

Rivista N°: 2/2016
DATA PUBBLICAZIONE: 15/05/2016

AUTORE: Ugo 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.**

Sommario: 1. Premessa. – 2. Un rapido riferimento a recenti decisioni provenienti dal continente americano. – 3. La Corte di Strasburgo inizia ad essere interessata da ricorsi incentrati sul diritto a decidere come e quando morire. – 4. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione IV), 29 aprile 2002, caso Pretty c. Regno Unito. – 5. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione I), 28 gennaio 2011, caso Haas c. Svizzera. – 6. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione V), 19 luglio 2012, caso Koch c. Germania. – 7. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione II), 14 maggio 2013, caso Gross c. Svizzera. – 8. Corte europea dei diritti dell'uomo (Grande Camera), 5 giugno 2015, caso Lambert e altri c. Francia. – 9. Conclusioni.

1. Premessa.

Ci sono alcune questioni, come quelle riguardanti i diritti civili, delle quali il Parlamento italiano ha deciso 'semplicemente' di non occuparsi e ciò – a dire di autorevoli esponenti (trasversalmente presenti nell'emiciclo parlamentare) – perché si tratterebbe di argomenti e tematiche eticamente sensibili. Fra le varie argomentazioni spesso impiegate per 'decidere di non decider', vi è quella per cui l'eventuale riconoscimento di nuovi diritti sarebbe comunque ostacolato da una società civile non ancora 'matura' ad accettarne l'emersione, ma anche quella per cui ci sono problemi ben più importanti ed urgenti che possono e devono essere calendarizzati e discussi e, *dulcis in fundo*, quella per cui normare su alcune materie

* : Dottore di ricerca in *Giustizia costituzionale e diritti fondamentali* presso l'Università di Pisa – adamo.ugo@tiscali.it

genererebbe (quasi come conseguenza naturale) un pendio scivoloso¹, in quanto, una volta consentita giuridicamente una pratica – prima non prevista o financo esclusa ma ora, appunto, riconosciuta come ammissibile dal ‘nuovo’ diritto –, il passo successivo sarebbe quello di legalizzare altre pratiche moralmente meno corrette, che – potrebbe arrivare a dirsi – diventerebbero legittime *in re ipsa*. La materia del testamento biologico (*rectius*, direttive anticipate di trattamento), come del resto quella dell’adozione del figlio di uno dei componenti la coppia omosessuale², o ancora il tema dell’eutanasia e del suicidio assistito – che è quello che qui ora più specificatamente interessa – sono tutti ottimi esempi di ciò che si sta dicendo.

Il problema è quello – e ciò vale soprattutto per l’eutanasia – che si è dinanzi ad una preclusione pre-concetta al dibattito, con la conseguenza che nelle aule parlamentari non possono emergere né le tesi favorevoli né quelle contrarie (naturalmente entrambe parimenti degne di essere espresse e di potersi confrontare) all’introduzione nel nostro ordinamento (e con quali condizioni) delle pratiche eutanasiche. L’assenza di qualsiasi dibattito parlamentare serio e costruttivo dimostra come il decisore politico sia determinato a non affrontare una domanda sociale che è comunque presente (anche se è difficile quantificarne la portata) e che chiede, da tempo, almeno l’avvio di un dibattito circa la legittimità di una legge che legalizzi l’eutanasia e l’aiuto al suicidio e/o i suoi limiti e condizioni.

In attesa che il nostro legislatore decida di occuparsi del tema e di prendere in considerazione le molteplici proposte di legge (anche recentemente)³ depositate in Parlamento, intento di questo breve contributo è quello di rilevare un certo cambio di passo su tale tematica, sulla quale si sta producendo (sempre, ben inteso, al di là degli stretti confini nazionali) un’interessante giurisprudenza, sia costituzionale che convenzionale, che apre alla legittimità della pratica eutanastica e che, comunque, – per quello che interessa più da vicino l’ordinamento italiano – sta riconoscendo la conformità a Convenzione di una disciplina normativa che decida di muoversi in tal senso.

Prima di procedere oltre, però, risulta metodologicamente corretto dare una definizione di eutanasia o almeno specificare qual è il significato – a fronte di un suo plurimo impiego – che sarà adoperato in questo contributo. Intanto, risulta più che opportuno marcare la differenza che intercorre tra l’eutanasia attiva e l’eutanasia passiva, per poter respingere l’impiego di tale ultimo termine ad indicare il rifiuto di un trattamento (già iniziato) e che costituisce una cura salva-vita. Ed infatti, anche se in entrambi i casi la richiesta di porre fine alla

¹ Ci si riferisce alla nota tesi dello *slippery slope*, vale a dire della “scivolosa china” dei “passi successivi” (F. MANTOVANI, *Aspetti giuridici della eutanasia*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2/1988, 455), detta anche del “piano inclinato” (R.G. FREY, *Il timore della ‘china scivolosa’*, S. BOK, *Eutanasia*, entrambi in G. DWOR-KIN-R.G. FREY-S. BOK, *Eutanasia e suicidio assistito*, Torino, 2001, 52 ss., 143). Ampiamente sull’argomento C. TRIPODINA, *Il diritto nell’età della tecnica. Il caso dell’eutanasia*, Napoli, 2004, 180.

² Disciplina che è assente nella proposta di legge C. 3634 ‘Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze’ il cui esame alla Camera dei Deputati è in Commissione (dal 3 marzo 2016) a seguito dell’approvazione del testo così come trasmesso dal Senato il 25 febbraio 2016 (S. 2081).

³ Sulle novità (recenti calendarizzazioni) riguardanti le direttive anticipate di trattamento e l’eutanasia, si v. la parte finale delle Conclusioni del presente scritto.

propria esistenza muove dal malato⁴, la risposta dell'operatore medico è profondamente diversa nelle due situazioni, in quanto mossa da finalità differenti. Nel primo caso, il fine dell'attività medica è quello di procurare la morte, anticipando l'evoluzione della malattia, nel secondo caso, invece, l'obiettivo è quello di dar seguito ad una richiesta di sospensione delle cure, consentendo il decorso della malattia che condurrà 'naturalmentÈ alla morte. Quindi, le due ipotesi si basano su fondamenti diversi: il rispetto di un diritto al consenso (dissenso) informato (da altri chiamato eutanasia passiva) e il principio di autodeterminazione (eutanasia attiva).

Alla base della domanda di eutanasia vi è la ricerca di una "morte benefica procurata da altri a chi sia affetto da malattia inguaribile a esito letale, su richiesta valida di questi, per porre fine a uno stato di sofferenza considerato dal paziente inutile e intollerabile"⁵.

Per come si anticipava, diverse, plurime e non sempre coincidenti tra loro sono le definizioni che si possono dare dell'eutanasia⁶, ma – in questa sede – si prendono in considerazione solo quelle basate *in primis* sul principio di autodeterminazione. Quindi, per ragionare giuridicamente su tale nozione, è così riassumibile il nucleo essenziale degli elementi che ne devono costituire la definizione: 1. richiesta cosciente e libera da parte di un soggetto malato; 2. espressione del principio personalista e della libera autodeterminazione del soggetto richiedente; 3. raggiungimento di uno stato di malattia talmente grave da essere definito come irreversibile e che comporta che il vivere non sia più accettabile dalla (e solo dalla) persona richiedente la pratica eutanasi. Rispetto a quanto appena detto, quindi, si intende prendere in considerazione – per come si vedrà più avanti – esclusivamente quella pratica che va sotto il nome di *eutanasia attiva volontaria*, escludendo quelle ipotesi di eutanasia *non richiesta*⁷, vale a dire in assenza di una domanda da parte di soggetti che non sono nelle condizioni di formularla (neonati portatori di grave *handicap*, persone che vivono in una situazione di incoscienza e di irreversibilità della malattia e che non hanno sottoscritto direttive anticipate di trattamento⁸).

2. Un rapido riferimento a recenti decisioni provenienti dal continente americano.

Il diritto comparato – soprattutto in quegli ordinamenti che conoscono una modulazione nel tempo degli effetti delle decisioni dei massimi organi della giustizia costituzionale – rappresenta un interessante angolo di visuale sulla capacità delle Corti Supreme di incidere

⁴ Potendosi anche argomentare che da un punto di vista *morale* non vi sia alcuna differenza tra le due ipotesi, in tal senso, peraltro condivisibilmente, G. DWORKIN, *Introduzione*, R.G. FREY, *Distinzioni tra tipi di morte*, entrambi in G. DWORKIN-R.G. FREY-S. BOK, *Eutanasia e suicidio assistito*, Torno, 2001, e, rispettivamente, X, 29 ss.; D. NERI, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Roma-Bari, 1995, 32; J. RACHELS, *La fine della vita: la moralità dell'eutanasia*, Torino, 1989, 123.

⁵ Così D. NERI, *Eutanasia: le ragioni del sì*, in AA.VV. *Eutanasia ed etica del morire*, Volume 2, a cura di M. Gensabella Furnari, Catanzaro, 2001, 57.

⁶ Per un'ampia ricerca si rinvia, per tutti, a C. TRIPODINA, *Op. cit.*, 17 ss.

⁷ Cfr., la recente . *Contra*, per la legittimità anche della eutanasia non volontaria, cfr. la tesi esposta da P. SINGER, *Etica pratica*, Milano, 1995, 217; J. RACHELS, *La fine della vita*, cit.

⁸ Come è noto, in Italia, ancora non esiste al momento alcuna disciplina legislativa su tale direttive.

su una materia, quale quella dell'eutanasia, in merito alla quale si è comunque del tutto consci delle difficoltà in cui incorrerebbe almeno la nostra Corte allorquando fosse chiamata a sindacare la norma che vieta il suicidio assistito e l'omicidio del consenziente, riconoscendo l'eutanasia come nuovo diritto attraverso una decisione manipolativa (sempre esclusa in materia penale) o finanche di accoglimento secco⁹.

Seppur oggetto della nostra attenzione sia quello di ricostruire la giurisprudenza convenzionale sulla tematica intorno al fine vita, e alla luce delle affermazioni testé avanzate, si vuol fare almeno un cenno – reputando ciò quantomeno opportuno – ad alcune recenti decisioni depositate da due corti costituzionali che sono riuscite ad incidere significativamente sull'introduzione dell'eutanasia nei rispettivi ordinamenti. Il riferimento va quindi a quanto è stata in grado di statuire la *Corte Constitucional de Colombia*. La prima decisione a cui bisogna riferirsi è la *sentencia C-239 de 1997*, con la quale tale Corte, benché abbia escluso l'antigiuridicità della condotta del medico che, sotto certe condizioni, aiuta a morire il paziente consenziente, si è limitata a pronunciare un dispositivo contenente una interpretativa di rigetto, non legalizzando, dunque, l'aiuto a morire. Nel dispositivo della decisione era comunque contenuto un monito al legislatore affinché provvedesse a statuire la disciplina sul diritto alla morte dignitosa: "Sollecitare il *Congreso* affinché, nel più breve tempo possibile e conformemente ai principi costituzionali e al comune senso di umanità, regoli la questione della morte dignitosa"¹⁰.

Il tempo da allora trascorso – che secondo l'auspicio appena riferito avrebbe dovuto essere il più breve possibile – non è stato impiegato dal Parlamento colombiano per produrre la legislazione sul diritto a morire, tanto che, nel frattempo, è intervenuta un'altra decisione (la *sentencia T-970 de 2014*), che, se da una parte ha rinnovato il monito al Parlamento, dall'altra ha 'ordinato' al *Ministerio de Salud* di emanare nel termine perentorio di 30 giorni una direttiva, disponendo tutto il necessario affinché negli ospedali sia pubblici che privati fosse costituito un *comité interdisciplinario* per prendere in considerazione le istanze eutanasiche. Inoltre, nella sentenza è specificato che dovrà essere predisposto un protocollo medi-

⁹ Che avrebbe l'effetto 'controproducente' di far espandere, venuta meno l'eccezione, la disciplina generale dell'omicidio. Anche in questo caso si andrebbe contro la giurisprudenza della Corte che nega la possibilità di rendere pronunce in *malam partem*. Sul punto non si può che rinviare a P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, Milano, 2007, 275 ss. Più in generale, sulla giurisprudenza della Corte, cfr. A. LOLLO, *Norme penali di favore e zone d'ombra della giustizia costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 30 giugno 2009, 1 ss. Dunque, difficilmente la Corte costituzionale, qualora adita, dichiarerà illegittime le disposizioni del c.p. che vietano le pratiche eutanasiche – fermo restando che la Corte potrebbe comunque procedere con sentenze-monito –, sulla base dell'argomentazione per cui la Costituzione *non impone* la loro liceità. Si potrebbe, però, discutere che la Costituzione, se non impone la liceità dell'eutanasia, ne *permette*, comunque, l'introduzione; in tal modo la legittimità della legalizzazione dovrebbe essere valutata sulla sua ragionevolezza intrinseca, vale a dire sulla fondatezza o meno dei limiti che dovrebbero essere previsti nella richiesta di eutanasia. Ruolo fondamentale, quindi, è quello che dovrebbe esercitare il Parlamento, ben sapendo che la tutela della vita (e questa è una indicazione che chiaramente giunge dalla giurisprudenza convenzionale) – ed in particolare la protezione dei soggetti più deboli – si assicura proprio garantendo che ogni individuo possa sì esprimersi attraverso la propria autodeterminazione, ma sempre nel rispetto di determinati limiti, anche quando non si interferisce in sfere giuridiche altrui; d'altra parte, in uno Stato costituzionale nessun diritto è esente da limiti e nessun principio domina da solo (G. ZAGREBELSKY, *Fragilità e forza dello Stato costituzionale*, Napoli, 2006, 54), sempre al fine di scongiurare la tirannia dei valori.

¹⁰ La traduzione del dispositivo della sentenza appena riportata, così come tutte le traduzioni dalla lingua spagnola e francese proposte nel testo sono da imputare esclusivamente allo scrivente.

co a cui attenersi al fine di rendere effettivo un diritto costituzionale reso inoperante dalla mancanza di una legge di attuazione costituzionale. Con la *Resolución* n. 1216 del 20 aprile 2015, vale a dire a distanza di diciotto anni dalla prima decisione della *Corte Constitucional* in materia, il Ministero della Salute colombiano ha approvato le linee guida che definiscono i termini del 'riconosciuto' *derecho a morir con dignidad*. Le condizioni per accedere al diritto, così come indicato dalla *Corte*, fra le altre, sono quella della maggiore età e quella della piena capacità di intendere. La richiesta deve essere, poi, giudicata ammissibile da un Comitato scientifico-interdisciplinare per il diritto a morire con dignità, composto da un medico specialista, da uno psichiatra o da uno psicologo e da un giurista¹¹.

Quindi, ribadendo la decisione del 1997, per la Corte sudamericana "condannare una persona a prolungare per un tempo breve la sua esistenza, quando essa non lo vuole e patisce sofferenze profonde, equivale non solo ad un trattamento crudele ed inumano, vietato dalla norma (art. 12 c.p.), ma anche all'annullamento della sua dignità ed autonomia come soggetto morale".

