritti dell'uomo che si pronuncia, in data 29 aprile 2002<sup>26</sup>, sancendo la compatibilità del *Suicide Act* con gli artt. 2<sup>27</sup>, 3<sup>28</sup>, 8<sup>29</sup>, 9<sup>30</sup> e 14<sup>31</sup> della Cedu.

Centrali sono le argomentazioni relative agli artt. 2 e 8.

Con riferimento all'art. 2, la Corte, pur sostenendo che ognuno ha la facoltà di condurre la propria esistenza come vuole, con ciò includendosi la possibilità di dedicarsi ad attività fisicamente o moralmente pregiudizievoli e pericolose per la propria persona – anche quando ciò comporti un rischio potenzialmente letale per la salute –, conclude la sua analisi legittimando, nel caso ad essa sottoposto, la perseguibilità penale del marito che avesse aiutato a morire la propria moglie, sebbene dietro richiesta di questa. L'art. 2, infatti, tutela il diritto alla vita come diritto primigenio, funzionale al godimento delle altre libertà e diritti contenuti nella Convenzione stessa; non c'è un

---

*the Director's decision and refused relief. Mrs Pretty claims that she has a right to her husband's assistance in committing suicide and that section 2 of the 1961 Act, if it prohibits his helping and prevents the Director undertaking not to prosecute if he does, is incompatible with the European Convention on Human Rights. It is on the convention, brought into force in this country by the Human Rights Act 1998, that Mrs Pretty's claim to relief depends. It is accepted by her counsel on her behalf that under the common law of England she could not have hoped to succeed*". URL: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm>. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2014, 216 ss.

<sup>26</sup> *Convenzione europea dei diritti dell'uomo, Sentenza 29 aprile 2002, Caso Pretty v. Regno Unito* (ricorso n. 2346/02) in *Rivista internazionale dei diritti dell'uomo*, n. 2, 2002, 407 ss.

<sup>27</sup> "1. Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita, salvo che in esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un tribunale, nel caso in cui il reato sia punito dalla legge con tale pena. 2. La morte non si considera cagionata in violazione del presente articolo se è il risultato di un ricorso alla forza reclusi assolutamente necessario: (a) per garantire la difesa di ogni persona contro la violenza illegale; (b) per eseguire un arresto regolare o per impedire l'evasione di una persona regolarmente detenuta; (c) per reprimere, in modo conforme alla legge, una sommossa o un'insurrezione". Secondo la ricorrente, l'aiuto al suicidio non sarebbe in contrasto con l'art. 2 della Cedu, da una parte perché, in caso contrario, i Paesi aderenti che ne hanno previsto la legalizzazione sarebbero in contrasto con lo stesso articolo, dall'altra perché esso non garantisce solo il diritto alla vita ma altresì il diritto di scegliere se continuare o cessare di vivere, al fine di evitare una sofferenza e una indegnità ineluttabili. Cfr. U. ADAMO, *Il diritto convenzionale in relazione al fine vita (eutanasia, suicidio medicalmente assistito e interruzione di trattamenti sanitari prodotti di una ostinazione irragionevole)*. *Un'analisi giurisprudenziale sulla tutela delle persone vulnerabili*, in *Rivista AIC* n. 2 del 2016, 10.

<sup>28</sup> "Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti". Quanto alla violazione dell'art. 3, usato come parametro dalla ricorrente che sostiene il carattere inumano e degradante della sua sofferenza, la Corte afferma che la Gran Bretagna non ha imposto alcun trattamento sanitario alla sig.ra Pretty: si è limitata a rigettare una richiesta di impunità della condotta del marito nel caso egli violasse una norma penale dell'ordinamento nazionale, ritenuta contraria a Convenzione.

<sup>29</sup> "1. Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza. 2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui".

<sup>30</sup> 1. Ogni persona ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare religione o credo, così come la libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti. 2. La libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo non può essere oggetto di restrizioni diverse da quelle che sono stabilite dalla legge e che costituiscono misure necessarie, in una società democratica, alla pubblica sicurezza, alla protezione dell'ordine, della salute o della morale pubblica, o alla protezione dei diritti e della libertà altrui". "Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita od ogni altra condizione".

<sup>31</sup> "Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita od ogni altra condizione".

dovere dell'individuo alla salute e alla vita (che si porrebbe in netta contrapposizione con il principio di autodeterminazione terapeutica<sup>32</sup>), ma neanche è desumibile, dalla Convenzione, l'esistenza di un diritto di morire.

È, tuttavia, nell'art. 8 che si riscontra, secondo la Corte, la vera e propria *sedes materiae* delle decisioni di fine vita.

I giudici di Strasburgo, pur ritenendo che la legislazione inglese possa interferire con il diritto convenzionale alla vita privata e familiare, considera tale contrasto come legittimo in quanto finalizzato alla tutela di uno dei controinteressi menzionati nel comma 2 dell'art. 8, ossia "la tutela dei diritti e delle libertà altrui". La Corte, infatti, afferma: "è sotto il profilo di tale articolo che la nozione di qualità di vita si riempie di significato. In un'epoca in cui si assiste a una crescente sofisticazione della medicina e a un aumento delle speranze di vita, numerose persone temono di non avere la forza di mantenersi fino a un'età molto avanzata o in uno stato di grave decadimento fisico o mentale agli antipodi della forte percezione che hanno di loro stesse e della loro identità personale". La Corte conclude, quindi, che non si riscontra la violazione dell'art. 8 della CEDU, perché l'ingerenza da parte dello Stato costituisce una giustificazione proporzionata all'obiettivo di prevenire i rischi di abusi più che possibili contro atti che mirano a porre fine alla vita, rispetto a persone fragili che soffrono di malattie allo stato incurabili e che, per questa loro condizione, si trovano costrette in una situazione di particolare vulnerabilità.

La previsione della penalizzazione del suicidio assistito<sup>33</sup> (e a maggior ragione dell'eutanasia attiva diretta) è, quindi, perfettamente ragionevole in una società democratica, in quanto giustificata dalla necessaria protezione dei diritti degli altri<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> La Corte è cosciente dell'importanza di tale principio, tanto da affermare che "in ambito sanitario, il rifiuto di accettare un trattamento particolare potrebbe, inevitabilmente, condurre ad un esito fatale, ma l'imposizione di un trattamento medico senza il consenso del paziente se è un adulto e sano di mente costituirebbe un attentato all'integrità fisica dell'interessato che può mettere in discussione i diritti protetti dall'articolo 8, paragrafo 1, della Convenzione. Un individuo può rivendicare il diritto di esercitare la scelta di morire rifiutando di acconsentire a un trattamento che potrebbe avere l'effetto di prolungargli la vita" (§ 63). Più di recente cfr., anche, Corte Edu, *Jeovah's Witnesses of Moscow c. Russia*, 10 giugno 2010.