Anche un'altra Corte Suprema – questa volta del Nord America – è riuscita a incidere (anche qui a più riprese) sulla discrezionalità del Parlamento. Ci riferiamo alla decisione della Corte Suprema del Canada (caso *Carter v. Canada*, del 6 febbraio 2015), che – anche grazie ad una modulazione nel tempo degli effetti della sua decisione – ha dichiarato l'incostituzionalità del divieto penale (art. 241.b c.p.) che proibisce in modo *assoluto*, e quindi – a parere della Corte – in modo ingiustificato, l'aiuto al suicidio (come pure l'eutanasia attiva)¹². L'aiuto medico a morire, seppur in presenza di determinate condizioni, costituisce un vero e proprio diritto fondamentale della persona: questo è quello che ha affermato con perentorietà la Corte canadese, benché ventun anni prima (caso *Rodríguez v. British Columbia* del 1993) il medesimo Tribunale fosse giunto a conclusioni diametralmente opposte, seppur adottate, già in quel caso, solo a stretta maggioranza (5 voti contro 4). La Corte, allora, aveva affermato che la penalizzazione dell'aiuto a morire era costituzionale; ora, invece, e all'unanimità dei componenti il consesso, la *Supreme Court* del Canada ha stabilito che tale divieto penalmente rilevante è contrario alla Carta costituzionale, con ciò riconoscendo che pazienti in condizioni di vita segnate da sofferenze atroci hanno il diritto costituzionale di decidere di voler morire.

Il cambio giurisprudenziale è dettato – a dire dei giudici – da un panorama comparato in evoluzione (anche se – a dire il vero – non in modo così significativo)¹³ e più in generale

¹¹ In dottrina almeno M.J. ACEVEDO MIÑO, *Eutanasia: uno sguardo agli stati latino americani*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita*, cit., 701-703; A. D'ALOIA, 'Diritto' e 'diritti' di fronte alla morte. Ipotesi ed interrogativi intorno alla regolazione normativa dei comportamenti eutanasi, in L. CHIEFFI (a cura di), *Bioetica e diritti dell'uomo*, Torino, 2000, 198-200; A. RUIZ MIGUEL, *Autonomía individual y derecho a la propia vida (Un análisis filosófico-jurídico)*, in *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 14/1993, 18.

¹² Sull'allargamento del *petitum* che era limitato alla sola assistenza al suicidio, si v. criticamente F. REY MARTÍNEZ, *La ayuda médica a morir como derecho fundamental. Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de Febrero de 2015, asunto Carter v. Canadá*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2/2015, 248 e 255; più in generale G. DWORKIN, *Politiche pubbliche e suicidio medicalmente assistito*, in G. DWORKIN - R.G. FREY - S. BOK (a cura di), *Eutanasia e suicidio assistito*, Torino, 2001, 94.

¹³ Cfr., infatti, *infra* nota 18.

dal contesto nel quale i giudici sono stati chiamati a prendere la decisione. Il caso da cui nasce il giudizio – riguardante una donna (Gloria Taylor, nel frattempo deceduta) colpita da SLA – ha posto la domanda se il divieto penale violi il diritto della ricorrente alla vita, alla libertà e all'integrità fisica. La risposta data è affermativa: per la Suprema Corte il diritto alla vita – che non comporta un dovere a vivere – nel rispetto del diritto di libertà, del principio di autodeterminazione e della propria integrità fisica [p.ti 63-64] (gli stessi diritti che reggono quello al consenso-dissenso ai trattamenti sanitari) non esige un divieto assoluto all'aiuto a morire, che comporta solo l'impossibilità di prendere decisioni mediche personali e fondamentali, imponendo un danno e uno *stress* psicologico e privando il malato del controllo sul proprio corpo vissuto [p.to 65]. Tali limiti alla libertà personale costringono la ricorrente (e chi versa nelle sue stesse condizioni) a vivere soffrendo atroci e intollerabili sofferenze con violazione del diritto all'integrità fisica e di libertà (di una vita degna di essere vissuta). L'incostituzionalità della normativa è figlia della sua sindacata irragionevolezza e non proporzionalità. Infatti, il fine della norma è quello di salvaguardare le persone particolarmente fragili. Se tale giustificazione è costituzionale, l'illegittimità deriva dalla circostanza che l'assolutezza della norma penale¹⁴ non è più retta da tale finalità perché non prende in considerazione le persone (come la ricorrente) che certo non rientrano nella categoria delle persone vulnerabili da tutelare; l'unica conseguenza è la lesione dei diritti fondamentali.

Neanche il rischio del pendio scivoloso rende ragionevole l'assolutezza della norma denunciata e ciò perché "un danno teorico e speculativo [...] non può giustificare un *absolute prohibition*" (p.to 119). Quindi, e con specifico riguardo al diritto processuale costituzionale, la Corte Suprema del Canada ha modulato nel tempo gli effetti della pronuncia sospendendo le conseguenze della sua decisione di accoglimento per un periodo di un anno¹⁵. Tale periodo è quello riconosciuto al Parlamento per produrre una legislazione confacente alla motivazione del giudice costituzionale sulla predisposizione degli stretti limiti che possono continuare a tutelare la categoria dei soggetti vulnerabili nonché del diritto dei medici ad esercitare l'obiezione di coscienza e quindi a dare contenuto al già riconosciuto diritto fondamentale a morire, seppur in presenza di determinate condizioni¹⁶.

¹⁴ Una regola che non ammette eccezioni direbbe attenta dottrina: F. REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y derechos fundamentales*, Madrid, 2008.

¹⁵ Lo scorso 11 gennaio, il Governo federale ha chiesto alla Corte Suprema del Canada una proroga di sei mesi per predisporre una legislazione concernente l'assistenza medica al suicidio, non essendo in grado di procedere entro il termine prefissato che scadeva lo scorso 6 febbraio. La Corte (*Carter v Canada (Attorney General)* [2016] SCC 4, del 15 gennaio 2016) ha deciso per una proroga di (soli) quattro mesi e ciò in considerazione della circostanza "eccezionale" di inoperatività del Parlamento, protrattasi, appunto, per un periodo di quattro mesi, dal 2 agosto del 2015 (data di scioglimento dell'organo) al 3 dicembre dello stesso anno (giorno in cui il Parlamento ha ripreso ufficialmente i suoi lavori).

¹⁶ Sulla decisione si v. il commento di E. STEFANELLI, *La Corte suprema del Canada, il suicidio assistito, l'uso dei precedenti. Brevi note a margine del caso Carter v. Canada* (Attorney General), 2015 SCC5, in www.federalismi.it; A. DI MARTINO, *La Corte Suprema canadese fa un overruling e dichiara incostituzionale il reato di aiuto al suicidio*, in *Osservatorio Costituzionale* - Aprile 2015, www.osservatoriocostituzionale.it; M. TOMASI, *Alla ricerca di una disciplina per il suicidio medicalmente assistito in Canada: dal divieto penale a un articolato regime di controlli e cautele* - Canada Supreme Court: Carter v. Canada (Attorney General), F. GALLARATI, *Canada – La Corte Suprema apre la strada al suicidio assistito*, entrambi in *DPCE-online*, 2/2015. In dottrina, già prima della

Com'era più che prevedibile, la decisione canadese ha subito costituito (e presumibilmente continuerà a rappresentare) un 'precedent' preso in considerazione sia da vari ricorrenti che da altre Corti costituzionali chiamate a giudicare la 'tenuta' delle disposizioni che vietano l'eutanasia¹⁷.

3. La Corte di Strasburgo inizia ad essere interessata da ricorsi incentrati sul diritto a decidere come e quando morire.

Come si ricordava in premessa, scopo di questo lavoro non è quello di indagare la legittimità costituzionale delle pratiche eutanasiche previa determinazione di precisi e rigidi limiti, quanto piuttosto quello di analizzare e fare il punto sulla giurisprudenza di Strasburgo in merito alla conformità alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo del riconoscimento (ma anche della mancata disciplina) delle pratiche eutanasiche negli ordinamenti statuali. Ed infatti, la Corte europea ha avuto modo, a differenza di quanto non accaduto per la Corte costituzionale italiana, di pronunciare diverse decisioni che hanno avuto come oggetto di giudizio (direttamente o indirettamente) il diritto di morire e la possibilità di trovarne implicita tutela nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Al di là di quanto avviene in alcuni Paesi nei quali vige una disciplina legislativa sul *come* e sul *quando* poter decidere (attivamente) sull'interruzione della fase ultima della vita, in Europa non esiste un *idem sentire* nelle legislazioni dei vari Paesi¹⁸ che aderiscono alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (d'ora in avanti CEDU). Tenendo fermo questo dato fattuale, si comprende quel *self restraint* che ha caratterizzato a tutt'oggi la giurisprudenza dell'organo giudiziale preposto a salvaguardia dei diritti contenuti nella Carta internazionale, vale a dire la Corte di Strasburgo, che ha avuto modo di pronunciare diverse decisioni che risultano essere di estrema rilevanza per la materia che qui si tratta.

La prima volta che la Corte è stata chiamata ad esprimersi su una tematica inerente il fine vita risale al caso *Sanles c. Spagna*¹⁹. Ramón Sampredo era un cittadino spagnolo costretto ad una grave disabilità (tetraplegia) a seguito di lesioni irreversibili del midollo spinale causate da un grave incidente. Erano diversi anni (dal 1993) che il sig. Sampredo adiva i

decisione, G. GENTILI, *Come colmare il divario tra Diritto e Società? In cerca di coerenza tra 'right to die', suicidio assistito ed eutanasia in Canada*, in E. CECCHERINI, -T. GROPPI (a cura di), *Bioetica*, Napoli, 2010, 107 ss.

¹⁷ La sentenza Carter ha quindi trovato un 'seguito' sia positivo (*Stransham-Ford v. Minister of Justice and Correctional Services and Others* caso deciso il 4 maggio 2015 dalla *North Gauteng High Court*, Pretoria) che 'negativo' (*Lecretia Seales v. Attorney General* decisione depositata il 5 giugno 2015 dalla *High Court of New Zealand*), di ciò dà ampio conto E. STEFANELLI, *Suicidio assistito: la sentenza Carter v. Canada alla prova della trans-judicial communication*, in www.diritticomparati.it.

¹⁸ Fra i 42 paesi aderenti alla CEDU, una legislazione sull'eutanasia esiste solo in Svizzera, Paesi Bassi, Belgio e Lussemburgo. Nel Nord America si ricordano gli stati dell'Oregon, di Washington, del Montana, del Vermont e ora anche della California.

¹⁹ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione IV), 26 ottobre 2000 (caso *Sanles c. Spagna*). In dottrina, almeno, I.A. COLUSSI, *Quando a Strasburgo si discute di fine vita ... Casi e decisioni della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo in tema di eutanasia e suicidio assistito*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni, casi*, Napoli, 2012, 446 ss.; G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, 2014, 63.

giudici spagnoli con la richiesta di non perseguire il soggetto che l'avesse aiutato a morire secondo lui degnamente, per come era nella sua volontà. Esaurite le vie di ricorso, in attesa della soluzione del *recurso de amparo* presentato al *Tribunal Constitucional*, il ricorrente morì per suicidio assistito con l'aiuto di soggetti rimasti ignoti. La cognata di Sampredo, la sig.ra M. Sanles Sanles, nel mentre si procedeva con un giudizio penale contro ignoti, avrebbe voluto proseguire il giudizio iniziato dal cognato. Tale pretesa rimase però tale, constatando, la giurisdizione nazionale spagnola, che la ricorrente non era legittimata a proseguire o ad avviare un procedimento per la tutela di un diritto che è personalissimo e non trasmissibile, come nel caso *de quo*. La ricorrente, allora, adiva la Corte EDU lamentando la violazione della Carta europea dei diritti fondamentali e argomentando sulla illegittimità della mancata previsione nell'ordinamento iberico della liceità della pratica eutanassica (aiuto al suicidio) e quindi della violazione dell'art. 2 della CEDU che, nel tutelare il diritto alla vita, deve riconoscere anche il diritto a morire con dignità, essendo quest'ultimo diritto speculare al primo. La Corte EDU, non entrando nel merito del ricorso, lo dichiara inammissibile per la mancanza, in capo alla ricorrente, della legittimazione a ricorrere non essendo essa 'vittima' ex art. 34 CEDU, in quanto non direttamente affetta dalle misure impugnate e per il fatto che il diritto per cui si ricorreva era un diritto personalissimo e quindi non trasmissibile ad altri²⁰.

Se questa è la prima decisione a cui riferirsi, il *leading-case* del filone giurisprudenziale di cui si tratteggeranno le fila è sicuramente costituito dalla nota vicenda della signora Diane Pretty²¹. Per la rilevanza di questa decisione, ma anche per rimarcare la natura casistica della giurisprudenza della CEDU, pare opportuno ricostruire la vicenda processuale della ricorrente.

4. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione IV), 29 aprile 2002, caso *Pretty c. Regno Unito*.

Diane Pretty era una donna inglese di 43 anni a cui, tre anni prima, era stata diagnosticata una malattia neurodegenerativa progressiva (sclerosi laterale amiotrofica SLA); lo stato della malattia si era ulteriormente aggravato quando nel 2002 la Corte di Strasburgo, a cui la donna aveva fatto ricorso, deposita la decisione nel merito. Nelle parole della Corte si comprende bene la drammatica situazione in cui versava la donna: "La signora Pretty è quasi paralizzata dal collo ai piedi, essa non può in pratica esprimersi in maniera comprensibile

²⁰ Cfr., anche, Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione II), 16 dicembre del 2008, (caso *Ada Rossi e altri c. Italia*). La Corte decise per l'irricevibilità del ricorso proposto da diverse associazioni volto ad impedire l'attuazione del decreto della Corte di Appello di Milano che riconosceva il diritto del distacco nasogastrico alla paziente Englaro. La Corte ebbe gioco facile ad arrestare il proprio giudizio in una fase antecedente il merito nel constatare che i ricorrenti non possedevano la capacità di agire in giudizio, in quanto la decisione impugnata non ledeva direttamente loro e neanche un soggetto da loro rappresentato. In dottrina si v. almeno I. ANRÒ, *Il caso Englaro di fronte alla Corte europea dei diritti dell'uomo: un confronto con la Corte di giustizia delle Comunità europee circa la legittimazione ad agire delle associazioni a difesa dei diritti dell'uomo*, in www.forumcostituzionale.it.

²¹ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione IV), 29 aprile 2002 (caso *Pretty c. Regno Unito*).

e si alimenta mediante un tubo. La sua *speranza di vita è molto limitata* e si computa in mesi, se non in settimane. *Il suo intelletto e la sua capacità di prendere decisioni sono tuttavia intatti*. Gli stadi ultimi della malattia sono estremamente penosi e si accompagnano con una perdita della *dignità*. La signora Pretty ha paura e si preoccupa della sofferenza e della perdita di dignità che dovrà affrontare in caso di ulteriore sviluppo della malattia, per cui spera di poter *decidere* quando e come morire, stante anche il grave indebolimento delle braccia e delle gambe così come dei muscoli che controllano la respirazione. La morte sopravviene generalmente in seguito a problemi di insufficienza respiratoria e polmonite dovuti alla debolezza dei muscoli respiratori e di quelli che controllano la parola e la deglutizione. *Nessun trattamento può bloccare la progressione della malattia* che colpisce i neuroni motori all'interno del sistema nervoso centrale e provoca un'alterazione graduale delle cellule che comandano i muscoli volontari del corpo²².

In Inghilterra dal 1961 il suicidio (mero fatto) non è considerato più un reato, ma D. Pretty è impedita ad attuarlo in modo autonomo trovandosi in uno stato di completa paralisi a causa della sua malattia. L'assistenza al compimento di tale atto (assistenza al suicidio: fatto sociale), però, continua ad essere considerata e punita come reato, anche a seguito della riforma dei primi anni '60.

L'avvocato della ricorrente, al fine di permettere alla sua assistita di compiere il gesto del suicidio così come coscientemente desiderato, reputando l'ultimo tratto della sua vita come non degno d'essere vissuto, invita con una lettera il pubblico ministero (*Director of Public Prosecutions, DPP*) ad impegnarsi a non perseguire penalmente il marito della ricorrente che, aderendo ai desideri della moglie, era intenzionato ad aiutarla nel realizzare il suo desiderio di suicidarsi. Il *DPP* rifiutò di accogliere quella che era subito parsa come una richiesta d'immunità al compimento di quello che era per legge un reato. L'avvocato a questo punto adì prima la *Divisional Court* ed in seguito la *Camera dei Lords*, ma entrambe, rigettando il ricorso, precisavano che il *DPP* non aveva il potere di assumere l'impegno di non perseguire un crimine e che l'articolo 2§1 della legge del 1961 sul suicidio non era incompatibile con la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, così come ipotizzato dal ricorso proposto.

Si ricorreva, dunque, alla Corte di Strasburgo. Adendo la Corte EDU, la ricorrente impugnava una sezione del *Suicide Act* per violazione di una molteplicità di articoli della Convenzione ratificate nello *Human Rights Acts*, vale a dire l'art. 2 (diritto alla vita)²³, l'art. 3 (proibizione della tortura)²⁴, l'art. 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare)²⁵, l'art. 9

²² Cfr. il *In fatto I. Le circostanze della fattispecie* (corsivi nostri).

²³ "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".

²⁴ "Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti".

²⁵ "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

(libertà di pensiero, di coscienza e di religione)²⁶ e l'art. 14 (divieto di discriminazione)²⁷. Secondo la tesi della ricorrente, l'aiuto al suicidio non si pone in contrasto con l'art. 2 della CEDU per la ragione che giudicarlo contrario al diritto convenzionale comporterebbe considerare gli ordinamenti di paesi nei quali il suicidio assistito è legale in difformità con la disposizione citata. Inoltre – sempre a dire della ricorrente –, l'art. 2 non garantisce solo il diritto alla vita ma altresì il diritto di scegliere se continuare o cessare di vivere. La decisione di continuare o cessare di vivere spetta all'individuo ed è un corollario del diritto alla vita, e ciò riconosce implicitamente un vero e proprio diritto a morire al fine di evitare una sofferenza e una indegnità ineluttabili²⁸.

Per i giudici di Strasburgo, tale tesi non è da considerarsi fondata e soprattutto l'art. 2 non può essere in alcun modo interpretato nel senso di conferire un diritto che si configura come diametralmente opposto a quello positivizzato nel testo: dal diritto alla vita non deriva il diritto a morire. Non integrando il diritto a morire, l'art. 2 “protegge il diritto alla vita, senza il quale il godimento di uno qualsiasi degli altri diritti e libertà garantiti dalla Convenzione sarebbe illusorio” (§ 37). L'art. 2, inoltre, non contiene neanche un diritto all'autodeterminazione tale da poter riconoscere ad ogni individuo il diritto di scegliere la morte piuttosto che la vita (§ 40).

Risolta l'interpretazione della formulazione dell'art. 2, la Corte non prende in considerazione neanche l'altra parte della censura, limitandosi a dire che essa stessa, a guardare il *thema decidendum*, non deve stabilire se il diritto in un paese o in un altro disconosca o meno l'obbligo di proteggere il diritto alla vita, pur se arriva ad affermare che “anche se si dovesse ritenere conforme all'articolo 2 della Convenzione la previsione che dovesse riconoscere, in un determinato Paese, il suicidio assistito, ciò non sarebbe di nessun aiuto per la ricorrente nella fattispecie, dove non è stata accertata l'esattezza della tesi molto diversa secondo la quale il Regno Unito ignorerebbe gli obblighi discendenti dall'articolo 2 della Convenzione se non autorizzasse il suicidio assistito” (§ 41).

La Corte pare aver proceduto con affermazioni più di buon senso che con argomentazioni strettamente giuridiche come quella che vorrebbe che l'opposto del diritto alla vita non

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”.

²⁶ “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 delle libertà altrui”.

²⁷ “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”.

²⁸ Si v. caso *Keenan c. Regno Unito*, concernente la mancata somministrazione di una terapia effettiva ad un detenuto che soffriva di malattia mentale e che si era suicidato in cella.

è il diritto di morire, ma il dovere di vivere²⁹. Che la Corte europea non abbia potuto affermare ciò lo si può comprendere bene se si pensa agli effetti di una tale statuizione, che porrebbe il dovere di vivere in netta contrapposizione con il principio di autodeterminazione, ad esempio, nella cura³⁰.

Secondo parametro invocato è l'art. 3. Sostiene la ricorrente che la sofferenza che è costretta continuamente a subire è qualificabile come inumana e quindi degradante, con chiara violazione di quanto imposto agli Stati che si devono adoperare non solo per prevenire ma anche per rimuovere sofferenze di tale natura: detto in altro modo, lo Stato non tutela chi grava in uno stato di sofferenza talmente elevato da far chiedere l'aiuto al suicidio. L'avvocato, nell'atto di ricorso, cerca di distinguere il caso in cui si trova la sua assistita da quelli di altre persone che vorrebbero che il suicidio assistito fosse legalizzato. Detto in altri termini, ciò che è richiesto è la legalizzazione non tanto del suicidio assistito *tout court*, ma di quello limitato ai soli casi (come nel caso *de quo*) in cui la persona interessata sia in grado di dimostrare la capacità di adottare una simile decisione in piena coscienza. La persona, quindi, che richiede l'aiuto al suicidio non rientra in quella categoria di soggetti che dovrebbero avere bisogno di protezione maggiore perché maggiormente vulnerabili.

Ripercorrendo l'esegesi dell'art. 2, la Corte non ha difficoltà a rilevare, intanto, che il governo dello Stato contro cui si ricorre non ha imposto alcun trattamento sanitario alla ricorrente; infatti, fermo restando che rientra nell'ambito dell'integrità fisica e psichica della persona poter rifiutare un trattamento (anche salva vita), nel caso di specie si chiedeva l'impunità della condotta del marito nel caso egli avesse violato una norma penale dell'ordinamento nazionale, ritenuta contraria a Convenzione.

Passando alla pretesa violazione dell'art. 8 della Convenzione, la Corte ci fornisce una più che interessante interpretazione del disposto appena richiamato sul quale, come vedremo anche in seguito, baserà il suo *iter* logico-argomentativo per risolvere i ricorsi che hanno riguardato l'ampio e delicato tema dell'aiuto al suicidio. Nell'art. 8 è contenuta la nozione di 'vita privata' che è una nozione ampia e che deve essere suscettibile di una definizione il più esaustiva possibile. Pur ribadendo il principio della sacralità della vita così come protetto anche dagli artt. 2 e 3 della Convenzione, "è sotto il profilo dell'articolo 8 che la nozione di *qualità di vita* si riempie di significato. In un'epoca in cui si assiste ad una *crescente sofisticazione della medicina* e ad un aumento delle speranze di vita, numerose persone temono di non avere la forza di mantenersi in vita fino ad 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 [...] Nella fattispecie, alla ricorrente viene impedito

²⁹ A. SANTOSUOSSO, *Il diritto delle decisioni di fine vita e il diritto transazionale*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita*, cit., 345.

³⁰ E la Corte è talmente cosciente di ciò che nella medesima decisione afferma 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 consentire ad un trattamento che potrebbe avere l'effetto di prolungargli la vita" (§ 63). Più di recente v., anche, Corte Edu, *Jeovah's Witnesses of Moscow c. Russia*, 10 giugno 2010.

dalla legge di compiere una scelta per evitare ciò che, ai suoi occhi, costituirà un epilogo della vita indegno e doloroso. La Corte non può escludere che ciò costituisca una lesione del diritto dell'interessata al rispetto della vita privata" (§ 65).

La Corte, a questo punto, immette nel ragionamento un'argomentazione che, come si cercherà di dimostrare più avanti, è quanto meno discutibile. I giudici di Strasburgo richiamano il ragionamento delle cosiddette 'chine scivolose', parlando (in generale) di persone fragili e riconoscendo (in concreto) nella *ratio legis* della disposizione in oggetto un'adeguata tutela dalla vulnerabilità della categoria in cui tali persone rientrano. Viene riconosciuta agli Stati la valutazione del rischio di abuso e delle probabili conseguenze degli eccessi che potrebbero discenderne o che sarebbero addirittura implicati dal venir meno del divieto generale del suicidio assistito. Solo il legislatore³¹ è soggetto competente a limitare al massimo i rischi di 'scivolamento' che la legalizzazione richiesta dalla ricorrente comporterebbe.

La Corte conclude, quindi, che non si riscontra la violazione dell'art. 8 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.

In conclusione, e sempre in riferimento all'art. 8, viene comunque riconosciuta come ragionevole la previsione della penalizzazione del suicidio assistito e comunque si precisa che tale scelta, in una società democratica, è giustificata in quanto necessaria alla protezione dei diritti degli altri.

Molto più essenziale il riferimento alla presunta violazione dell'art. 9. Secondo la ricorrente, il *DPP*, rifiutando di impegnarsi a non perseguire il marito che l'avrebbe aiutata al suicidio, avrebbe leso anche il diritto della ricorrente 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 – ma come si è soliti dire, non per importanza –, 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 assistenza³². La giustificazione a tale diversità di valutazione è che ella stessa, per il solo fatto di es-

³¹ "Se l'articolo 34 della Convenzione attribuisce effettivamente alla Corte il compito di non formulare pareri in astratto, ma di applicare la Convenzione ai fatti concreti del caso per il quale viene adita, le sentenze rese nei casi individuali costituiscono, in misura più o meno ampia, precedenti, e la decisione nella fattispecie non può, né in teoria né in pratica, essere articolata in modo tale da impedire che sia applicabile ad altra fattispecie" (§ 75).

³² Ma potrebbe anche richiamarsi il caso in cui un soggetto può chiedere l'interruzione di un trattamento salva vita per dar corso ad un fine vita corrispondente alla propria concezione di dignità. In dottrina si parla, appunto di una odiosa 'sfortuna', tale termine è impiegato 'deliberatamente' – come ammette lo stesso autore – da S. RODOTÀ, *Dai diritti sociali ai diritti dell'individuo*, in *Bioetica*, 2/2003, 220; Id., *Il paradosso dell'uguaglianza davanti alla morte*, in S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene: le occasioni dello sviluppo*, cit., 40. Di 'terribile sfortuna' parla C. TRIPODINA, *Op.cit.*, 128. Un esempio di quanto si va dicendo è ricostruito in modo chiaro ed esaustivo da C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, cit., 220-227. Diversamente da quanto accaduto per D. Pretty, Ms. B era una donna tetraplegica completamente paralizzata dal collo in giù e per vivere era costretta a rice-

sere menomata fisicamente ma non nell'intelletto, è considerata come 'comunE persona vulnerabile alla quale lo Stato deve protezione. A dire della Corte – che dichiara anche questa tesi infondata – non c'è violazione alcuna del principio di non discriminazione fra le persone che sono in grado di suicidarsi senza aiuto e quelle che non ne sono capaci: "La linea di confine tra le due categorie è spesso molto labile e tentare di introdurre nella legge un'eccezione per le persone ritenute incapaci di suicidarsi da sole comprometterebbe seriamente la protezione della vita che la legge del 1961 ha inteso consacrare e aumenterebbe in maniera significativa [anche in questo caso] il rischio di abuso" (§ 74).

L'importante decisione della Corte di Strasburgo³³, dunque, se da un lato ritiene compatibile con la CEDU la normativa inglese, dall'altro "lancia un segnale di possibili «riposizionamenti» interpretativi"³⁴ quando accenna al profilo della *qualità della vita* e quindi ad una possibile tutela ex art. 8³⁵.

vere l'ausilio di un polmone d'acciaio per poter respirare; chiese di interrompere il trattamento e ottenne il consenso alla richiesta e morì. Seppur la richiesta dell'intervento medico era diversa, identica era la valutazione libera e cosciente dell'indegnità della propria esistenza e la richiesta di un accompagnamento alla morte ritenuto dignitoso. Cfr., anche, P. BORSELLINO, *Decisioni di fine vita a confronto: i casi di 'Miss B' e di Diane Pretty*, in *Bioetica*, 2/2004, 200-210. Di 'fortuna' parla anche R. DWORKIN, *Introduzione* alla memoria presentata, in qualità di *Amicus curiae*, alla Corte Suprema, che doveva decidere sul caso *Quill*, da vari filosofi – oltre allo stesso Dworkin da T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, J. Jervis Thomson – è pubblicata nella traduzione italiana in *Suicidio assistito: la memoria dei filosofi* come inserto speciale della *New Review of Books - Rivista dei libri*, Luglio/Agosto 1997, 2.

³³ Molto più di recente, si è ancora dubitato del rispetto della normativa inglese alla Convenzione. Se la giurisprudenza appena commentata si riferisce più compiutamente all'art. 2 CEDU, la Corte EDU è stata richiamata a esprimersi sulla compatibilità della penalizzazione dell'aiuto al suicidio e dell'eutanasia con l'art. 8 CEDU e lo ha fatto con la causa *Nicklinson e Lamb c Regno Unito* del 16 luglio 2015. La Corte EDU, all'unanimità, ha dichiarato inammissibili i ricorsi presentati dalla moglie di Tony Nicklinson (deceduto nel 2012) e da Paul Lamb, per cui è incompatibile, con la Convenzione, il divieto di suicidio assistito previsto dalla legge britannica. Il signor Nicklinson era affetto da sindrome locked-in (LIS, malattia neurologica con apertura oculare protratta, tetraplegia, anartria, funzione cognitiva preservata e codice comunicativo di base mediante movimenti oculari verticali o ammiccamento delle palpebre) e le sue condizioni gli hanno fatto desiderare di porre fine alla sua vita e di chiedere aiuto affinché il suo 'desiderio' fosse realizzato. In Inghilterra, come si ricorderà, vige il divieto previsto dal *Suicide Act* del 1961. Il divieto, per il ricorrente, similmente a quanto aveva già argomentato D. Pretty qualche anno prima, violava il suo diritto al rispetto della vita privata e familiare così come riconosciuto dall'art. 8 CEDU. La Corte si è limitata a ribadire i propri precedenti. Secondo la Corte di Strasburgo, il ricorso è manifestamente inammissibile, poiché l'articolo 8 CEDU non impone agli Stati membri di prevedere un sistema giurisdizionale di valutazione nel merito della richiesta di suicidio assistito. Infatti, i ricorsi giurisdizionali interni che hanno rigettato le istanze per far dichiarare la normativa inglese in contrasto con l'art. 8 CEDU hanno dimostrato – sempre a dire della Corte EDU – che la compatibilità delle leggi interne agli stati (nel caso che a noi interessa si ha a riguardo la *Section 2* del *Suicide Act*) con il parametro convenzionale va valutato alla luce della dottrina del margine di apprezzamento che in questa materia è già stato rilevato (§ 84) e che il bilanciamento tra i valori in gioco spetta al Parlamento inglese (§ 85). Sulla decisione della Suprema Corte inglese (*High Court of England and Wales, Tony Nicklinson v. Ministry of Justice, [2012] EWHC 2381*), che contiene un monito al legislatore per intervenire sulla legalizzazione dell'aiuto al suicidio e sulla intenzione da parte del *Director of Public Prosecution* di non esercitare l'azione penale l'aiuto al suicidio di soggetti che versano in condizioni particolarmente infauste, cfr. F. PICINALI, *La decisione della High Court inglese nel caso Nicklinson: confermata l'illiceità dell'eutanasia attiva*, in www.dirittopenalecontemporaneo.it (9 ottobre 2012); A. DI MARTINO, *La Corte Suprema canadese*, note 7 e 71.