<sup>33</sup> A tale pronuncia, fa seguito, nel 2010, l'istituzione di una *Commission on Assisted Dying* con l'obiettivo di studiare i casi e i modi in cui è possibile aiutare una persona a morire e di indicare, eventualmente, cambiamenti nell'assetto normativo. Nella pagina istituzionale si legge "*the commission on assisted dying starts from the premise that, while assisted dying may be illegal in the UK, it remains possible for those with the financial and physical ability to seek assistance to die, for instance by travelling overseas or by engaging non-medical assistance at home*". Ciò, in conseguenza di una recente tendenza del *Director of Public Prosecutions* (DPP) a non procedere contro persone che abbiano aiutato i propri cari gravemente malati a recarsi in Svizzera al fine di accedere alle pratiche, lì legittime, di assistenza al suicidio. Nel dicembre del 2008, ad esempio, il DPP ha rinunciato a perseguire una coppia inglese che aveva aiutato il proprio figlio, Daniel James, a recarsi presso un centro svizzero dove era stato assistito nel suicidio. Daniel era un ventitreenne giocatore di rugby che, rimasto paralizzato dopo un incidente di gioco, aveva tentato tre volte di suicidarsi ed aveva convinto i suoi genitori ad aiutarlo nel porre fine alla sua vita. Ciò, nonostante ci fossero fattori legati all'interesse pubblico che andavano nella direzione di un'attivazione del procedimento, il DPP decise che "*the factors against prosecution clearly outweigh those in favour. In the circumstances I have concluded that a prosecution is not needed in the public interest*". Il caso James non è isolato. A fronte di tali dati, poi, Debbie Purdy ha chiesto prima al DPP e poi in sede giurisdizionale che si chiarissero l'applicazione concreta, le eventuali eccezioni ed i limiti della legge che vieta il suicidio assistito. Debbie Purdy è una donna affetta da sclerosi multipla progressiva che, avendo deciso di recarsi in Svizzera per potere terminare la propria esistenza, desidera essere sicura che il marito, che la accompagnerà, non correrà il rischio di essere poi incriminato e condannato. Nonostante la riconosciuta tendenza a non sottoporre più a procedimento tali condotte, la Corte d'Appello di Londra (*Civil Division*) ha emesso nel febbraio del 2009 una decisione che, richiamando quanto sostenuto nel caso di Diane Pretty, conferma l'impossibilità per il DPP di modificare o disapplicare il *Suicide Act*, riconoscendo al contempo il margine di discrezionalità sia della Corte stessa che del DPP nel valutare le cause di imputazione alla luce degli interessi pubblici. Cfr. C. CASONATO, *Il consenso informato. Profili di diritto comparato*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, n. 3/2009, 1052-1073. In ultimo, si può menzionare la presentazione, il 5 giugno 2014, da parte Lord Falconer, Presidente della stessa *Commission on Assisted Dying*, di una proposta di legge che prevede la legittimità del suicidio assistito per individui maggiorenni affetti da malattie terminali con prospettive di vita inferiori ai sei mesi (*Assisted Dying Bill HL Bill 006*, la cui discussione è ferma dal 9 giugno 2016 in Parlamento).

<sup>34</sup> Molto più essenziale il riferimento alla presunta violazione dell'art. 9. Secondo la ricorrente, il rifiuto di

### 3.1.1. *Persistente illiceità dell'eutanasia attiva: la compatibilità con la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'Uomo*

La persistente rilevanza penalistica, nell'ordinamento inglese, delle condotte riconducibili all'eutanasia attiva diretta e al suicidio assistito sembra porsi in linea, pur con delle differenze, con le pronunce della Corte europea dei Diritti dell'Uomo, più volte chiamata a esprimersi in ordine alla configurabilità di un diritto di morire in capo ai singoli e di uno speculare dovere in capo ai terzi e allo Stato di garantirlo. In nessuna occasione, pur con delle aperture e nell'ambito della discrezionalità che si riconosce a ciascuno Stato, i giudici di Strasburgo pervengono a un'interpretazione di tal genere.

Oltre all'emblematico caso di Diane Pretty, risultano di particolare importanza le decisioni del 28 gennaio 2011, *Haas c. Svizzera* e del 14 maggio 2013, *Gross c. Svizzera*.

Nel primo caso, il ricorrente è un cittadino svizzero di nome M. Ernest G. Haas, affetto da una grave psicopatia bipolare, che tenta più volte, invano, di suicidarsi; prova, quindi, a ottenere una prescrizione medica necessaria per l'acquisto di una dose letale di farmaco (pentobarbitale sodico). Il tutto, senza successo. I medici a cui si rivolge, infatti, gli oppongono che la sua malattia non rientra tra quelle definite terminali (e quindi legittimanti la prescrizione) dalle linee guida dell'Accademia Svizzera di Scienze Mediche.

Avendo riguardo al contesto elvetico, si deve preliminarmente considerare che, in tale Stato, il codice penale, pur continuando a prevederli, si limita ad incriminare l'omicidio del consenziente o l'aiuto al suicidio solo se sono commessi per motivi esecrabili, non compassionevoli ovvero egoistici. Sulla base di questo dato normativo, il diritto vivente svizzero esclude dall'area di punibilità il caso della somministrazione di farmaci idonei a cagionare la morte di un malato, forniti sulla base di una regolare prescrizione medica<sup>35</sup>.

Dopo aver riconosciuto che il diritto dell'individuo di decidere tempi e modi della propria morte, attraverso decisioni prese consciamente, liberamente ed eseguite in modo autonomo, possa costituire uno degli aspetti del diritto alla vita privata e familiare protetto dall'art. 8<sup>36</sup>, la Corte cerca di chiarire se esista o meno un obbligo positivo in capo allo Stato di assumere le misure necessarie per permettere un suicidio dignitoso.

A tal fine, così come nel caso di Diane Pretty, si opera un bilanciamento tra l'art. 8 e l'art. 2 della Cedu. Nel valutare la legislazione svizzera, i giudici ritengono che il regime di autorizzazione medica previsto per la concessione della sostanza richiesta risponda pienamente alle condizioni richieste dall'art. 8 comma 2 della Cedu. La necessità che siano correttamente espletate alcune verifiche, infatti, è volta a distinguere tra la volontà di porre fine alla propria vita come espressione di un disturbo patologico e quella di suicidarsi come scelta libera e autonoma.

Non c'è, quindi, il riconoscimento di un diritto di morire generalizzato, c'è l'obbligo, per quanto possibile, di tutelare la vita di chi è più fragile. Il tutto, in un ambito in cui vige una piena discrezionalità del legislatore nazionale. A questo proposito, la Corte mette in luce che si è ben lontani da un consenso diffuso tra gli Stati membri del Consiglio d'Europa circa il diritto di un

---

impegnarsi a non perseguire il marito che l'avrebbe aiutata al suicidio, avrebbe leso anche il suo diritto alla libertà di manifestare le proprie convinzioni. La Corte, di nuovo, non riconosce la violazione di alcun diritto, non concernendo, le doglianze della ricorrente, alcuna forma di manifestazione del proprio pensiero. Ultimo è il riferimento all'art. 14 rispetto al quale D. Pretty lamenta di essere vittima di una discriminazione nella misura in cui è trattata al pari di soggetti la cui situazione è però non comparabile alla sua. La differenza con altre persone non menomate è che solo le prime possono suicidarsi mentre ella, semplicemente, pur volendolo, non può farlo, non essendo in grado di suicidarsi senza assistenza. Cfr. S. RODOTÀ, *Dai diritti sociali ai diritti dell'individuo*, in *Bioetica*, n. 2/2003, 220.

<sup>35</sup> E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera: la Corte di Strasburgo chiede alla Svizzera nuove e più precise norme in tema di suicidio assistito*, in *Osservatorio AIC*, n. 3, 2013, 2.