³⁴ A. D'ALOIA, voce *Eutanasia* (*Dir. Cost.*), in *Enciclopedia del Diritto*, Milano, 2012, 16 del file consultato sul sito telematico di www.iusexplorer.it.

³⁵ Cfr. R. BIFULCO, *Esiste un diritto al suicidio assistito nella CEDU?*, in *Quaderni costituzionali*, 1/2003, 167 s.; P. DE STEFANI, *Dimensioni del biodiritto nella giurisprudenza della corte europea dei diritti umani. Aspetti penalistici*, in S. RODOTÀ - M. TALLACCHINI (a cura di), *Trattato di biodiritto. Ambito e fonti del biodiritto*, Milano, 2010, 672 ss.; S. CANESTRARI - F. FAENZA, *Il principio di ragionevolezza nella regolamentazione biogiuridica: la prospettiva del diritto penale*, in *Criminalia*, 2008, 80-82.

5. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione I), 28 gennaio 2011, caso *Haas c. Svizzera*.

Alla base di alcuni ricorsi presentati (dopo il 2002) al giudice europeo vi è l'affermazione per cui la dignità e la libertà dell'uomo sono l'essenza stessa della Convenzione e quella per cui la nozione della qualità di vita e di autonomia personale si riempiono di significato sotto il profilo dell'art. 8³⁶. Infatti, più di recente, la Corte EDU è stata chiamata a pronunciarsi su una vicenda rientrante in quella che si è soliti definire materia del fine vita³⁷, ma che è nata da una questione giuridica (completamente) differente rispetto al caso *Pretty*³⁸.

Il ricorrente è un cittadino svizzero di nome M. Ernest G. Haas che soffre da ben venti anni di una malattia molto grave, che gli fa ritenere (così come abbiamo visto per il caso D. Pretty) che la sua vita non sia più degna di essere vissuta. Dagli atti processuali si rinviene il dato che già per due volte egli ha cercato di porre fine alla sua esistenza attraverso il suicidio, ma senza raggiungere il drammatico obiettivo voluto e ricercato. A questo punto, pur di porre termine alla sua vita, decideva di ricorrere all'aiuto offerto da una nota associazione privata che fornisce assistenza al suicidio attraverso la somministrazione del pentobarbitale sodico, un barbiturico ad azione letale rapida. Il ricorrente, però, non riuscì a ricevere tale trattamento dall'associazione *Dignitas*, in quanto la malattia di cui soffriva non rientrava tra quelle definite terminali; si trattava, infatti, di una sindrome psichiatrica per la quale, nonostante lo stadio avanzato, non poteva escludersi, dal punto di vista medico-scientifico, la guarigione.

Benché la Svizzera sia uno dei pochi paesi europei in cui è riconosciuta la possibilità di richiedere e di ottenere l'assistenza al suicidio, ciò non significa che la sua legalizzazione sia assoluta. Infatti, il codice penale svizzero, che continua a vietare l'omicidio del consenziente, legittima l'assistenza al suicidio solo se non ricorrono motivi di tipo egoistico³⁹ e specifica come l'accesso al pentobarbitale non sia esente da prescrizione medica.

³⁶ Così come statuito, seppur incidentalmente, in *Pretty*, § 65.

³⁷ C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto. La bioetica nel diritto costituzionale comparato*, Torino, 2012; R. CONTI, *Il diritto alla vita nella giurisprudenza delle Alte Corti*, in *Politica del diritto*, 4/20102, 555-602; A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita*, cit. Il fine vita è un'espressione che indica – ed in tal senso è impiegata nella presente trattazione – una fase, un processo, e non un preciso momento, come è considerato quello della morte. Cfr., S. PATTI, *La fine della vita e la dignità della morte*, in *Famiglia, Persona e Successioni*, 5/2006, 390.

³⁸ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione I), 28 gennaio 2011, caso *Haas c. Svizzera*. Cfr. D. BUTTURINI, *Note a margine di Corte EDU. Haas contro Svizzera*, in *www.rivistaaic.it*, 3/2011; M. ZANICHELLI, *L'aiuto al suicidio può essere un obbligo degli Stati?*, in *Quaderni costituzionali*, 2/2011; A. COLELLA, *La Corte EDU si interroga sulla possibilità che dall'art. 8 Cedu discenda il diritto ad un suicidio dignitoso*, in *www.dirittopenalecontemporaneo.it*. Cfr., anche, R. CONTI, *I giudici e il biodiritto. Un esame concreto dei casi difficili e del ruolo del giudice di merito, della Cassazione e della Corti europee*, Roma, 2013, 260.

³⁹ **Art. 114** ('Omicidio su richiesta della vittima'): "Chiunque, per motivi onorevoli, segnatamente per pietà, cagiona la morte di una persona a sua seria e insistente richiesta, è punito con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria"; **art. 115** ('Istigazione e aiuto al suicidio'): "Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria".

Ritornando ai fatti, nessuno dei numerosi psichiatri consultati rilasciava alcuna prescrizione medica per la somministrazione del pentobarbitale, tanto che il signor Haas decideva di rivolgersi a diverse autorità, tra cui l'Ufficio federale della sanità pubblica, quello della giustizia, ed anche il Dipartimento federale dell'Interno, al fine di ottenere l'autorizzazione a procurarsi, attraverso l'associazione *Dignitas*, il pentobarbitale anche senza prescrizione medica. Pure questa via non ebbe alcun successo, tanto che il cittadino svizzero decideva di ricorrere al Tribunale federale lamentando proprio la violazione dell'art. 8 CEDU; infatti – a suo modo di vedere –, al diritto riconosciuto in tale articolo (il diritto di decidere della propria morte) non si applicano, nel caso *de quo*, le eccezioni indicate per legittimare l'ingerenza da parte dello Stato, che sole possono limitare il diritto medesimo, così come previsto dal secondo § dello stesso articolo 8. Il signor Haas adduceva che l'obbligo di prescrizione medica al fine di ottenere la sostanza necessaria al suicidio e l'impossibilità di procurarsi una tale prescrizione costituiva un'illegittima limitazione da parte dello Stato del pieno godimento del diritto al rispetto della sua vita privata.

Anche il Tribunale federale, tuttavia, decise con il rigetto del ricorso, ritenendo anzitutto che la fattispecie in esame non rientrasse nell'alveo dei casi eccezionali in cui il medicinale poteva essere rilasciato senza prescrizione e che il diritto ad autodeterminarsi ex art. 8§1 CEDU comprende certo il diritto di un individuo di decidere in che modo e in quale momento mettere fine alla propria vita, ma che questo è distinto dal diritto all'assistenza al suicidio da parte dello Stato o di un terzo. Per il Tribunale, stando al caso concreto, non poteva ritenersi che l'impossibilità per il ricorrente di togliersi la vita in modo degno e certo rappresentasse un attentato al rispetto della propria vita privata ai sensi dell'art. 8§1 CEDU, in quanto l'indispensabilità della prescrizione medica per una sostanza come il pentobarbitale è dovuta alla (e giustificata dalla) necessità di una preventiva ed approfondita diagnosi della situazione del paziente volta a testarne la capacità di discernimento, la serietà e la persistenza dell'intenzione ed a verificare l'incurabilità della malattia.

Come richiede il carattere della sussidiarietà della giustizia di Strasburgo, esaurite tutte le vie di ricorso interno, da parte del ricorrente fu presentata istanza alla Corte EDU continuando a lamentare la violazione dell'art. 8 della Convenzione e quindi l'ingerenza da parte dello Stato nel diritto al rispetto della sua vita privata, perché, in un caso eccezionale come il suo, la possibilità di ottenere i medicinali necessari al suicidio deve essere garantita dallo Stato.

Dobbiamo iniziare a mettere in luce le differenze fattuali che intercorrono tra questo caso e quello di *Pretty c. Regno Unito* in cui la ricorrente, affetta da malattia grave ed incurabile, era in una situazione di incapacità di suicidarsi, se non attraverso un aiuto, non riuscendo, pertanto, a porre fine alla propria esistenza che riteneva oramai non più rispondente alla sua accezione di dignità. Nel caso *Haas*, viceversa, la malattia del ricorrente – classificata come curabile – non gli impedisce di agire da solo per procurarsi la morte. Bisogna allora comprendere se nel diritto ad autodeterminarsi, garantito dall'art. 8§1, venga ricompreso anche il diritto di un individuo di vedersi accordare un aiuto al suicidio sempre e comunque, vale a dire a prescindere dall'esistenza di determinate circostanze e quindi senza alcuna condizione.

Stante l'affermazione che il diritto di un individuo di decidere in che modo e in che momento mettere fine alla propria vita, con il limite invalicabile che tale volontà sia formata in modo libero, fosse uno degli aspetti del diritto al rispetto della propria vita privata (§ 51), così come (quasi) affermato nel caso *Pretty* (§ 67), a dire della Corte di Strasburgo, l'ineludibile necessità della prescrizione medica al fine del rilascio del pentobarbitale costituisce un modo appropriato e necessario affinché sia tutelata la vita delle persone che si trovano in una condizione di vulnerabilità, e che per questo l'intenzione del suicidio può anche fondarsi su una crisi temporanea che può limitare la capacità di discernimento. Seppure quella di 'vita privata' è una nozione estesa, la tutela del diritto convenzionale non richiede l'obbligo gravante sullo Stato di consentire la somministrazione del pentobarbitale a chiunque, a prescindere, *id est*, dalla prescrizione medica, pur se il ricorrente chiede, al pari della signora *Pretty*, di poter morire in modo degno ed indolore. Questa interpretazione, in combinato disposto con l'art. 2, fa sì che la normativa in esame sia rispettosa dell'obbligo gravante sugli Stati di tutelare il diritto alla vita, in quanto riesce ad assicurare come la decisione di suicidarsi derivi da una libera volontà dell'interessato e risponda allo scopo legittimo di impedire gli abusi dell'utilizzo di sostanze letali (viene riproposta, quindi, la tesi delle chine scivolose). Dunque, stante anche il margine di apprezzamento degli Stati membri nelle questioni interne, la Corte europea ritiene che non vi sia stata violazione dell'art. 8 della Convenzione per la previsione normativa di subordinare a perizia psichiatrica il rilascio di un medicinale letale.

Che la persona in grado di formare liberamente il proprio giudizio e di agire in conformità ad esso si veda riconosciuto il diritto di decidere il modo ed il momento in cui la sua vita debba finire è uno degli aspetti del diritto al rispetto della vita privata nel significato dell'articolo 8 della Convenzione ribadito nella decisione *Koch c. Germania*⁴⁰, anche se non nella *ratio decidendi* che regge il dispositivo.

6. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione V), 19 luglio 2012, caso *Koch c. Germania*.

Il ricorrente è Ulrich Koch, cittadino tedesco, la cui moglie – che a seguito di incidente era rimasta quasi completamente paralizzato e costretta ad un trattamento di ventilazione artificiale e a cure infermieristiche a ciclo continuo – aveva espresso in modo cosciente la volontà di morire, pur avendo consapevolezza, a seguito di valutazione medica, di un'aspettativa di vita di almeno quindici anni, e probabilmente, proprio dinanzi a questa prospettiva di lunga sofferenza ed inabilità, la volontà di non voler più vivere si era rafforzata.

La signora Koch aveva richiesto un'autorizzazione al *Federal Institute for Drugs and Medical Devices* al fine di ottenere – anch'ella come negli altri casi finora analizzati – una dose di pentobarbitale di sodio, ma senza esito positivo. La decisione di non concedere

⁴⁰ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione V), 19 luglio 2012, caso *Koch c. Germania*. E. CRIVELLI, *Koch c. Germania: la Corte di Strasburgo afferma il diritto a vedere esaminata nel merito la richiesta di suicidio assistito del proprio coniuge*, in *www.rivistaaic.it*, 4/2012. C. PARODI, *Una cauta pronuncia della Corte europea in tema di eutanasia attiva*, in *www.dirittopenalecontemporaneo.it*.

l'autorizzazione discendeva dal fatto che l'eventuale concessione sarebbe stata contraria a quanto disposto dal *German Narcotics Act*, nella misura in cui esso stabilisce che non possono essere prescritte le sostanze ivi indicate (fra cui il pentobarbitale) se lo scopo non è quello del supporto vitale⁴¹.

La moglie del ricorrente si suicidò in Svizzera, assistita dall'organizzazione *Dignitas*. Il marito iniziò ad agire in via giurisdizionale per ottenere il riconoscimento dell'illegittimità della decisione dell'Istituto federale tedesco per non aver concesso il farmaco per fini letali, ma sia il Tribunale amministrativo adito sia la Corte d'appello dichiararono inammissibile il ricorso, sostenendo che il ricorrente, a norma del diritto nazionale e dell'articolo 8 CEDU, non poteva invocare diritti non propri, non avendo alcun titolo a proseguire il ricorso presentato dalla moglie poi deceduta: al ricorrente, *id est*, non fu riconosciuta la legittimazione ad agire. A medesime conclusioni processuali giunse l'adito giudice costituzionale, in quanto il ricorrente non poteva esercitare un diritto intrasmissibile, quale quello alla tutela della dignità umana proprio della moglie deceduta.

Il signor Koch, esaurite le vie di ricorso interno, decide di adire la Corte europea, affermando che il rifiuto opposto alla richiesta della sua ormai defunta moglie avesse determinato una lesione dell'art. 8 CEDU, in quanto l'aveva costretta a giungere fino in Svizzera per dar corso alle sue volontà, non riconoscendole, di conseguenza, il diritto ad una morte dignitosa; viene altresì denunciata da parte del ricorrente la violazione dell'art. 13, nella misura in cui i tribunali interni (amministrativi e costituzionale), negandogli la possibilità di vedersi affrontare la questione nel merito, violavano il suo diritto ad un ricorso effettivo.

La Corte europea – rigettando le istanze del Governo costituitosi in giudizio – ammette il ricorso e si pronuncia nel merito della questione sollevata. Diversamente da quanto abbiamo più sopra osservato nel caso *Sanles c. Spagna*⁴², i giudici di Strasburgo riconoscono nel ricorrente il soggetto portatore di diritti propri discendenti dall'art. 8 e ciò alla luce del suo lungo rapporto matrimoniale (25 anni) con la moglie deceduta e, soprattutto, la piena condivisione della volontà della moglie di porre fine alla sua vita indicano le diversità con il caso *Sanles*, facendo sì che il signor Koch debba essere considerato come soggetto direttamente colpito dal rifiuto dell'Istituto federale di non concedere il farmaco letale richiesto dalla moglie.

⁴¹ La sez. 216 del codice penale tedesco stabilisce che l'omicidio su richiesta della vittima è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni, e che è punibile altresì il tentativo di omicidio. Invece, l'assistenza ad un suicidio, autonomamente messo in atto dalla vittima, è esente da pena. Tuttavia, una persona può essere ritenuta penalmente responsabile, in forza della legge sugli stupefacenti, per aver fornito una droga letale. Secondo la giurisprudenza tedesca, l'interruzione della vita di un malato terminale, con il suo consenso, non comporta responsabilità penale, al di là del fatto che avvenga in modo attivo o mediante lo spegnimento dei dispositivi medici. "Infine, il Codice di deontologia medica, alla sez. 16, dispone che il medico possa astenersi dal praticare misure di prolungamento della vita, attuando una mera terapia del dolore, solo in caso di morte inevitabile, il cui rinvio costituisca unicamente un'inaccettabile agonia. In ogni caso, i medici non possono ridurre attivamente la vita della persona morente. Le contravvenzioni al codice deontologico sono sanzionate con varie misure disciplinari fino al ritiro della licenza medica", V. MAISTO, *La Corte EDU dichiara ammissibile un ricorso in tema di eutanasia attiva*, in www.penalecontemporaneo.it (20 Luglio 2011).

⁴² In quanto la fattispecie è diversa dal caso *Sanles*, che viene formalmente richiamato nel § 43 e non solo.

Dopo aver richiamato i suoi precedenti, regolati dalla fattispecie concreta da cui erano sorti⁴³, la Corte di Strasburgo, entrando nel merito del ricorso, riconosce la violazione del diritto ex art. 8, in quanto il rifiuto dei giudici tedeschi di esaminare nel merito la domanda del ricorrente di ottenere l'autorizzazione all'acquisto di un farmaco letale, per permettere una fine dignitosa alla propria consorte gravemente malata e che aveva intrapreso prima di morire la via giudiziaria per vedersi riconosciuto tale diritto, integra una violazione del suo diritto alla tutela della vita privata. Al tempo stesso, in assonanza con i suoi precedenti processuali, dichiara irricevibile la doglianza relativa alla violazione dei diritti della moglie, stante la natura intrasmissibile del diritto in questione.

Al di là delle affermazioni di carattere processuale, ciò che in questa sede preme sottolineare è che la Corte decide di riaffermare, sempre in un *obiter dictum*, che non si può escludere che impedire a un soggetto di scegliere autonomamente di interrompere la propria esistenza, se considerata non più degna di essere vissuta, costituisca un'interferenza con il diritto garantito dal più volte richiamato art. 8 CEDU.

La decisione della Corte, che è di natura processuale, mira a richiamare i giudici nazionali al loro essere anche giudici di convenzionalità e, nel rispetto del principio di sussidiarietà e del margine di apprezzamento, conclude che "il meccanismo di tutela istituito dalla CEDU traccia ruoli ben distinti per la Corte Edu e per gli ordinamenti nazionali, esigendo che siano questi ultimi a fornire riparazione alle violazioni dei diritti convenzionali, e lasciando che la Corte eserciti un ruolo di controllo soggetto al principio della sussidiarietà. Tale principio diventa ancora più stringente se la doglianza riguarda una questione per cui lo Stato gode di un significativo margine di apprezzamento, come avviene per quelle materie in cui gli stati membri sono lungi dall'aver raggiunto una posizione unanime"⁴⁴.

7. Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione II), 14 maggio 2013, caso Gross c. Svizzera.

L'ultima decisione da dover richiamare – e che continua a ricondurre la materia inerente il fine vita sotto la disposizione dell'art. 8 e non (solo) dell'art. 2 – ha ad oggetto nuovamente la legislazione che in Europa è sicuramente fra le più liberali, vale a dire quella svizzera⁴⁵.

La signora Alda Gross è un'anziana cittadina svizzera di ottant'anni. Non è affetta da alcuna malattia, né tanto meno da malattia degenerativa incurabile tale da condurla a morte in breve tempo. Ella, solamente, non riesce più a sopportare il suo progressivo, seppur fisio-

⁴³ Il richiamo alla concretezza come metodo di analisi è imprescindibile nello studio della materia di cui si sta trattando, così come è messo in rilievo da P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 5 ss.

⁴⁴ E. CRIVELLI, Koch c. Germania, cit., 3.

⁴⁵ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione II), 14 maggio 2013, caso Gross c. Svizzera. Cfr. C. PARODI, *Una Corte divisa su una materia divisiva: una pronuncia di Strasburgo in tema di suicidio assistito*, in www.dirittopenalecontemporaneo.it; E. VIGATO, *Il suicidio assistito in Svizzera: la Corte europea dei diritti dell'uomo 'invita' a prendere posizione anche sull'eutanasia delle persone sane*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 3/2013, 960-962.

logico, invecchiamento e con questo la naturale perdita delle proprie capacità psico-fisiche, o comunque un loro inarrestabile deterioramento: per questo la signora Gross decide di voler porre fine alla sua vita⁴⁶, considerata non più degna d'essere vissuta. Tenta, allora, il suicidio, ma senza raggiungere l'esito auspicato, per cui decide di ricorrere alla richiesta di somministrazione del pentobarbitale sodico, unico espediente che possa assicurarle la morte, senza il rischio di fallire nuovamente nel suo proposito, evidentemente non venuto meno dopo il tentativo di suicidio fallito.

Come abbiamo già esaminato in precedenza, anche in un ordinamento permissivo⁴⁷ qual è quello svizzero, la somministrazione di sostanze considerate letali non è totalmente libera, ma subordinata ad alcune, certe e necessitate circostanze, fra le quali quella del rilascio della prescrizione medica, secondo regole prescritte. Queste, in tale ordinamento, non sono positivizzate in legge⁴⁸, ma nelle linee guida dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), in cui sono indicate le circostanze e i presupposti che autorizzano il personale medico all'aiuto al suicidio mediante la prescrizione di somministrazione del farmaco solo allorché il paziente si trovi in una fase terminale della malattia e quando la sofferenza cui il malato è sottoposto risulta essere intollerabile. Inoltre, per consentire la prescrizione del farmaco deve essere presente il requisito psicologico, per il quale il paziente deve esprimere in modo libero la propria volontà di porre fine alla propria esistenza. Dunque, il requisito patologico deve sempre accompagnarsi a quello psicologico, valendo anche il contrario: la mancanza di uno dei due requisiti determina l'impossibilità della prescrizione del farmaco letale.

La mancata prescrizione, stante l'assenza di uno dei due fattori appena ora richiamati, è alla base dell'inizio della via giudiziaria intrapresa dalla ricorrente che la porterà a depositare atto di ricorso presso la cancelleria dei giudici di Strasburgo. La signora Gross, infatti, si era rivolta a diversi medici che, pur ritenendola persona in grado di assumere la sua decisione in condizioni di perfetta lucidità, constatavano che ella non era affetta da malattia, tanto meno terminale, rifiutando pertanto di prescriverle la sostanza.

Anche l'autorità giudiziaria rigettò la pretesa, confermando la scelta compiuta dai medici e non rilevando alcuna violazione della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti fondamentali, come sostenuto dalla ricorrente per violazione del suo diritto a scegliere come e quando morire. La mancata violazione delle norme CEDU fu argomentata anche dalla Corte Suprema Federale che valutò come ragionevole la presenza delle regole richieste dalle ASSM. La donna ricorse alla Corte EDU sostenendo la violazione dell'art. 8.

⁴⁶ Sull'utilizzo del termine malattia, ma nella sua accezione linguistica più debole, vale a dire di quella dello 'stare male', cfr. A. CIERVO, 'Illnes' or 'desease'? *La Corte di Strasburgo ritorna sulla legislazione svizzera in materia di 'fine vita'*, in www.diritticomparati.it, 6.

⁴⁷ Seguendo la classificazione proposta in dottrina da C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, cit., 112.

⁴⁸ La legge penale comunque disciplina l'aiuto al suicidio; si v. l'art. 115 del codice penale svizzero già riportato *retro*. Cfr. A. BARAGGIA, *L'assistenza organizzata al suicidio in Svizzera: verso una regolamentazione?*, in *Quaderni costituzionali*, 2/2010, 369. Sulle altre fonti legali che possono insistere sulla materia si rinvia a G. RAGONE, *Gross c. Svizzera: un'ulteriore sentenza in tema di eutanasia della Corte di Strasburgo*, in *Quaderni costituzionali*, 3/2013, 665; E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera: la Corte di Strasburgo chiede alla Svizzera nuove e più precise norme in tema di suicidio assistito*, in www.osservatorioaic.it, settembre 2013, 4.

I precedenti sono costituiti dalle sentt. *Pretty e Haas* (§ 65), nelle quali si è affermato che la scelta del ricorrente di evitare che quella che, ai propri occhi, è una vita indignitosa e penosa rientri appieno nel campo di applicazione dell'art. 8 della Convenzione. Tale articolo, d'altronde, nel suo secondo §, rinvia alle restrizioni che lo Stato decide di prevedere. Abbiamo prima osservato che nell'ordinamento svizzero tali limitazioni non sono previste nella fonte legge⁴⁹, ma nelle linee guida predisposte non da un ente statale, ma da una organizzazione medica⁵⁰.

Ora, nelle linee guida svizzere non è presa in chiara considerazione, almeno a dire della Corte europea, la concreta situazione in cui versa la ricorrente, in quanto soggetto non in fin di vita ma che scientemente desidera suicidarsi. Questa mancata previsione, che renderebbe il quadro normativo opaco e non del tutto chiaro nel classificare quella determinata circostanza, ha causato alla signora Gross uno stato di sofferenza nel quale non sarebbe incorsa se la normativa non avesse peccato in chiarezza ed in comprensibilità (cfr. §§ 65-66). Da qui la violazione del diritto garantito alla ricorrente dall'art. 8 CEDU, anche se, non entrando nel merito della questione, nel rispetto del margine di apprezzamento, la Corte non precisa se esiste un obbligo in capo agli Stati di prescrivere il farmaco letale a soggetti che, seppur non affetti da alcuna patologia terminale, richiedono il suicidio in piena coscienza. Se il margine d'apprezzamento serve alla Corte per non esprimersi sull'esistenza o meno di un obbligo in capo agli Stati di normare sui temi eutanasi, da altra prospettiva esso sembra non esser preso in considerazione nella misura in cui si richiede allo Stato elvetico un *surplus* di regolamentazione nella materia già disciplinata⁵¹.

Al fine di rilevare le incongruenze di quest'ultima giurisprudenza, pare di notevole rilievo richiamare il contenuto delle opinioni dissenzienti allegate in calce alla sentenza, fra le quali spicca quella del Presidente della Corte, il giudice Raimondi, scritta con i giudici Jočienė e Karazaş.

Secondo i giudici dissenzienti, le condizioni che sono richieste dall'ordinamento svizzero per la prescrizione di una sostanza letale non peccano in chiarezza, potendosi affermare piuttosto il contrario. Infatti le linee guida sono chiare nel disegnare un sistema basato sugli elementi che abbiamo definito come soggettivo e patologico, e la signora Gross chiaramente non rientra nella categoria di persone che versano in una condizione di fine vita. Dun-

⁴⁹ Anche se per la giurisprudenza della Corte EDU, tranne che per questa decisione, si è sempre adoperato il requisito sostanziale e non formale di legge, anche al fine di mitigare le differenze che intercorrono, con riguardo alle fonti del diritto, fra i sistemi di *civil law* e quelli di *common law*. Nella decisione presa in considerazione, d'altra parte, basta riscontrare la fattualità dell'uso delle linee guida come parametro di legittimità utilizzato dai tribunali svizzeri per liberare il campo dall'effettività della norma solo formalmente non legale.

⁵⁰ Le linee guida sono "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche", secondo la formula coniata dall'*Institute of Medicine* (1992) riportata in M. PLEBANI-T. TRENTI, *Linee guida e audit: strumenti di Governo Clinico nell'organizzazione sanitaria*, in IDD. (a cura di), *Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina*, Torino, 2002, 23.

⁵¹ Come se la tutela della discrezionalità legislativa, quando manca un comune *idem sentire* nella materia oggetto di analisi, possa essere ridotta se la pronuncia (nei fatti) si rivolge solo allo Stato che, differentemente dagli altri, ha prodotto un'ampia normativa che già disciplina (nel consentirla) l'eutanasia; E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera*, cit., 4.

que – sempre per i giudici dissenzienti – non si è dinanzi ad una situazione di garanzia illusoria del diritto convenzionale così come sostenuto dalla ricorrente, in quanto la Svizzera, nel rispetto del margine di apprezzamento riconosciuto alla discrezionalità legislativa statale in tale materia, non riconosce il diritto a richiedere l'interruzione della vita se non a quei soggetti che versano in una fase terminale ed inarrestabile della malattia che li costringe a sofferenze insopportabili, nel quale non rientra il caso *Gross*. I giudici dissenzienti, pertanto, escludono la violazione dell'art. 8 CEDU⁵².

Ritornando alla questione processuale, ma con risvolti sostanziali, la Svizzera ha presentato ricorso alla *Grande Chambre*, che ha dichiarato irricevibile il ricorso della signora Gross⁵³, perché la stessa era intanto deceduta⁵⁴ e ha condannando il comportamento scorretto e l'abuso di diritto commesso dal legale della stessa, il quale aveva continuato l'*iter* del ricorso presso la CEDU, ma tacendo (perché, paradossalmente, lo stesso non ne era informato) sulla morte della sua assistita. Il ricorso è irricevibile in ragione del suo carattere abusivo (ex 35§3.a)⁵⁵ dovuto al comportamento scorretto dell'avvocato della ricorrente che non ha fatto nulla per collaborare con la Corte EDU, così come vorrebbe l'art. 44 del Regolamento della Corte.

La decisione della *Grande Chambre* rende sì priva di effetti giuridici la decisione della Sezione II, che, così come nel caso *Haas*, aveva comunque rappresentato una sorta di apertura all'eutanasia da parte della Convenzione⁵⁶ avendo riconosciuto un diritto individuale a decidere in che momento e con quale modalità la propria vita dovesse terminare, e che questo costituisse uno dei risvolti del rispetto alla vita privata, sempre che il soggetto si trovasse nella posizione di formare liberamente il proprio pensiero e di agire in conseguenza.

8. Corte europea dei diritti dell'uomo (Grande Camera), 5 giugno 2015, caso *Lambert e altri c. Francia*.

Prima di concludere, si vuole trattare brevemente di un altro caso che, seppur non perfettamente rientrante nel filone sulle pratiche eutanasiche⁵⁷ – diversamente da quanto sostenuto dai giudici che dissentono dal dispositivo della decisione⁵⁸ e da parte di attenta

⁵² Aver riscontrato la violazione della Convenzione, con una decisione che per molti aspetti appare più incisiva di quello che sembrava essere nella disponibilità della Corte, significa aver aperto anche dei problemi di politica statale visto che, come sottolineato in dottrina, la discussione in Svizzera sul ricorso al suicidio assistito è tutt'altro che chiusa, cfr., ancora, E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera*, cit., 5.

⁵³ *Grande Chambre Gross c. Svizzera*, del 30 settembre 2014. Su tale decisione si rinvia a G. RAZZANO, *Dignità nel morire*, 65-67.