<sup>36</sup> *Haas v. Switzerland* – Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (20 gennaio 2011) (§ 51).

individuo di scegliere quando e in che modo terminare la propria esistenza. Se l'assistenza al suicidio è depenalizzata (almeno in parte) in alcuni Paesi, invero, la maggior parte continua a dare più peso alla protezione del diritto alla vita delle persone che alla loro possibilità di porvi fine.

Non si ravvisa una particolare manifestazione di apertura<sup>37</sup> in tal senso neanche nella sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione II), del 14 maggio 2013, caso *Gross c. Svizzera*. La signora Alda Gross esprime il desiderio di suicidio assistito non in quanto affetta da qualsivoglia malattia, ma poichè stanca della vita a causa dell'età avanzata. Dopo aver tentato più volte di porre fine alla propria esistenza da sola, senza però raggiungere l'esito auspicato, decide di richiedere che le venga prescritta una dose di pentobarbitale sodico. Tuttavia, dal momento che la sua condizione non è prevista dalle linee guida dell'Accademia Svizzera di Scienze Mediche<sup>38</sup> come presupposto per la prescrizione del farmaco, tale domanda è respinta.

Rigettati tutti i ricorsi presentati all'Autorità giudiziaria, la donna adisce, quindi, la Corte Europea, sostenendo la violazione, da parte dello Stato Svizzero, dell'art. 8 della Cedu.

La Corte di Strasburgo si pronuncia a maggioranza, il 14 maggio 2013, con l'opinione dissidente di tre giudici su sette, e sancisce che il considerevole stato di angoscia causato alla ricorrente dall'incertezza normativa dello Stato elvetico sarebbe in contrasto con la Convenzione.

È da rilevare, però, che i giudici, in realtà, non entrano nel merito della questione e non precisano se esista un obbligo in capo agli Stati di prescrivere il farmaco letale a soggetti che, seppur non affetti da alcuna patologia terminale, richiedano il suicidio in piena coscienza. La ricorrente ha, invero, il diritto di ottenere una risposta chiara da parte delle autorità, attraverso un nuovo intervento normativo, ma non ha diritto di pretendere che questa risposta sia positiva<sup>39</sup>.

La Corte, quindi, sancita nuovamente la configurabilità di una sfera di discrezionalità in capo a ciascuno Stato nella disciplina di tali temi, continua a porre a fondamento delle proprie decisioni la tutela del diritto alla vita; il diritto di morire, sembra, quindi, non trovare spazio nella Convenzione<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> Contra U. ADAMO, *Il diritto convenzionale in relazione al fine vita (eutanasia, suicidio medicalmente assistito e interruzione di trattamenti sanitari prodotti di una ostinazione irragionevole)*. Un'analisi giurisprudenziale sulla tutela delle persone vulnerabili, cit. 18; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei casi e astrattezza della norma*, Feltrinelli Editore, Milano, 2007, 5 ss.

<sup>38</sup> G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, cit., 65.

<sup>39</sup> E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera la Corte di Strasburgo chiede alla Svizzera nuove e più precise norme in tema di suicidio assistito*, p. 4,5 In aperto contrasto si pone, invece, l'opinione dissidente dei tre giudici messi in minoranza (il Presidente Raimondi e i giudici Jočienė e Karazaš). Essi sostengono che, in realtà, le linee guida vigenti in Svizzera indicherebbero in modo sufficientemente chiaro e preciso in quali ipotesi i medici non possono somministrare il farmaco letale; semplicemente lo limitano alle persone che si trovino in una situazione di fine vita. Il caso, su ricorso presentato dal Governo svizzero, veniva poi rinviato alla Grande Chambre. Si scopre poco dopo che, in realtà, la sig.ra Gross era deceduta il 10 Novembre 2011, un anno e mezzo prima della precedente sentenza. La Grande Chambre, quindi, accoglie la richiesta del Governo svizzero di considerare irricevibile il ricorso, dichiara il comportamento della sig.ra Gross un abuso di diritto (art. 35. 3 e 35.4 della Cedu) e giudica la pronuncia del 14 maggio 2013 come priva di ogni validità.

<sup>40</sup> Le pronunce della Corte si pongono in linea con i documenti elaborati nel corso del tempo dal Consiglio d'Europa e che si sono occupati di tali temi. In questo senso, già la risoluzione n. 613 del 1976 (Partecipazione attiva del paziente al proprio trattamento) redatta dall'Assemblea del Consiglio d'Europa, inizia a porre l'attenzione sul tema del fine vita, dichiarando che i pazienti terminali desiderano morire in pace e dignità con il supporto e conforto della famiglia. La stessa Assemblea, con la raccomandazione n. 779 del 1976 (al punto 6) afferma, poi, che il prolungamento della vita non può essere il solo scopo della pratica medica, ma in esso vi rientra anche l'alleviamento delle sofferenze. Tutto ciò, però, deve operare nell'ambito del rispetto della vita umana. Di maggiore rilevanza, poi, con riferimento allo specifico tema del diritto di morire, è la raccomandazione n. 1418 del 1999 (*Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*), che oltre ad occuparsi di cure palliative e accanimento terapeutico, nell'affermare la priorità del diritto alla vita, affronta tale questione non come problema di natura individuale legato unicamente alla volontà del malato e alle sue scelte, ma come questione relazionale e sociale che obbliga lo Stato ad alcune azioni positive. Tra queste non può rientrarvi l'aiutare a morire. In ultimo, poi, il 5 maggio 2014, il Comitato bioetico del Consiglio d'Europa ha pubblicato una Guida sul processo decisionale di fine vita con l'obiettivo di facilitare l'applicazione dei principi contenuti nella Convenzione di Oviedo. Essa si fonda su 4 principi: autonomia (il rispetto per l'autonomia inizia con il riconoscimento della legittimità e della capacità di una persona di fare scelte personali. Il

### 3.2. La desistenza terapeutica e il best interest del paziente

Radicalmente diverso è, invece, l'atteggiamento riscontrabile nell'ordinamento inglese rispetto al diritto alla desistenza terapeutica, riconosciuto come concreto ed effettivo.

Il tema è affrontato, per la prima volta, con riferimento all'ipotesi di un soggetto incapace che non abbia lasciato direttive anticipate, nel caso di Tony Bland, diciassettenne tifoso del Liverpool rimasto gravemente ferito in occasione degli scontri avvenuti il 15 aprile 1989 allo stadio Hillsborough di Sheffield e a cui i medici, in conseguenza delle ferite riportate, diagnosticano uno stato di coma vegetativo permanente<sup>41</sup>.

La *House of Lords*, chiamata a pronunciarsi sulla sospensione della somministrazione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale, stabilisce che il principio della sacralità della vita, sancito sia dall'art. 2 della Cedu, sia dall'art. 6 della Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, non ha caratteri di assolutezza<sup>42</sup>: in tal senso, al medico non può essere chiesto di mantenere in vita una persona senza speranza alcuna di recupero. Si introduce, quindi, nell'ordinamento, il principio del *best interest* del malato, quale criterio oggettivo che deve orientare le scelte di personale sanitario e giudici: questi, sulla base di una valutazione di proporzionalità tra, da un lato, i sacrifici imposti dai trattamenti e, dall'altro, i benefici auspicabili e prevedibili per la salute del paziente, possono ammettere la sospensione di ogni cura, anche laddove ne derivi come esito certo la morte<sup>43</sup>, qualora dal bilanciamento effettuato emerga che ciò sarebbe l'unica soluzione conforme al migliore interesse del malato. La valutazione medica assurge, così, a elemento fondante la decisione giudiziaria.

Se si ammette, nei limiti della garanzia del *best interest*, la possibilità di interrompere le terapie di individui incapaci che non abbiano lasciato alcuna direttiva anticipata, a maggior ragione si comprende come sia riconosciuto, in capo a ogni paziente pienamente capace di intendere e di volere e informato sulle conseguenze della sua scelta, l'esistenza di un diritto alla desistenza terapeutica.

Tale questione è affrontata, nello specifico, in un caso del 2001, quello di Miss B., una donna affetta da un cavernoma intramidollare della spina cervicale, completamente paralizzata dal collo in giù. Il 16 febbraio 2001, dopo aver iniziato ad accusare problemi respiratori, viene intubata e attaccata ad un ventilatore, dal quale dipende interamente<sup>44</sup>. Dopo aver, in plurime occasioni, espresso la volontà di interrompere tale trattamento, ricorre, quindi, alla *High Court* affinché le sia garantito di lasciarsi morire.

---

principio di autonomia è attuato in particolare mediante l'esercizio del consenso libero - senza alcuna costrizione o pressione indebite - e informato - a seguito di un'informazione appropriata sugli interventi proposti - . La persona può modificare il suo consenso in qualsiasi momento); beneficenza e non maleficenza (beneficenza e non maleficenza si riferiscono al duplice obbligo del medico, da un lato di cercare di massimizzare il beneficio potenziale, dall'altro di limitare il più possibile ogni danno che può sorgere dall'intervento medico) e giustizia (il diritto all'equità di accesso alle cure sanitarie di qualità adeguata è espresso nell'art. 3 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina. Equità significa in primo luogo e prioritariamente l'assenza di discriminazioni, come il diritto di ogni individuo di ottenere, effettivamente, la cura disponibile).

<sup>41</sup> *Airedale N.H.S. Trust v. Bland*; House of Lords, February 4<sup>th</sup>, 1993, Coram: Lord Keith of Kinkel, Lord Goff of Chieveley, Lord Lowry, Lord Browne-Wilkinson and Lord Mustill: "he suffered catastrophic and irreversible damage to the higher centres of the brain. The condition from which he suffers, and has suffered since April 1989, is known as a persistent vegetative state ('P.V.S.'). P.V.S. is a recognised medical condition quite distinct from other conditions sometimes known as 'irreversible coma'". URL:[http://www.swarb.co.uk/c/hl/1993airedale\\_bland.html](http://www.swarb.co.uk/c/hl/1993airedale_bland.html).

<sup>42</sup> A. SANTOSUOSSO, *Karen Quinlan (caso di, e seguenti)* in G. CORBELLINI, P. DONGHI, A. MASSARENTI (a cura di), *Bibliotica, dizionario per l'uso*, Einaudi, Torino, 2006.

<sup>43</sup> *Airedale N.H.S. Trust v. Bland*; House of Lords, February 4<sup>th</sup>, 1993.

<sup>44</sup> High Court of Justice of London, Family Division, Sentenza 22 marzo 2002, *Caso Miss B. v. An NHS Hospital Trust*, in *Rivista italiana di medicina legale*, n. 24/2002, 1222.

I giudici inglesi, nel riconoscerle tale diritto, dettano altresì, per la prima volta, un “codice di comportamento”<sup>45</sup> che si impone al personale ospedaliero, il quale, valutata la piena consapevolezza del paziente nell’espressione del proprio dissenso informato, è chiamato a rispettarne la volontà.

Il bene su cui si incide, osserva la Corte, è la salute; essa, nei casi in cui non vi sia un diretto coinvolgimento di un interesse pubblico e grazie alla rilevanza attribuita al singolo<sup>46</sup> diventa una faccenda del tutto personale e può, pertanto, essere intesa anche in una connotazione negativa: in quanto soggetto autonomo, il paziente ha diritto di perdere la salute e, in estrema conseguenza, di lasciarsi morire, senza la presenza ingombrante – magari perchè futile e senza speranza – di presidi terapeutici e clinici<sup>47</sup>. Al singolo, infatti, deve essere riconosciuta la libertà di prendere possesso della propria morte nella coscienza concreta del suo incombere; di trattarla come una caratteristica integrale della vita e non come una sua estranea e casuale offesa.

---

<sup>45</sup> Cfr. F. INTRONA, *Il diritto di morire dinanzi a due Corti di Giustizia*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 24/2002, 1245. Queste le linee essenziali del codice di comportamento: 1) Si presume che il paziente abbia la capacità mentale di decidere se accettare o rifiutare i trattamenti medici o chirurgici che gli vengono offerti. 2) Se la capacità d’intendere e di volere non è in discussione e il paziente, essendogli state fornite le informazioni rilevanti e sottoposte le opzioni disponibili, sceglie di rifiutare il trattamento, tale decisione deve essere rispettata dai medici, la considerazione che cosa migliore per il paziente sarebbe di acconsentire alla cura è irrilevante. 3) Se sorge preoccupazione o dubbio sulle capacità mentali del paziente, tale dubbio dovrebbe essere risolto nel più breve tempo possibile, dai medici insieme con l’Ospedale o il NHS Trust o attraverso altre procedure mediche ordinarie; allo stesso tempo, mentre viene risolta la questione relativa alla capacità d’intendere e di volere, il paziente deve essere curato secondo giudizio dei medici in merito alla terapia migliore per il paziente. 4) Se vi sono delle difficoltà nel decidere se il paziente abbia sufficiente capacità mentale, in particolare se il rifiuto potrebbe comportare gravi conseguenze per il paziente, è estremamente importante che in considerazione di ciò l’analisi non dovrebbe confondere la questione della capacità mentale con la natura della decisione presa del paziente, per quanto gravi siano le conseguenze. Il punto di vista del paziente potrebbe riflettere una differente valutazione dei benefici piuttosto che l’assenza di competenze specifiche e la valutazione della capacità dovrebbe essere affrontata tenendo ben presente questo concetto. I medici non dovrebbero permettere alla loro reazione emotiva o al loro disaccordo con la decisione del paziente di offuscare il loro giudizio in merito alla principale valutazione della capacità o meno del paziente di prendere decisioni consapevoli. 5) Nella remota ipotesi che vi sia disaccordo in merito alla competenza, è della massima importanza che il paziente venga informato in modo esauriente dei vari passi che sono stati fatti e che venga coinvolto nel processo. Qualora sia stata considerata la possibilità di usufruire di consulenze esterne e indipendenti, il medico dovrebbe discuterne con il paziente, in modo che ogni comunicazione, con un medico esterno dell’ospedale, avvenga sulla base di una piattaforma comune con lo scopo di aiutare le parti a risolvere il disaccordo. Sarebbe cruciale per la prospettiva di una buona riuscita che il paziente venisse coinvolto prima del consulto e che si sentisse egualmente coinvolto nel processo. 6) Qualora l’ospedale si trovi di fronte a un dilemma che i medici non sanno come affrontare, ciò deve essere riconosciuto ed ulteriori passi vanno fatti in base a criteri di priorità. Ciò non deve permettere che si crei una situazione di stallo. 7) Se non vi è disaccordo sulla competenza ma i medici per qualche ragione non sono in grado di soddisfare i desideri del paziente, è loro dovere trovare altri medici in grado di farlo. 8) Se tutti i tentativi adeguati per trovare assistenza indipendente da parte di esperti esterni sono falliti, il NHS Hospital Trust non dovrebbe esitare ad adire l’Alta Corte per cercare l’ausilio del Pubblico Ministero. 9) I medici curanti e l’ospedale dovrebbero sempre tenere presente che un paziente gravemente disabile da un punto di vista fisico ma mentalmente capace ha lo stesso diritto di autonomia personale e di prendere decisioni di una persona capace d’intendere e di volere.