⁵⁴ A seguito di suicidio assistito dopo aver ricevuto ricetta medica per il pentobarbital, farmaco letale.

⁵⁵ *Grande Chambre Gross c. Svizzera*, del 30 settembre 2014, § 37.

⁵⁶ G. RAZZANO, *Dignità nel morire*, cit., 65.

⁵⁷ In quanto non si è dinanzi ad una richiesta di eutanasia diretta attiva (cfr. *Premessa*), quanto piuttosto ad un caso particolare – per come si vedrà – di accanimento terapeutico.

⁵⁸ Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano e Gričco, in particolare nel p.to 9. Per la sua 'forza' si decide di riportare il p.to 11 dell'opinione congiunta: "Nel 2010, per celebrare il suo cinquantesimo anniversario, la Corte ha acquisito il titolo di *coscienza d'Europa* pubblicando un libro così intitolato. Supponendo che, ai fini della discussione, una istituzione, al contrario delle persone che la compongono, possa avere una coscienza, tale coscienza

dottrina⁵⁹ – merita attenzione anche solo per la delicatezza della tematica trattata che riguarda la legittimità del rifiuto dei trattamenti salva vita⁶⁰, sul quale la Corte EDU si era già espressa nella *ratio decidendi* del caso *Pretty*.

La Corte europea, con il caso *Lambert*⁶¹, ha dovuto decidere sui limiti dello Stato nell'agire dinanzi ad una richiesta di interruzione di trattamenti salva vita come la nutrizione e l'alimentazione artificiale. Nell'ordinamento francese è stato positivizzato il diritto a rifiutare i trattamenti sanitari anche salva vita (e nel caso con l'ausilio di trattamenti palliativi che possono avere pure l'effetto di 'accorciare la vita) – diritto di creazione pretoria da parte della *Court de Cassation* – nella legge c.d. *Leonetti*⁶², vale a dire la *Loi n. 2005-370 du 22 avril*

deve non solo essere bene informata ma deve anche essere fondata su alti valori morali o etici. Questi valori dovrebbero sempre essere il faro che ci guida, quale che sia la «zizzania giuridica» che si può produrre durante il processo di analisi di un caso. Non è sufficiente riconoscere, come la Corte fa al paragrafo 181 della sentenza, che un caso «riguardi» questioni mediche, giuridiche ed etiche della più grande complessità; è proprio dell'essenza stessa di una coscienza, fondata sulla *recta ratio*, il permettere che le questioni etiche plasmino e guidino il ragionamento giuridico fino alla sua conclusione finale. Significa proprio questo avere una coscienza. Ci rammarichiamo che la Corte, con questa sentenza, abbia perso il diritto di fregiarsi del titolo di cui sopra” (corsivi presente nel testo).

⁵⁹ G. RAZZANO, *Accanimento terapeutico o eutanasia per abbandono del paziente? Il caso Lambert e la Corte di Strasburgo*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3/2015, 169-184. Similmente anche P. SANTONE, *I custodi dei diritti umani e la tutela della dignità: contrasti di vedute sul diritto a vivere (e a morire) – Corte europea dei diritti dell'uomo (Grand Chamber). Sentenza 5 giugno 2015, ric. 46043/2014. Lambert and Others v. France (opinione congiunta parzialmente dissenziente di cinque giudici)*, in www.dpce-online.it, 3/2015, 6.

⁶⁰ C. CASONATO, *Un diritto difficile. Il caso Lambert fra necessità e rischi*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 9/2015, 498.

⁶¹ Una esaustiva presentazione del caso accompagnata da una nota critica – che non condividiamo perché il caso non riguarda l'eutanasia e perché è condivisibile l'affermazione per cui, nel caso concreto, si è dinanzi ad una vita artificiale (vita biologica vs vita biografica) – è in G. RAZZANO, *La sentenza CEDU sul caso Lambert: la Corte di Strasburgo merita ancora il titolo di The Conscience of Europe?*, in www.forumcostituzionale.it. Cfr., anche, V. ZAGREBELSKY, *Un dilemma che non si può più ignorare*, in *La Stampa* del 6 giugno 2015; I. RIVERA, *Il caso Lambert e la tutela della dignità umana come diritto a vivere (e a morire)*, in www.forumcostituzionale.it; S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Pourquoi l'affaire Lambert n'en finit pas*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3/2015, 151-155; A. CIERVO, *Lambert contro Lambert, ovvero la Corte di Strasburgo e la "morale provvisoria"*, in www.diritticomparati.it (18 giugno 2015); V. ZAMBRANO, *La questione del 'fine vita' e il ruolo del giudice europeo: riflessioni a margine del caso Lambert c. Francia*, in www.federalismi.it (22 gennaio 2016).

⁶² Si sottolinea che la legge è stata aggiornata tramite la recente legge del 27 gennaio 2016. Infatti, con il testo adottato (ex art. 45, comma 3, Costituzione francese) n. 665 dall'*Assemblée Nationale* oltre a sancire la piena vincolatività delle *directives anticipées* con la modifica degli articoli L. 1111-11 e 1111-6 della legge Leonetti e a sancire che 'Ogni individuo ha diritto ad una fine di vita degna e accompagnata dal più efficace alleviamento possibile della sofferenza. I medici attuano tutti i mezzi a loro disposizione affinché questo diritto venga rispettato', si prescrive (l'art. L. 1110-5-2) che: "Su richiesta del paziente di evitare ogni sofferenza e di non subire alcuna ostinazione irragionevole, una sedazione profonda e continua che provochi una alterazione della coscienza mantenuta fino alla morte, associata ad una terapia del dolore e all'interruzione dell'insieme dei trattamenti di supporto vitale, viene praticata nei seguenti casi: 1. Quando il paziente, affetto da malattia grave e incurabile e la cui prognosi di vita è a breve termine, presenta sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari; 2. Quando la decisione del paziente, affetto da malattia grave e incurabile, di interrompere il trattamento comporta un pronostico di vita a breve termine ed è tale da andare in contro a sofferenze insopportabili; Quando il paziente non può esprimere la propria volontà e rientra nel presupposto del rifiuto della ostinazione irragionevole di cui all'articolo L. 1110-05-1, se il medico interrompe il trattamento di sostegno vitale, si applica una sedazione profonda e continua, che causa una alterazione della coscienza fino alla morte, associata con la terapia del dolore. La sedazione profonda continua e la terapia del dolore associata ai sensi del presente articolo è attuata secondo la procedura collegiale definita mediante regolamento, che permette all'équipe medica di verificare preventivamente il rispetto delle condizioni per l'applicazione di cui ai paragrafi precedenti. Su richiesta del paziente, la sedazione profonda e continua può essere attuata presso il suo domicilio, in una struttura sanitaria o in un istituto [...] di assistenza sociale e familiare. L'intera procedura seguita è registrata nella cartella clinica del paziente". Secondo l'art. L.

2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie con la quale si è modificato il *Code de la santé publique*. Inoltre è da ricordare che in Francia è riconosciuta la possibilità di redigere le *directives anticipées*⁶³ da parte di persone maggiorenni e che, a prescindere da eventuali indicazioni da parte del paziente, il medico deve astenersi dal praticare trattamenti che risultino inutili, sproporzionati o che non sortiscano altro effetto se non quello di mantenere in vita in modo artificiale; tali atti, prodotto di una 'ostinazione irragionevole', possono essere o non iniziati o comunque sospesi. Dunque, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 1 della legge

1110-05-3: "Ognuno ha il diritto di ricevere trattamenti e cure volte ad alleviare la propria sofferenza. Questa deve essere, in tutti i casi, prevenuta, considerata, valutata e trattata. "Il medico mette in atto tutti i trattamenti analgesici e sedativi per alleviare la sofferenza refrattaria del paziente in fase avanzata o terminale, anche se questi possono avere l'effetto di accorciare la vita. Il medico deve informarne il paziente [...], il fiduciario, la famiglia o, in mancanza, una persona vicina al paziente. La procedura è riportata in cartella clinica. Ognuno è informato dai medici della possibilità di essere preso in carico al domicilio se le sue condizioni lo consentano".

⁶³ Secondo la recentissima disposizione di legge richiamata nella nota precedente: "Art. L. 1111-11. – Ogni maggiorenne può redigere le direttive anticipate per il caso in cui ella non sarà in grado, un giorno, di esprimere la propria volontà. Queste direttive anticipate esprimono la volontà della persona in merito al proprio fine vita per quanto riguarda le condizioni circa la continuazione, la limitazione, l'interruzione o il rifiuto di un trattamento o di un atto medico". "In qualsiasi momento e con qualsiasi mezzo, esse sono rivedibili e revocabili. Esse possono essere redatte in conformità ad un modello il cui contenuto è stabilito dal Consiglio di Stato, adottato a seguito di decisione dell'Alta Autorità della Salute. Questo modello prevede la situazione della persona che sia o meno affetta da grave malattia nel momento in cui le redige". "Le direttive anticipate sono vincolanti per il medico per tutte le decisioni di indagine, d'intervento o di trattamento, salvo che in caso di urgenza vitale per il tempo necessario ad una valutazione completa della situazione e qualora le direttive anticipate appaiano manifestamente inappropriate o non conformi alla situazione clinica". "La decisione di rifiutare l'applicazione delle direttive anticipate, giudicate dal medico come manifestamente inappropriate o non conformi alla situazione clinica del paziente, è sottoposta ad una procedura collegiale definita mediante regolamento ed è registrata nella cartella clinica. Essa è resa nota alla persona di fiducia designata dal paziente o, in mancanza, alla famiglia o ai prossimi". "Un decreto del Consiglio di Stato, emanato previa consultazione con la Commissione Nazionale dell'Informatica e delle libertà, definisce le condizioni d'informazione dei pazienti e le condizioni di validità, di riservatezza e di conservazione delle direttive anticipate. Le direttive anticipate sono conservate principalmente su un registro nazionale che le rende oggetto di un trattamento automatizzato ai sensi della Legge n. 78-17 del 6 gennaio 1978, relativa all'informatica, ai *files* e alle libertà. Qualora esse siano conservate in questo registro, un ricordo della loro esistenza viene regolarmente inviato al loro autore". "Il medico curante informa i suoi pazienti della possibilità e delle condizioni di redazione delle direttive anticipate". "Qualora qualcuno sia oggetto di una misura di tutela, ai sensi del capo II del titolo XI del libro I del codice civile, ella può redigere direttive anticipate con l'autorizzazione del giudice o del consiglio di famiglia se è stato costituito. Il tutore non può né assisterlo né rappresentarlo in questa occasione". "Art. L. 1111-6. - Ogni maggiorenne può designare un fiduciario che può essere un parente, un prossimo o il medico curante e che sarà consultato nel caso in cui egli stesso non sarà in condizioni di esprimere la propria volontà e di ricevere le informazioni necessarie a questo scopo. Essa rende conto della volontà della persona. La sua testimonianza prevale su tutte le altre". "Questa designazione è fatta per iscritto e confermata dalla persona designata. Essa è rivedibile e revocabile in qualsiasi momento". "Se il paziente lo desidera, il fiduciario lo accompagna nei vari passaggi e assiste alle visite mediche al fine di aiutarlo nelle sue decisioni". "In ogni ricovero in un istituto di cura, si propone al paziente di designare una persona di fiducia in conformità delle condizioni previste nel presente articolo. Questa designazione è valida per la durata del ricovero, salvo che il paziente non disponga altrimenti". "Nel contesto della presa in carico del proprio paziente, il medico curante si assicura che questi sia informato della possibilità di nominare una persona di fiducia e, se necessario, l'invita a procedere a tale designazione". "Qualora qualcuno sia oggetto di una misura di tutela, ai sensi del capo II del titolo XI del libro I del codice civile, può designare una persona di fiducia con l'autorizzazione del giudice o del consiglio di famiglia se è stato costituito. Nel caso in cui la persona di fiducia è stata designata precedentemente alla misura di tutela, il consiglio di famiglia, se del caso, o il giudice può confermare la designazione di questa persona o revocarla". "Art. L. 1111-12. - Quando una persona in fase avanzata o terminale di una malattia grave e incurabile, quale che sia la causa, non è in grado di esprimere la propria volontà, il medico ha l'obbligo di informarsi in merito all'espressione della volontà espressa dal paziente. In assenza di direttive anticipate di cui all'articolo L. 111-11, egli raccoglie la testimonianza della persona di fiducia o, in mancanza, ogni altra testimonianza della famiglia o dei prossimi".

Leonetti: “L. 1110-5 du code de la santé publique”: questi trattamenti “non devono essere praticati o perseguiti qualora siano il risultato di una ostinazione irragionevole. Quando appaiano inutili, sproporzionati o qualora non abbiano altro effetto che il solo mantenimento artificiale in vita, possono essere sospesi o non intrapresi in conformità alla volontà del paziente e, se quest’ultimo non è in grado di esprimere la propria volontà, secondo una procedura collegiale definita dalla normativa. La nutrizione e l’idratazione artificiali sono trattamenti che possono essere interrotti [...]. Qualora [tali] trattamenti [...] siano sospesi o non intrapresi, il medico tutela la dignità del paziente in fin di vita e garantisce la qualità della sua vita dispensando le cure palliative”.

Se quindi vi è un largo riconoscimento del diritto al rifiuto delle cure, dall’altra – così come per la maggior parte dei paesi europei –, anche in Francia il codice penale punisce l’omicidio del consenziente e l’aiuto al suicidio (art. 223-13 c.p.).

A seguito di un incidente stradale, Vincent Lambert, che non ha lasciato alcuna direttiva anticipata di trattamento, versa in uno stato vegetativo dal 2008. Il 10 aprile 2013, i medici curanti decidono di interrompere l’alimentazione e diminuire l’idratazione artificiali, perché ritenuti espressione di quelle cure definite dalla legge Leonetti come *obstination déraisonnable*. La decisione dei medici è confortata dalla moglie – che assicura che il marito in vita le avrebbe espresso la volontà di morire qualora si fosse trovato in una condizione di incapacità –, ma è osteggiata dai genitori e dai fratelli che hanno impugnato la decisione dei medici (si tratta, per legge, di una ‘decisione medica collegiale’ che è rigidamente ‘proceduralizzata’) affinché sia ristabilita l’alimentazione e aumentata l’idratazione. La via giudiziaria porta fino al *Conseil d’État* – che riforma l’attuazione della decisione presa dal Tribunale amministrativo di Châlons-en-Champagne che aveva sospeso la decisione medica di interrompere la nutrizione artificiale –, che, anche con l’ausilio del diritto comparato⁶⁴, il 24 giugno 2014 giudica legittima la decisione dei medici di interrompere i trattamenti che tengono in vita Vincent Lambert.