<sup>46</sup> In ciò sta la più netta distanza rispetto al passato, in cui il bene salute era apprezzato solo nella sua dimensione oggettiva e istituzionale, come condizione obiettiva e presupposto di ogni politica di gestione dell’ordine pubblico. Il dato sanitario era collegato al rischio di emergenza collettiva e il diritto alla salute dei cittadini era promosso e tutelato come effetto del tutto eventuale ed indiretto rispetto al bene primario della collettività. Fino all’istituzione del Ministero della Salute nel 1958, con legge 13 marzo 1958, n. 296, infatti, ogni più rilevante competenza in tale settore era dislocata presso il Ministero dell’Interno, autorità, appunto, deputata ad occuparsi dell’ordine pubblico e, pertanto, anche di forme di igiene e di sanità Cfr. G. CILIONE, *Diritto sanitario : profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni: con riferimenti normativi bibliografici e giurisprudenziali*, Edizioni Maggioli, Rimini, 2003, 45 ss. e R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in *Trattato di Biodiritto*, Giuffrè, Milano, 12; A. BALDASSARRE, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Giappichelli, Torino, 1997, 68; L. BASSO, *La persona umana negli interventi di Dossetti e Basso all’Assemblea costituente*, in *Parole chiave*, 10-11, 1996, p. 305-313; P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1953.

<sup>47</sup> A. D’ALIOIA, *Decidere sulle cure. Il discorso giuridico al “limite” della vita*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2010, p. 242.

A livello legislativo, nel 2007, entra in vigore il *Mental Capacity Act* che regolamenta la possibilità per ciascuno di esprimere anticipatamente le proprie volontà in ordine ai trattamenti sanitari (*advanced decision to refuse treatment*) o di conferire a terzi il potere di agire in propria vece in caso di futura perdita di capacità di intendere e di volere (*lasting power of attorney*)<sup>48</sup>. Tra i suoi principi fondamentali, la legge recepisce pienamente quello del *best interest*: “*an act done or decision made, under this Act for or on behalf of a person who lacks capacity must be done, or made, in his best interests*”. Si ribadisce, inoltre, che nutrizione e idratazione artificiali sono una forma di trattamento medico che richiedono un monitoraggio clinico e che, pertanto, una decisione anticipata può validamente rifiutarle, qualunque sia l’esito, anche letale, di tale scelta.

#### **4. Noel Douglas Conway e Charlie Gard: la High Court conferma gli orientamenti consolidati nell’ordinamento inglese in tema di eutanasia attiva e di best interest del paziente**

Solo dopo aver delineato il quadro di riferimento, pur nei suoi elementi essenziali, è possibile comprendere come le due pronunce in commento si pongano pienamente nel solco, ormai consolidato, delle decisioni assunte sia a livello giurisprudenziale che legislativo con riferimento ai temi dell’eutanasia attiva e della sospensione dei trattamenti sanitari.

##### **4.1. Conway v. Secretary of State for Justice**

Con la sentenza *Conway v. Secretary of State for Justice* si ribadisce l’impossibilità di riconoscere e garantire, nell’ordinamento interno, un diritto di morire che vedrebbe nell’eutanasia attiva diretta e nel suicidio assistito una sua primaria manifestazione.

La *High Court*, con una maggioranza di tre giudici su due, dichiara, infatti, inammissibile una richiesta di *judicial review* della *Section 2(1)* del *Suicide Act* 1961, presentata dal sig. Noel Douglas Conway sulla base della *Section 4(2)* del *Human Rights Act* del 1998<sup>49</sup>.

Il sig. Conway, consapevole della progressione della sua patologia, esprime, in condizioni di piena capacità mentale, la volontà di disporre della propria esistenza: pertanto, ricorre alla *High Court* per ottenere una revisione del *Suicide Act*, che, nella parte in cui impedisce ai medici di somministrare l’eutanasia ai pazienti malati terminali, sarebbe incompatibile con gli artt. 8 e 14 della Cedu.

Nell’analizzare il ricorso, i giudici richiamano la decisione assunta in occasione del caso *R. (Nicklinson) v the Ministry of Justice [2014] UKSC 38*, riguardante la richiesta, avanzata da Tony Nicklinson, cittadino britannico affetto dalla sindrome *locked-in* e paralizzato dal collo in giù, di

---

<sup>48</sup> L.T. BARONE, *Il testamento biologico nel mondo*, in *Micromega*, n. 2/2008, 117, 118; A. SANTOSUOSSO, *Novità e remore sullo stato vegetativo persistente*, in *Il foro italiano*, n. 2/2000, 2028, 2029.

<sup>49</sup> Cfr. R. GORDON, T. WARD, *Judicial Review and the human rights Act*, Cavendish Publishing Limited, Londra, 2000. Lo *Human Rights Act* del 1998 ha rappresentato una vera e propria rivoluzione per l’ordinamento inglese, non solo perché lo ha fornito di un catalogo scritto di diritti fondamentali, quelli della CEDU, ma anche perché ha previsto una sorta di *judicial review of the law*. Lo *Human Rights Act*, infatti, ha stabilito che le leggi britanniche devono essere lette e applicate dai giudici in un modo che sia compatibile con i diritti garantiti dalla Convenzione (sec. 3), tenendo conto della giurisprudenza di Strasburgo (sec. 2). Se però le disposizioni nazionali, in virtù del loro tenore letterale, risultano inconciliabili con le norme convenzionali, le Corti inglesi (non solo la Corte Suprema, ma anche le Corti d’Appello e persino le *High Courts*) possono emanare un “*declaration of incompatibility*” (sec. 4). Questa dichiarazione non priva le norme della loro validità e non produce effetti nel giudizio in cui è stata emessa, tuttavia il governo può con un proprio atto apportare le modifiche necessarie ad armonizzarle con la Convenzione (sec. 10) e, a quanto risulta, sinora vi ha sempre provveduto (è fatta salva, naturalmente, la possibilità che sia il Parlamento stesso a emendare la legge dichiarata incompatibile con la CEDU). Cfr. A.E. BASILICO, *Tra giurisprudenza inglese e diritti europei: quattro sentenze della nuova supreme court*, in *Rivista AIC*, 2010, 1, e A. TORRE, *La Corte Suprema del Regno Unito: la nuova forma di una vecchia idea*, in *Giornale di storia costituzionale*, n.11/ 2006.

non perseguire il medico che gli avrebbe iniettato una dose letale di antidolorifici. Secondo il ricorrente, sarebbe, infatti, applicabile al caso di specie la scriminante dello stato di necessità<sup>50</sup>, essendo, la sua situazione, caratterizzata da accertate condizioni di insopportabile sofferenza, da assenza di mezzi alternativi per alleviare il dolore e da una decisione di porre termine alla propria vita espressa in modo chiaro, volontario, deciso e informato. Il 16 agosto 2012, la *High Court* si pronuncia<sup>51</sup> su questo caso con una sentenza poi confermata tanto dalla *Court of Appeal* che dalla *Supreme Court*. Osservano i giudici che, alla richiesta di Tony Nicklinson, di riconoscere l'operatività della scriminante invocata nei casi di eutanasia attiva si oppone l'univoco e costante orientamento tanto del diritto penale quanto della giurisprudenza inglese secondo cui l'eutanasia integra il delitto di omicidio volontario. Considerate la chiarezza dello stato dell'arte e la delicatezza della questione, il principio democratico impone che solo il Parlamento possa modificare il diritto vigente: l'eutanasia attiva, invero, richiederebbe un intervento normativo particolarmente incisivo, soprattutto sul piano della protezione del paziente da eventuali abusi, che non può essere affidato alla sola giurisprudenza.