I genitori e i fratelli di Lambert, a questo punto, ricorrono alla Corte EDU, che accoglie la richiesta di sospendere l’esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato e il divieto di trasferimento del paziente in un altro ospedale o all’estero⁶⁵. Il 5 giugno 2014 la Corte europea è entrata nel merito e ha depositato la sentenza. La *Grand Chambre*, con tale ultima decisione ed in riferimento all’art. 2, ha riconosciuto, in primo luogo, come non esista alcun consenso tra gli Stati membri riguardo all’interruzione dei trattamenti di sostegno vitale quando essi siano diventati irragionevoli; in secondo luogo, come ci sia, invece, il consenso sull’importanza delle volontà del paziente nei processi decisionali, fermo restando le diffe-

⁶⁴ Si cita la sentenza della Corte di Cassazione sul caso *Englaro* (Corte di Cassazione, Sez. I Civile, sent. n. 21748/2007), anche se in questa il medico, nell’ipotesi di ‘ostinazione irragionevole’, decide ‘con’ il paziente, nel caso francese il legislatore ha stabilito che il medico decide in piena autonomia anche a prescindere dall’unanimità delle persone coinvolte, cosa che in Italia pare al momento non possibile anche alla luce della sentenza Englaro; in dottrina almeno C. CASONATO, *Un diritto difficile*, cit., 495; A. D’ALOIA, *Confini mobili*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3/2015, 2.

⁶⁵ Corte europea dei diritti dell’uomo (Grande Camera), 7 gennaio 2014, caso *Lambert e altri c. Francia*, n. 46043/14.

renze di disciplina. Da tale premessa, la Corte considera che “nell’ambito del fine vita deve essere riconosciuto un margine d’apprezzamento non solo con riguardo alla possibilità di permettere o meno la sospensione di trattamenti che mantengono in vita artificialmente e le relative modalità di esecuzione, ma anche sul come trovare un equilibrio tra la protezione del diritto alla vita del paziente e quella del diritto al rispetto della vita privata e dell’autonomia personale” (§ 148).

Inoltre, la Corte è “pienamente consapevole dell’importanza delle questioni sollevate dal caso, che ha implicazioni mediche, giuridiche ed etiche della più grande complessità. Dalle circostanze del caso di specie, la Corte ricorda che spetta in primo luogo alle autorità nazionali verificare la conformità della decisione di interrompere i trattamenti con il diritto interno e la Convenzione e di stabilire i desideri del paziente in conformità alla legislazione nazionale. Il ruolo della Corte è stato quello di esaminare l’osservanza da parte dello Stato degli obblighi positivi di cui all’articolo 2 della Convenzione” (§ 181).

La Corte – anche sulla scorta delle osservazioni generali delle più alte istanze mediche ed etiche francesi – ha quindi ritenuto che sia la disciplina legislativa francese, così come interpretata dal *Conseil d’État*, sia il processo che ha condotto alla decisione di interrompere i trattamenti salva vita siano da ritenere compatibili con l’articolo 2 della Convenzione. Proprio perché si è dinanzi ad una ipotesi di accanimento terapeutico, la decisione è rimessa ad un organo collegiale medico, che è legittimato (dalla constatazione scientifica) a prendere una decisione ‘senza’ il consenso del paziente, ma proprio perché non si è dinanzi ad una relazione terapeutica il cui oggetto è una ‘proposta’ di cura anche *minimamente* efficace. Consapevole di essere dinanzi ad una questione priva di precedenti, riconosciuto il margine di apprezzamento, la Corte ha dichiarato assorbito il motivo di ricorso basato sull’articolo 8 della Convenzione (diritto al rispetto della vita privata e familiare). Dunque, per la Corte la condotta del medico può andare dalla semplice somministrazione di cure palliative, alla sedazione profonda e continuativa, fino alla cessazione dell’alimentazione e idratazione artificiale, al fine di assicurare l’interruzione del trattamento per le situazioni in cui il paziente è incosciente; questa, che è la previsione legislativa, non fa venir meno lo Stato francese ai suoi obblighi dalla sottoscrizione della Convenzione.

9. Conclusioni.

Alla luce di quanto finora ricostruito, si giunge alla conclusione che, per il sistema convenzionale di tutela dei diritti, una (certa) legalizzazione degli atti eutanasici supererebbe un eventuale controllo da parte della Corte di Strasburgo. Secondo tale giurisprudenza, infatti, su tale questione gli Stati ben possono ‘abbandonarÈ quella sorta di paternalismo che continua a caratterizzare gli ordinamenti europei e che, per molti aspetti, è anche incompatibile con la stessa matrice del costituzionalismo liberale⁶⁶. Ci si può chiedere, a questo punto,

⁶⁶ Cfr., almeno, G. GEMMA, *Costituzionalismo liberaldemocratico e dignità imposta*, in *Ragion pratica*, 38/2012, 138.

quale legislazione (*de iure condendo*) potrebbe trovare spazio nell'ordinamento italiano⁶⁷; di certo una normativa di legalizzazione rispettosa della tutela delle persone vulnerabili e che si muova lungo l'insidioso crinale libertà-autorità: liberalismo vs paternalismo, dunque.

Si sta pensando – rifuggendo, comunque, dalla rigida dicotomia appena proposta e alla luce della giurisprudenza convenzionale – ad una legislazione che sia espressiva non più di un paternalismo *hard*, quanto piuttosto di un paternalismo *soft*⁶⁸, “procedurale”⁶⁹, anche per rispondere ad una esigenza di laicità⁷⁰ che tenga conto di una autorevole dottrina – benché non riferita al tema dell'eutanasia – per la quale: “le leggi vanno fatte per i credenti e per i non credenti [...] le leggi facoltizzanti [...] sono di norma le più adatte a una società pluralista e multiculturale”⁷¹.

Detto in altri termini, le leggi facoltizzanti sono leggi procedurali che permettono di esercitare un diritto senza alcuna imposizione, salvaguardando la piena e libera autodeterminazione del soggetto, mosso da una intenzione propria che può non coincidere con quella di un altro individuo (circostanza più che probabile) in una società pluralista e multiculturale. Ciò che si *permette* è l'accrescimento della sfera delle possibilità dell'individuo attraverso una “scriminante procedurale”⁷², vale a dire una normativa che stabilisce un procedimento amministrativo appositamente predisposto per “assicurare un controllo pubblico sull'esistenza di un'autonoma e valida autodeterminazione del malato”⁷³.

Questa ricostruzione dottrinarina – che richiama a sua volta quella che avvalorava la funzione permissiva del diritto⁷⁴ – è, altresì, conforme ad una massima giurisprudenziale della Corte costituzionale italiana, che riconosce nella società attuale “diverse morali del nostro

⁶⁷ Di certo *contra* tale ipotesi chi autorevolmente argomenta per una portata ontologica della dignità: A. RUGGERI, *Per uno studio sui diritti sociali e sulla Costituzione come 'sistema' (notazioni di metodo)*, in S. GAMBINO (a cura di), *Diritti sociali e crisi. Problemi e prospettive*, Torino, 2015, 25; G. RAZZANO, *Dignità nel morire*, cit., 9 ss.; F.D. BUSNELLI, *Vicende di fine vita*, in E. STRADELLA (a cura di), *Diritto alla salute e alla 'vita buona' nel confine tra il vivere e il morire. Riflessioni interdisciplinari*, 2011, 126; G. PIEPOLI, *Dignità e autonomia privata*, in *Politica del diritto*, 1/2003, 59; A. NICOLUSSI, *Al limite della vita: rifiuto e rinuncia ai trattamenti sanitari*, in *Quaderni costituzionali*, 2/2010, 269-296; G. AZZONI, *Dignità umana e diritto privato*, in *Ragion Pratica*, 38/2012, 75 ss. In tal senso (dimensione oggettiva della dignità) spinge anche una nota giurisprudenza straniera: sul c.d. ‘lancio del nano’ in Francia cfr. Consiglio di Stato, dec. del 27 ottobre del 1985, e sul ‘Pepp show’ in Germania cfr. *BverfG* del 9 luglio 1987. In dottrina almeno M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in AA.VV., *Scritti in onore di Franco Modugno*, III, cit., 3143 ss.

⁶⁸ G. GEMMA, *Op. cit.*, 138; G. FIANDACA, *Il diritto di morire, tra paternalismo e liberalismo penale*, in *Il Foro italiano*, 6/2009, 230.

⁶⁹ R. CATERINA, *Il rifiuto delle cure tra autodeterminazione e paternalismo giuridico*, in *Bioetica*, 1/2008, 88.

⁷⁰ Ampiamente in tema, L. RISICATO, *Dal «diritto di vivere» al «diritto di morire». Riflessioni sul ruolo della laicità nell'esperienza penalistica*, Torino, 2008, 53 ss.; S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, Bologna, 2015, 15 ss.

⁷¹ L. ELIA, *Introduzione ai problemi della laicità*, in *Problemi pratici della laicità agli inizi del secolo XXI*, Atti del XXII Convegno Annuale dell'Associazione italiana dei costituzionalisti, Napoli, 26-27 ottobre 2007, Padova, 2008, 17; Id., *Intervento* riportato in http://www.dircost.unito.it/estratti/pdf/ELIA_Divorzio_liberta.pdf, 81 s. Da ultimo, tale dottrina è stata richiamata da G. BRUNELLI, *Frontiere della democrazia: bioetica, diritti e decisione pubblica*, in www.fondazioneildeotti.it, 1 ss.

⁷² M. DONINI, *Il caso Welby e le tentazioni pericolose di uno «spazio libero dal diritto»*, in *Cassazione penale*, 3/2007, 907.

⁷³ *Ibidem*, 230.

⁷⁴ C. ESPOSITO, *Lineamenti di una dottrina del diritto*, in Id., *Scritti giuridici scelti*, Napoli, 1999, I, 92-105, richiamato da L. ELIA, *Op. cit.*, 14.

tempo, ma anche la pluralità delle concezioni etiche che convivono nella società contemporanea. Tale contenuto minimo altro non è se non il rispetto della persona umana, valore che anima l'art. 2 della Costituzione⁷⁵.

Le leggi facoltizzanti, dunque, sono leggi avalutative, espressione di una “*tendenziale neutralità*”⁷⁶ e che riconoscono ad ogni singolo individuo la capacità (attraverso la disciplina di una regolamentazione) di decidere autonomamente (determinandosi in modo autonomo secondo il proprio sistema valoriale), con il limite dei danni per i terzi, ma con la piena possibilità – lo si ripete – che ognuno possa determinare in modo autonomo i propri valori morali e le proprie scelte.

Dalla giurisprudenza convenzionale, dunque, arriva la possibilità di riconsiderare la normativa sulla eutanasia.

La ragionevolezza della previsione di limiti all'autodeterminazione (paternalismo *soft*) si fonda sull'assunto che anche se “ogni persona ha il diritto di prendere da sola decisioni personali importanti [, ... ognuno può] fare scelte di tale portata in modo impulsivo o spinte dalla depressione”⁷⁷. Per assicurare che l'autonomia del richiedente l'eutanasia si esprima nel modo più pieno e libero⁷⁸ (*id est*, per assicurare che il consenso sia realmente informato e libero) ed affinché lo Stato possa adempiere al compito di tutelare il soggetto anche contro se stesso⁷⁹ (questo ci consegnano i casi Haas e Koch) è necessario che l'eutanasia sia limitata e rigidamente circoscritta. Dunque, alla discrezionalità del legislatore – pur sempre ragionevole – bisogna riservare i casi, i presupposti e le modalità di accertamento della validità della domanda di eutanasia; solo così facendo, del resto (anche alla luce del diritto compara-

⁷⁵ Corte cost., sent. n. 293/2000, p.to 3 del *considerato in diritto*. Richiamata, proprio a tal proposito, da G. BRUNELLI, *Op. cit.*, 29.

⁷⁶ Così G. BRUNELLI, *Op. cit.*, 28 s., corsivi presenti nel testo.

⁷⁷ R. DWORKIN, *Introduzione a Suicidio assistito: la memoria dei filosofi*, cit., 1; continuando la citazione iniziata nel testo: “Gli stati possono impedire il suicidio assistito di coloro i quali – presumibilmente – saranno in seguito grati che sia stato loro impedito di morire”.

⁷⁸ La specificazione non è di secondo rilievo perché esclude tutti i casi di c.d. eutanasia eugenetica, di puro pietismo (di certo interesse è la recente sentenza Cass. Pen., sez. I, 31 marzo 2016 n. 1298) o di quella dovuta a motivazioni economiche: si esclude, *id est*, l'eutanasia non volontaria o senza richiesta.

⁷⁹ Per limitarci ad un solo esempio, si pensi al paziente che crede (ingiustificatamente) che non vi siano alternative alla sua situazione di malessere per sfuggire alla quale chiede l'eutanasia. Nel ricordare che nell'ordinamento italiano l'eutanasia manca di una disciplina specifica, analizzando le fasi ultime della vita nelle quali la persona sofferente può decidere di porre fine alla propria esistenza, si fa riferimento congiuntamente alle due fattispecie dell'aiuto al suicidio e dell'omicidio del consenziente, anche se diverse e distinte devono rimanere le due ipotesi di illecito penale. Infatti, l'aiuto al suicidio riguarda la circostanza per cui la morte è conseguenza di un atto suicida pur se commesso con l'aiuto di un terzo soggetto, non essendo, la persona interessata, nelle condizioni di compierlo autonomamente. L'aiuto richiesto, quindi, è propedeutico alla realizzazione dell'ultimo gesto, che è comunque compiuto dal suicida. L'assunzione di una dose letale mediante auto-iniezione, da parte di un malato terminale, di un farmaco prescritto ed indicato nella dovuta posologia da un medico comporta che quest'ultimo aiuti al suicidio senza commettere alcun omicidio, come sarebbe nell'ipotesi in cui l'iniezione del farmaco letale fosse effettuata dal medico stesso su richiesta del malato. In questa seconda ipotesi, la morte del paziente sarebbe diretta conseguenza dell'azione del medico e rientrerebbe nella seconda fattispecie di reato penale, vale a dire l'omicidio del consenziente. Le ipotesi, quindi, divergono guardando al soggetto che per ultimo agisce per procurare la morte propria (aiuto al suicidio) o altrui (eutanasia diretta attiva). Non si vogliono con ciò eliminare o sottacere le differenze giuridiche che sono e rimangono rilevanti tra le due fattispecie tanto che in diversi stati è legalizzato solo il suicidio assistito e non già l'eutanasia attiva diretta, si pensi a quanto avviene nell'Oregon e a Washington. La decisione di rendere lecita un'azione e non anche l'altra si fonda sulla convinzione che così facendo si limiti al massimo il rischio di abusi (ci si riferisce alla teoria del 'pendio scivoloso').

to), la legge sull'eutanasia sarà 'convenzionalmente conforme', essendo a disposizione solo dei malati incurabili – condannati a sofferenze atroci tali da rendere, per chi le subisce, la vita non degna d'esser vissuta –, i quali dimostrino che la decisione estrema è stata presa spontaneamente e in assenza di qualsiasi coercizione (Colombia).

A queste persone, riconosciute come soggetti non vulnerabili – vale a dire in grado di poter prendere una decisione 'libera' da ogni tipo di costrizione e quindi in piena autonomia – deve essere riconosciuto il 'diritto ad una morte dignitosa', nella consapevolezza che l'eutanasia non è "una scelta fra la vita e la morte, né una scelta della morte contro la vita, è una scelta fra due modi di morire"⁸⁰. Così intesa, infatti, la domanda di eutanasia è ammessa quando la malattia è incurabile ed irreversibile, per cui essa è finalizzata (solo ed esclusivamente) ad anticipare il tempo segnato di una morte certa.

Una legislazione ragionevole⁸¹, diremmo "leggera"⁸², "mite"⁸³, "gentile"⁸⁴ ed ancora "resiliente"⁸⁵, aperta ad un pluralismo etico⁸⁶ ed adatta ad una società pluralista e multiculturale⁸⁷, sarebbe quella che prevedesse che la persona legittimata a richiedere l'eutanasia sia un paziente incurabile allo stadio terminale o affetto da una forma irreversibile di patologia,

⁸⁰ J. POHIER, *La morte opportuna. I diritti dei viventi sulla fine della loro vita*, Roma, 2004, 118. "L'idea di una buona morte (o meno cattiva) non si esaurisce nella questione di come morire (se in battaglia o in un letto), ma comprende anche la questione del momento in cui essa avviene", così R. DWORKIN, *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia, e libertà individuale*, Milano, 1994, 292.

⁸¹ Nella essenziale 'elencazione' che nel testo si sta per proporre, si vuole palesare – almeno per chi scrive – quali siano le regole che possono limitare al minimo il rischio di errori e di abusi per la tutela dei soggetti più deboli e perciò vulnerabili, non riporto il limite della maggiore età, in quanto se, per come si sta dicendo, la scelta di domandare l'eutanasia è espressione del principio di autodeterminazione, difficilmente non potrà essere riconosciuto anche ai minori 'maturi' o 'minori grandi' visto che nelle scelte mediche (si pensi alla Spagna, che determina una soglia *standard* nei 16 anni, mentre in Italia, ad esempio con il nuovo codice deontologico, si limita la loro libera sindacabilità) si va sempre più riconoscendo la loro autonomia decisionale con riguardo al valido consenso per i trattamenti sanitari verificata la sussistenza della capacità di discernimento. In tal senso, cfr. la sentenza della Corte costituzionale belga (la n. 135 del 29 ottobre 2015) che ha pronunciato un'interpretativa di rigetto nel giudizio sulla legge del 28 febbraio 2014 di modifica della legge del 28 maggio 2002 sull'eutanasia, che la estende anche ai minori. Per la Corte costituzionale, che richiama la 'dottrina' del giudice europeo sulla inderogabilità della tutela dei soggetti vulnerabili ex art. 2 CEDU, afferma che il medico a cui si richiede l'atto eutanasi non possa praticarlo senza che la *capacità di discernimento* del minore sia attestata per iscritto da uno psichiatra o da uno psicologo infantile. Il testo della sentenza è reperibile in www.biodiritto.org.

⁸² S. RODOTÀ, *Tecnologie e diritti*, Bologna, 1995, al fine di non imporre autoritativamente valori non condivisi

⁸³ Il riferimento, come è noto, va a G. ZAGREBELSKY, *Il diritto mite*, Torino, 1992.

⁸⁴ Si v. i diversi ed importanti contributi presenti in www.dirittogentile.it.

⁸⁵ C. CASONATO, *Diritto e scienze della vita: complessità, tentazioni, resilienza*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2-2015, 295 ss.

⁸⁶ P. BORSELLINO, *Tra cultura e norma*, in S. RODOTÀ-M. TALLACCHINI (a cura di), *Trattato di biodiritto. Ambito e fonti del biodiritto*, Milano, 2010, 165; C. CASONATO, *Bioetica e pluralismo nello Stato costituzionale*, in C. CASONATO - C. PICCOCCHI (a cura di), *Biodiritto in dialogo*, Padova, 2006, 28; D. NERI, *Di quale vita si tratta? Considerazioni sul dibattito intorno al testamento biologico*, in S. RANDAZZO (a cura di), *Etica e diritto nella medicina di fine vita: incontri interdisciplinari di biomedicina e biodiritto*, Atti del Convegno di Paternò, 22-23 maggio 2009, Roma, 2010, 55; E. FURLAN, *Saggio introduttivo. Dignità umana e bioetica: risorse e problemi di una nozione fondamentale*, in ID. (a cura di), *Bioetica e dignità umana: interpretazioni a confronto. Interpretazioni a confronto dalla Convenzione di Oviedo*, Milano, 2009, 13.

⁸⁷ G. BRUNELLI, *Op. cit.*, 28. Una legge, *id est*, predisposta secondo un 'metodo laico', vale a dire che sia "espressione di uno Stato pluralista non può rinunciare a regole della legislazione, del ruolo del legislatore, della stessa interpretazione che conducano a soluzioni aperte e condivise", così M. D'AMICO, *I diritti contesi*, Milano, 2008, 173.

gravemente invalidante e con prognosi infausta, senza alcuna possibilità di recupero e/o di miglioramento (malattia incurabile), le cui sofferenze fisiche e mentali – rilevata anche l'inefficacia di trattamenti alternativi – siano considerate insopportabili tanto da fare giudicare inaccettabile la qualità della vita che si è *costretti* a vivere (anche per un lungo tempo, come nel caso della sindrome di Alzheimer).

Il legislatore dovrebbe altresì accertare che la capacità di intendere e di volere sia piena (al fine di tutelare la vulnerabilità dovuta alla fragilità che è propria delle persone che vivono la condizione assai penosa di alcune patologie altamente invalidanti), che la richiesta sia spontanea e possa costituire un valido contenuto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, che sia previsto un adeguato lasso di tempo tra la richiesta e il compimento dell'atto eutanasi, che venga previsto un parere psichiatrico obbligatorio e vincolante, nonché quello di un secondo medico, sul rispetto dei presupposti e sulla validità della domanda di eutanasi.

In ultimo, con riguardo alle modalità di accertamento della validità della richiesta, la legge dovrebbe prevedere la corretta informazione fornita al paziente sulla situazione attuale della malattia e sulla evoluzione della stessa; la dichiarazione in forma scritta e redatta personalmente o, qualora l'invalidità della malattia non lo consenta, da persona incaricata e di fiducia senza alcun interesse materiale al decesso; la mancanza o meno di altre ragionevoli soluzioni; l'assenza di moventi economici da parte delle persone 'interessate'; la verifica della fondatezza scientifica della valutazione medica; la possibilità di obiezione da parte del medico.

Tale legislazione sarebbe rispettosa dell'autodeterminazione individuale e i limiti presupposti troverebbero una giustificata ragione nella tutela di altri interessi o valori costituzionali. L'assolutezza della normativa che vieta l'aiuto al suicidio e l'omicidio del consenziente pare, al contrario, priva di agganci costituzionali, potendosi anche – a tal proposito – richiamare le parole della Corte costituzionale nella sua declaratoria di incostituzionalità di un'altra materia di biodiritto, qual è quella della procreazione medicalmente assistita: "le norme censurate, pur nell'obiettivo di assicurare tutela ad un valore di rango costituzionale, stabiliscono una disciplina che non rispetta il vincolo del minor sacrificio possibile degli altri interessi e valori costituzionalmente protetti, giungendo a realizzare una palese ed irreversibile lesione di alcuni di essi"⁸⁸.

Ma queste riflessioni meriterebbero molto più spazio di quello offerto in fase di conclusione. Si ritiene quindi opportuno ritornare alle indicazioni che derivano dalla giurisprudenza convenzionale, che legittima i vincoli alle domande di aiuto a morire, anzi le richiede per il rispetto dell'art. 2 CEDU, rientrando, comunque, nel margine di apprezzamento degli

⁸⁸ Così Corte cost., sent. n. 162/2014, p.to 13 del *considerato in diritto*, nel dichiarare l'incostituzionalità del *divieto assoluto* di ricorrere alla fecondazione medicalmente assistita di tipo eterologo. Già nel p.to 6 la Corte aveva avuto modo di affermare che "limiti, anche se ispirati da considerazioni e convincimenti di ordine etico, pur meritevoli di attenzione in un ambito così delicato, non possono consistere in un divieto assoluto, come già sottolineato, a meno che lo stesso non sia l'unico mezzo per tutelare altri interessi di rango costituzionale".

Stati sia la decisione di sanzionare penalmente l'omicidio del consenziente e l'aiuto al suicidio, che quella, opposta, di legalizzarla.

Quindi, e al fine di ricapitolare il punto della giurisprudenza (casistica) della Corte europea, pare sufficiente riaffermare che il suicidio assistito non trova protezione nell'art. 2 della CEDU che tutela il diritto alla vita e non può tutelare il suo opposto, che, per la Corte, è il diritto alla morte. Spazi interpretativi sono offerti, invece, dalla disposizione di cui all'art. 8 (diritto alla vita privata) che ha conosciuto un'interpretazione estensiva aperta a diverse rivendicazioni di tutela di situazioni giuridiche per il riconoscimento del diritto a poter decidere come e quando terminare la propria vita. La Corte, ancora, non ha precisato se sugli Stati insiste un obbligo di rispondere positivamente alle istanze dei cittadini che richiedono di poter porre fine alla propria esistenza, anzi, a ben vedere, il richiamo fatto al diritto "di un individuo di decidere in che modo e in che momento mettere fine alla propria vita, purché tale volontà e il conseguente agire siano assolutamente liberi"⁸⁹, ha avuto solo una portata 'retorica' e 'non concreta' (ma non per questo meno significativa), non avendo mai, la Corte, condannato alcuno Stato per non aver, questo, riconosciuto il diritto a morire.

Questa giurisprudenza, comunque, dovrebbe quanto meno avviare una discussione laica⁹⁰ su un tema che in diversi Paesi continua a non essere affrontato o perché si ritengono definitive le conclusioni a cui si è giunti (oramai diversi decenni or sono) o perché – e questo sarebbe quantomeno allarmante – si giudica il problema non sussistente. La mancanza o l'inadeguatezza della legislazione si rileva solo in caso di eclatanti fatti di cronaca che esigono risposte urgenti (ma cercate in modo affrettato), il cui interesse poi scema e viene accantonato per essere sostituito da uno più attuale (*rectius* giudicato tale) per altre vicissitudini quotidiane di cui la politica decide di occuparsi (il riferimento che può farsi all'*iter* delle direttive anticipate di trattamento pare esserne una prova evidente).

Ricollegandosi a quanto sostenuto in punto di introduzione, si valuta con un certo interesse quanto deciso ultimamente dalla Conferenza dei Presidenti di Gruppo del 13 gennaio 2016 di calendarizzare per il mese di marzo la discussione sulla proposta di legge n. 2973 *Norme in materia di eutanasia*, presentata lo scorso 19 marzo 2015⁹¹. Con l'auspicio che

⁸⁹ Corte europea dei diritti dell'uomo (Sezione I), 28 gennaio 2011, caso *Haas c. Svizzera*, § 51. Tale passaggio, e con riferimento al caso *Pretty*, è esplicitamente richiamato in *Koch c. Germania*, §§ 51-52: "la Corte non era 'preparata a escludere' che impedire alla ricorrente mediante la legge di esercitare la sua scelta di evitare quella che ella riteneva sarebbe stata un'indecorosa e dolorosa fine della sua vita costituisse un'ingerenza nel suo diritto al rispetto della sua vita privata come garantito dall'articolo 8 § 1 della Convenzione (*Pretty*). Nella causa *Haas c. Svizzera*, la Corte ha ulteriormente sviluppato questa giurisprudenza riconoscendo che il diritto di un individuo di decidere come e quando dovrebbe finire propria vita, purché questi fosse in grado di formarsi una volontà liberamente e di agire conseguentemente, fosse uno degli aspetti del diritto al rispetto per la vita privata di cui all'articolo 8 della Convenzione".

⁹⁰ La dottrina sul punto è troppo vasta, per ci si limita a rinviare a G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Milano, 2009; S. CANESTRARI, voce *Biodiritto (diritto penale)*, in *Enciclopedia del Diritto*, Annali VII, Milano, 2015, 99 ss.

⁹¹ Dal 31 marzo 2016, nelle *Commissioni Riunite II Giustizia e XII Affari Sociali* si sta svolgendo, in sede *Referente*, l'esame abbinato dei progetti di legge nn. A.C.-1582 (Proposta di legge di iniziativa popolare '*Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia*'), A.C.-2218 (Di Salvo ed altri '*Norme in materia di eutanasia*'), A.C.-2973 (Nicchi ed altri '*Norme in materia di eutanasia*') e 3336 (Bechis '*Disposizioni in materia di eutanasia e rifiuto dei trattamenti sanitari*').

possa avviarsi un dibattito serio e costruttivo⁹², che non si risolva tutto in espedienti che portino a 'decidere di non decidere' e segnalando comunque che per la prima volta 'l'eutanasia arriva in Parlamento', si conclude questo breve contributo con le importanti e ferme parole che il Presidente della Repubblica emerito Giorgio Napolitano⁹³ ebbe modo di scrivere in risposta ad una lettera a lui inviata da Piergiorgio Welby e dallo stesso resa pubblica: "Penso che tra le mie responsabilità vi sia quella di ascoltare con la più grande attenzione quanti esprimano sentimenti e pongano problemi che non trovano risposta in decisioni del governo, del Parlamento, delle altre autorità cui esse competono. E quindi raccolgo il suo messaggio di tragica sofferenza con sincera comprensione e solidarietà. Esso può rappresentare un'occasione di non frettolosa riflessione su situazioni e temi, di particolare complessità sul piano etico, che richiedono un confronto sensibile e approfondito, qualunque possa essere in definitiva la conclusione approvata dai più. Mi auguro che un tale confronto ci sia, nelle sedi più idonee, perché il solo atteggiamento ingiustificabile sarebbe il silenzio, la sospensione o l'elusione di ogni responsabile chiarimento".

⁹² Anche in tema di direttive anticipate di trattamento. Dal 31 marzo 2016 in Commissione in sede *Referente* alla XII *Affari Sociali* si sta svolgendo l'esame abbinato dei progetti di legge nn. A.C.-1432 (Murer ed altri '*Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario*'), A.C.-1298 (Locatelli ed altri '*Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari*'), A.C.-1142 (Mantero ed altri '*Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico*'), A.C.-2229 (Roccella ed altri '*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-2264 (Nicchi ed altri '*Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari*'), A.C.-2996 (Binetti ed altri '*Disposizioni relative all'alleanza terapeutica, in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-3391 (Carloni ed altri '*Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari*'), A.C.-3561 (Miotto ed altri '*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-3584 (Nizzi ed altri '*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-3586 (Fucci ed altri '*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-3596 (Calabrò e Binetti '*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*'), A.C.-3599 (Brignone ed altri '*Modifiche al codice civile in materia di consenso informato, di dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari e di testamento biologico, nonché istituzione della banca di dati telematica nazionale dei testamenti biologici*') e A.C.-3630 (Lori ed altri '*Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e direttive anticipate di trattamento*'). Inoltre, il 1 marzo 2016 sono stati assegnati in sede *Referente* alle Commissioni Riunite II *Giustizia* e XII *Affari Sociali* i progetti di legge A.C.-3535 (Mucci e Prodani '*Disciplina dell'eutanasia e norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari*') e A.C.-3575 (Marzano ed altri '*Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e per la tutela della dignità della persona nella fase terminale della vita*'). In ultimo, il progetto di legge A.C.-3723 (Marzano '*Disposizioni in materia di consenso informato, di rifiuto dei trattamenti sanitari e di dichiarazioni anticipate di trattamento*') è stato assegnato l'8 aprile 2016 in sede *Referente* alla Commissione XII *Affari Sociali*.

⁹³ Un invito al Parlamento per la produzione di una legislazione sulla materia del biodiritto è stato rivolto, ancora una volta dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano in occasione dell'incontro con una delegazione del Comitato Nazionale di Bioetica tenutosi a Palazzo del Quirinale il 10 luglio 2014 (il testo è reperibile sul portale www.quirinale.it).