Partendo da questa pronuncia, la *High Court*, nella sentenza in commento<sup>52</sup>, evidenzia e ribadisce che non si possa pervenire ad alcuna dichiarazione di incompatibilità tra la *Section 2(1)* del *Suicide Act* e gli articoli 8 e 14 della Cedu. La giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, come si è visto, infatti, non riconosce, in capo ai singoli, l'esistenza di un diritto di morire che trovi un fondamento nella Convenzione stessa. Pertanto, non può essere imposto ai legislatori nazionali di adeguare in tal senso la propria disciplina normativa su tali temi; disciplina, il cui contenuto, al contrario, ferma la tutela di altri diritti e libertà fondamentali convenzionalmente garantiti, rientra nella sfera di più ampia discrezionalità degli Stati.

Proprio in questo ambito di discrezionalità, osserva la *High Court*, il Parlamento agisce successivamente alla sentenza che decide il caso Nicklinson, discutendo e respingendo un progetto di legge, l'*Assisted Dying Bill*<sup>53</sup>, presentato dal laburista Rob Marris e volto a legalizzare l'eutanasia nel Paese. In tal senso, il legislatore inglese, sceglie di non riconoscere l'esistenza di un diritto di morire e di continuare a sanzionare penalmente, così come ha sempre fatto, le condotte riconducibili all'eutanasia attiva e al suicidio assistito.

## 4.2. Great Ormond Street Hospital v. Gard

Anche il caso *Great Ormond Street Hospital v. Gard* si pone in piena coerenza con gli orientamenti ormai consolidati sia a livello giurisprudenziale che legislativo in tema di desistenza terapeutica e di applicazione del principio del *best interest*.

Il caso in questione riguarda un bambino, Charlie Gard, di pochi mesi di vita, affetto da una rara malattia mitocondriale, tenuto in vita solo tramite un respiratore e alimentato artificialmente.

È una controversia, quella in commento, che vede contrapposti i medici dell'ospedale presso cui il minore è ricoverato – che chiedono ai giudici di essere autorizzati a sospendere i trattamenti che tengono in vita il bambino – e i genitori – che, al contrario ricorrono alla *High Court* affinché sia consentito loro di sottoporre il figlio ad una cura sperimentale negli Stati Uniti –.

---

<sup>50</sup> E. B. ARNOLDS, N. F. GARLAND, *The Defense of Necessity in Criminal Law: The Right to Choose the Lesser Evil*, in *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1975, 289 ss.

<sup>51</sup> Congiuntamente al caso *AM v. Director of Public Prosecutions*. Il primo riguarda l'eutanasia attiva volontaria, il secondo concerne l'assistenza al suicidio.

<sup>52</sup> I giudici della Supreme Court avevano indicato l'opportunità di un intervento del Parlamento sulla questione e, come espresso da Lord Clarke of Stone-cum-Ebony, sempre nel caso Nicklinson, “*if Parliament chooses not to debate these issues, I would expect the court to intervene. If, on the other hand, it does debate them and, after mature consideration, concludes that there should be no change in the law as it stands [...] I would hold that no declaration of incompatibility should be made*”.

<sup>53</sup> <http://services.parliament.uk/bills/2013-14/assisteddying.html>.

Entrambe le parti, nell'avanzare richieste che, astrattamente, portano a esiti contrapposti, affermano di agire in funzione del miglior interesse del minore.

È proprio questo l'oggetto del giudizio della Corte inglese che, muovendo il più possibile da canoni di oggettività, effettua una valutazione di proporzionalità tra i possibili benefici dei nuovi trattamenti terapeutici a cui i genitori chiedono sia sottoposto Charlie, le sofferenze patite in conseguenza della sua malattia e le prospettive di miglioramento.

Alla luce delle ampie consulenze mediche raccolte<sup>54</sup>, la *High Court*, relativizza, così come fatto nel caso di Tony Bland, il principio della sacralità della vita e lo pone in bilanciamento con quello della qualità della vita<sup>55</sup>. Per quanto ogni soluzione finalizzata al prolungamento dell'esistenza sia vista con maggior favore rispetto alle altre, essa non è, ineluttabilmente, quella da seguire: l'unico parametro che debba orientare la decisione è, infatti, solo quello del *best interest*.

Sulla base di ciò, i giudici pervengono alla conclusione che, per quanto la richiesta avanzata dai genitori di sottoporre il figlio a cure sperimentali negli Stati Uniti sia volta, in pura astrazione, a tutelarne la vita in un'ottica di miglioramento delle sue condizioni di salute, essa, concretamente, non corrisponde al suo migliore interesse.

La Corte rileva, infatti, come il bambino percepisca costantemente il dolore determinato dalla sua patologia; osserva che la sottoposizione alla terapia sperimentale (*nucleoside therapy*) negli Stati Uniti non offre alcuna prospettiva, effettivamente valutabile, di evoluzione positiva, non essendo mai stata testata su esseri umani affetti da encefalopatie così gravi<sup>56</sup>; sottolinea, in ultimo, che, con ogni probabilità, tale cura gli provocherebbe ulteriori inutili sofferenze, prorogando una vita meramente biologica.

In un'ottica che tenga globalmente conto del *best interest* del paziente, quindi, l'unica soluzione possibile, alla luce delle condizioni cliniche del minore, non può che essere quella della sospensione dei trattamenti, della somministrazione di cure palliative<sup>57</sup> e dell'accompagnamento dello stesso nella morte nel modo più dignitoso possibile<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> "All of Charlie's treating doctors at GOSH are agreed that Charlie has reached the stage where artificial ventilation should be withdrawn, that he should be given palliative care only and that he should be allowed to die peacefully and with dignity. Charlie has been served by the most experienced and sophisticated team that our excellent hospitals can offer. His case has also been considered by an expert team in Barcelona, which has reached the same conclusion".

<sup>55</sup> Per un'analisi della contrapposizione tra etica della sacralità della vita ed etica della qualità della vita, cfr. M. MORI La bioetica, in C.A. VIANO (a cura di), *Teorie etiche contemporanee*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990, 193 – 198; M.G. FURNARI, *Alle frontiere della vita: eutanasia ed etica del morire (atti del convegno di studi, Messima, 20 gennaio 2001)*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, 2001; P. CATTORINI, M. PICOZZI, *Sacralità della vita, qualità: un dialogo possibile?*, Erga edizioni, Genova, 2010; E. MAZZARELLA, *Sacralità della vita. Quale etica per la bioetica?* Guida editore, Napoli, 1988; E. LECALDANO, *Dizionario di bioetica*, Laterza, Roma Bari, 2015; E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Aspetti medico – legali*, Vita e pensiero, Milano, 1991.

<sup>56</sup> "Charlie suffers from the RRM2B mutation of MDDS. No one in the world has ever treated this form of MDDS with nucleoside therapy, although patients with a different strain, TK2, have received nucleoside therapy, with some recorded benefit. In mouse models the benefit to TK2 patients was put at 4% of life expectancy. There is no evidence that nucleoside therapy can cross the blood/brain barrier, which it must do to treat RRM2B, although the US doctor expressed the hope that it might do so. There is unanimity among the experts from whom I have heard that nucleoside therapy cannot reverse structural brain damage".

<sup>57</sup> Quanto a queste ultime, esse si presentano come intimamente connesse alle tematiche del fine vita. Le terapie di palliazione nei confronti dei malati terminali, infatti, costituiscono il pieno adempimento di una funzione propria della medicina. Quest'ultima, invero, non è tenuta solo a sanare, a guarire le malattie e a promuovere la salute; altro suo compito, ugualmente essenziale, è quello di dare sollievo alla sofferenza in un'ottica che, mettendo al centro il malato e non la sua patologia, è finalizzata a raggiungere la miglior qualità di vita possibile nelle circostanze date. Il ricorso alle cure palliative nel processo di accompagnamento nella morte rappresenta la risposta più autenticamente solidaristica che l'ordinamento possa fornire nel tutelare il fondamentale diritto di ciascuno di vivere i momenti finali della propria esistenza nel modo più dignitoso possibile. Cfr. F. TOSCANI, *Cure palliative: una nuova etica della medicina?* in M. MORI (a cura di), *La bioetica. Questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo*, Bibliotechne, Milano, 1990, 222; F. PERSANO *Cure palliative in Italia tra etica e diritto*, Cantagalli, Siena, 2015, 32 e P. BORSELLINO, *Bioetica: tra autonomia e diritto*, Zadig, Milano, 1999, 172-173.

<sup>58</sup> Alla *High Court* inglese era stato sottoposto un caso simile nel 2014 - *Central Manchester University Hospitals*

A questa pronuncia, a cui è stato dato enorme rilievo mediatico, ne seguono altre. Tutte, sia quella della *Court of Appeal*<sup>59</sup> che quella della *Supreme Court*, confermano la correttezza della scelta a cui perviene la *High Court*.

In ultimo, i genitori ricorrono alla Corte europea dei diritti dell'uomo lamentando la violazione, da parte del Regno Unito, degli articoli 2, 5, 6 e 8 della Cedu. La Corte di Strasburgo, però, dichiara inammissibile il ricorso e, in data 28 luglio 2017, sono sospesi definitivamente i trattamenti a cui il minore è sottoposto<sup>60</sup>.

## 5. Considerazioni conclusive

Le decisioni sulla vita e sulla morte sono le più importanti nell'espressione della personalità del singolo individuo; indagare su tali temi impone di tenere costantemente a mente l'intima soggettività di queste scelte, soprattutto nel momento in cui l'analisi, pur partendo dalla persona, dai suoi diritti e dalle sue aspirazioni, si allarga all'esame della dimensione sociale e dell'agire, il singolo, all'interno di questa, in responsabilità solidale.

Le sentenze in commento mettono in luce proprio questo aspetto: se si guarda alla morte e si cerca di analizzarla, per quanto possibile, da un punto di vista giuridico, ben si comprende come le questioni che la riguardano non si esauriscano nella sfera individuale delle persone la cui esistenza ha fine. La morte, ancora di più quella di un paziente in condizioni di malattia terminale

---

*NHS Foundation Trust v. A and others ([2015] EWHC 2828 (Fam)* – relativo a due gemelli di quattordici mesi, affetti da una malattia neurodegenerativa incurabile. Anche in questo caso, sulla base del principio del *best interest*, la *High Court* autorizza la sospensione di trattamenti vitali nei confronti dei bambini. La richiesta di interruzione della ventilazione era stata presentata dai medici che avevano in cura i due bimbi, giunti alla conclusione che, trattandosi di patologia non diagnosticata, ma non curabile, che aveva già portato alla morte una sorellina dei due, si stesse inutilmente protraendo per loro una situazione di dolore e sofferenza. I genitori, trasferiti dall'Iraq nel Regno Unito nel 2014, avevano sostenuto in giudizio che la sospensione dei trattamenti prima della cessazione delle funzioni cerebrali fosse in contrasto con la legge islamica.. Considerata la situazione, il giudice ritiene che la sospensione dei trattamenti sia non solo legittima, ma anche in grado di realizzare il superiore interesse del minore. Afferma la *High Court*: “*It is not in the best interests of either boy that the process be artificially prolonged, and it is in their best interests that nature should now be permitted to take its inevitable course. That is the tragic genetic destiny of each of these boys*”.

<sup>59</sup> Alla *Court of Appeal* viene, in primo luogo, richiesto di riconsiderare le prove portate a sostegno della richiesta di trasferimento negli USA. In particolare, l'avvocato dei genitori accentua, da un lato, il fatto che la decisione di non provare la terapia sperimentale condurrà, senza alcuna obiezione di parte, alla morte del minore. Dall'altro egli evidenzia come, a dispetto della mancata sperimentazione del trattamento, non vi siano motivi per escludere che essa possa apportare un beneficio al paziente. L'appellante chiede, inoltre, di valutare che un giudice possa vietare ai genitori di sottoporre il figlio minore a un trattamento sperimentale, solo nel caso in cui questo possa provocare un *significant harm*. La Corte d'appello, sostiene il ricorrente, dovrebbe applicare il test del *significant harm*, seguendo un precedente del 2014, relativo alla possibilità di sottoporre un bambino affetto da una grave forma di tumore al cervello alla protonterapia in Spagna. (*Re King [2014] EWHC 2964 (Fam)*).

<sup>60</sup> Con riguardo alla supposta violazione dell'art. 2, la Corte afferma che le obbligazioni positive dello Stato per la tutela del diritto alla vita non possono essere interpretate in modo tale da comprendere anche un dovere di garantire cure non (ancora) autorizzate. Rispetto alla possibilità di interrompere trattamenti di sostegno vitale in un soggetto che non ha mai potuto esprimere la propria volontà, basandosi sui principi affermati nelle sentenze *Lambert* e *Glass*, la Corte ritiene che il diritto britannico presenti un quadro normativo e applicativo compatibile con l'articolo 2 e adeguato al livello di tutela richiesto dalla Convenzione. Inoltre, rispetto alla possibilità di tenere comunque in considerazione la volontà e la posizione giuridica del minore, la Corte Edu ritiene che questa sia stata soddisfatta dalle Corti britanniche che hanno assicurato la rappresentanza in giudizio di Charlie per mezzo del suo tutore, appositamente nominato, e che hanno preso in considerazione il parere dei medici direttamente coinvolti e di altri esperti esterni. La parte del ricorso fondata sulla violazione dell'art. 2 viene considerata manifestamente inammissibile. La Corte considera manifestamente infondate anche le parti del ricorso relative alla lamentata violazione degli articoli 5 e 6 Cedu. Nel ricorso, la violazione dell'art. 8 Cedu viene lamentata solo nei confronti della posizione dei genitori (non rispetto alla posizione di Charlie). La Corte Edu ritiene anche questa parte di ricorso manifestamente infondata perché l'approccio delle Corti britanniche nei confronti dei ricorrenti non è stato né arbitrario né sproporzionato.

passivamente sottoposto alle tecniche della medicina moderna, si pone, infatti, in una prospettiva fortemente relazionale che porta a relativizzare l'assolutezza del principio per cui ognuno, sul suo corpo, è sovrano; morire, quindi, non è (solo) un fatto privato, ma è imprescindibilmente destinato a coinvolgere soggetti terzi: famiglie, strutture sanitarie e Stato.

Proprio questo rapporto del malato con il medico e con la società impone di distinguere tra la richiesta, avanzata dal paziente, da un lato, di essere aiutato a morire e, dall'altro, di essere lasciato morire o, al più, di essere accompagnato *nella* morte attraverso il ricorso a quelle cure palliative che costituiscono il pieno adempimento di una funzione propria della medicina.

Aiutare a morire; lasciar(si) morire.

Sono questioni radicalmente diverse che sollevano nei confronti degli ordinamenti giuridici istanze differenti, non riconducibili alla rivendicazione di medesimi diritti e che mostrano il loro carattere controverso soprattutto nell'ipotesi di chi si trovi nello stadio finale di una malattia incurabile e in uno stato di impotenza fisica che obbliga altri a una condotta partecipativa dell'altrui morte.

Facendo riferimento a questo quadro, è solo nel caso di Noel Douglas Conway che l'attenzione si pone sulla configurabilità (o, meglio, l'inconfigurabilità), nell'ordinamento inglese – e similmente in quello italiano –, di un diritto di morire, il cui riconoscimento porterebbe a legittimare tutte quelle condotte riconducibili all'eutanasia attiva.

È sul concetto di diritto e di dovere che si snoda la questione trattata e, a partire da ciò, è possibile cogliere come la libertà (di fatto) di darsi la morte (che implica un *non facere* da parte di terzi) sia cosa ben diversa dal diritto di darsi la morte (o che altri la “diano” a sé): riconoscere un diritto soggettivo di tal genere in capo a un individuo determinerebbe, infatti, il sorgere di uno speculare dovere in capo a terzi e allo Stato, obbligati a una prestazione positiva che ne garantisca l'effettività. Il tutto, costringendo, i primi, a violare quella rete di relazioni umane presupposte a ogni contesto sociale e, il secondo, a operare in contrasto, non solo con quel diritto alla vita in funzione del quale ogni ordinamento si origina, ma anche con tutte quelle prestazioni assistenziali a cui lo stesso è tenuto.

È proprio questa la prospettiva adottata dal Parlamento inglese, il quale, nell'ambito della discrezionalità a esso riconosciuta dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo in tali ambiti, ha scelto di non ritenere configurabile, nel proprio ordinamento, un diritto di morire che, relegando la morte a una questione meramente individuale<sup>61</sup>, richiederebbe, per essere garantito, paradossalmente, la collaborazione di terzi obbligati a tale condotta positiva.

Se l'essere aiutati a morire non è qualificabile come diritto, lo stesso non può dirsi rispetto al lasciar(si) morire, quale espressione del diritto fondamentale all'autodeterminazione terapeutica e, talvolta, quale manifestazione del migliore interesse del singolo.

In Italia è soprattutto il primo aspetto a rilevare<sup>62</sup>, allo stato solo a livello giurisprudenziale<sup>63</sup>: deve, infatti, essere garantito nei confronti di ciascun paziente che esprima una volontà attuale, consapevole e informata, il diritto di sottrarsi a un trattamento sanitario ormai soggettivamente percepito come sproporzionato. Ciò, in modo da consentire alla malattia di fare il suo corso anche qualora tale scelta comporti come esito certo la morte. Si avanza la richiesta, in tal senso, di essere

---

<sup>61</sup> G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, cit., 4.

<sup>62</sup> Il criterio del *best interest* del paziente non trova particolarmente seguito in Italia, né a livello dottrinale che giurisprudenziale. Un criterio oggettivo volto a orientare le scelte terapeutiche si può riscontrare solo nel divieto di accanimento terapeutico, previsto dall'art. 16 del Codice di deontologia medica: “il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita [...] Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte”.

<sup>63</sup> Si vedano in tal senso le pronunce che hanno riguardato i casi di Piergiorgio Welby (Tribunale di Roma, 17 ottobre 2017), di Eluana Englaro (da ultimo, Cass. Civ. n. 21748/2007) e di Walter Piludu (Tribunale di Cagliari, 21.05.2016)

lasciati morire quale espressione più piena della libertà personale e dell'autodeterminazione del singolo: se ogni azione medica è vincolata alla permanente intenzione primaria del malato e al suo diritto di rivederla, infatti, a fronte del rifiuto coscientemente opposto da parte del paziente a una terapia – anche di sostegno vitale – non (più) voluta, sorge in capo ai medici un solo preciso obbligo: di interromperla, eventualmente anche attraverso una condotta volta alla sospensione di macchinari artificiali.

Il diritto di decidere in tal senso, proprio perché riconducibile a un diritto inviolabile, non viene meno nel caso in cui il malato versi in uno stato di incoscienza tale da non renderlo in grado di prestare un esplicito consenso a un trattamento. In questi casi, si tratta solo di verificare e scegliere gli strumenti, quali le direttive anticipate di trattamento (D.A.T.) e il testamento biologico<sup>64</sup>, idonei a garantire l'autodeterminazione del singolo nei momenti finali della sua esistenza, tutelandolo da imposizioni esterne.

Al criterio dell'autodeterminazione terapeutica si aggiunge, nell'ordinamento inglese, per il caso del soggetto che non abbia disposto in relazione alle cure a cui intende essere sottoposto, un criterio oggettivo, quello del *best interest* del malato, che deve orientare le scelte del personale sanitario e dei giudici: questi, come visto, effettuata una valutazione di proporzionalità tra i sacrifici imposti e i benefici prevedibili per la salute del paziente, in conseguenza della somministrazione di presidi clinici, possono ammettere la sospensione di ogni cura, anche laddove ne derivi come esito certo la morte<sup>65</sup>.

Sembra, in questo caso, portarsi a compimento un percorso che non considera più la vita secondo una prospettiva di sacralità, ma che guarda alla qualità, anche biografica, dell'esistenza, quale criterio che deve indirizzare ogni scelta medica, qualunque ne sia la conseguenza.

Pur nella consapevolezza della tragicità di queste conclusioni, è proprio il lasciar morire un paziente, consentendo alla malattia di fare il suo corso che, in alcuni casi – e tra questi quello di Charlie Gard – corrisponde al miglior interesse di chi, dal continuare ad essere sottoposto a presidi terapeutici, non trae più, né oggettivamente né soggettivamente, alcun giovamento.

---

<sup>64</sup> Cfr. A. SANTOSUOSSO *Karen Quinlan (caso di, e seguenti)* in G. CORBELLINI, P. DONGHI, A. MASSARENTI (a cura di), *Biblioetica*, cit. 112; cfr. per un'analisi M. MORI, *Il testamento biologico: le ragioni della sua legittimità*, in E. TORRETTA (a cura di), *Vita e morte nella cultura medica e nel diritto: Incontri di Bioetica 2010*, Gruppo editoriale l'Espresso, Roma, 2011, 75.

<sup>65</sup> *Airedale N.H.S. Trust v. Bland*; House of Lords, February 4<sup>th</sup>, 1993.