

INTRODUZIONE

Il diritto penale comparato si preoccupa di osservare la disciplina di determinati fatti o atti che i vari ordinamenti giuridici riconoscono come reati. Lo Stato proibisce i comportamenti umani considerati deplorabili e mediante la intimidazione di una sanzione afflittiva preserva i valori fondamentali su cui è permeata la società¹. Dunque, il diritto penale e la pena agiscono in *extrema ratio* per sanzionare i fatti ritenuti più gravi e tra questi ultimi ritroviamo certamente l'omicidio e in generale i delitti contro la persona. Tuttavia, il confine tra atti e fatti riprovevoli e tollerabili tende a farsi sempre più sfumato dinanzi ad una società in continua trasformazione.

La questione collegata alle pratiche di fine vita, su richiesta dal paziente, in condizione di disagio e sofferenza o del malato terminale, rappresenta una tematica di particolare rilevanza nella società contemporanea. Presenta molti aspetti controversi nei vari settori disciplinari, si pensi alla bioetica e al diritto penale generale e processuale.

In questo lavoro sono delineate delle riflessioni trasversali che vanno dalla nozione di dignità, all'evoluzione del concetto di autodeterminazione, al fine di chiarire se gli artt.579 e 580 c.p. possano ancora ritenersi al passo con i tempi e se allo stesso tempo esiste una correlazione tra il diritto italiano e quello belga.

Il progresso scientifico degli ultimi decenni ha ampliato in modo significativo le possibilità di sopravvivere anche ad eventi infausti. Nei casi limite, vengono a determinarsi situazioni di vera e propria sospensione tra la vita e la morte, diventando sempre più concreto il rischio per il paziente di trascorrere un'esistenza meramente biologica. Di conseguenza, appare di estremo spessore permettere al paziente di esprimere la propria facoltà di autodeterminazione, decidendo dignitosamente sulla fine della propria vita. Ci si chiede dunque se le scelte di fine vita troverebbero una legittimazione nel nostro ordinamento penale.

Il lavoro approfondisce questi temi, trattando nel primo capitolo un quadro generale riguardante eutanasia e suicidio assistito. In particolare, verranno esaminate alcune pronunce della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo rispetto alla richiesta di interruzione di trattamenti sanitari salvavita, un diritto in via di affermazione, con riferimento alla Convenzione di Oviedo.

¹ ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, volume I, XVI ed., Milano, Giuffrè, 2009, p. 3.

Nel secondo capitolo verrà approfondita la tematica delle pratiche di fine vita in Italia, quindi l'analisi dei delitti di omicidio del consenziente e di istigazione o aiuto al suicidio. Gran parte della trattazione è dedicata ai casi giurisprudenziali più noti (Welby, Englaro, Antoniani), per giungere all'analisi della nuova Legge del 2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Infine, viene analizzata la disciplina penale vigente riservata alle pratiche di fine vita dei minori di età.

Il terzo capitolo opera una comparazione con l'ordinamento penale del Belgio. Ho deciso di prendere in considerazione questo Paese, perché ad oggi possiede il diritto penale più avanzato al mondo in tema di fine vita e scelte eutanasiche. Dapprima verrà approfondito il lungo cammino verso la depenalizzazione dell'eutanasia fino all'entrata in vigore della Legge del 2002, con uno sguardo alle relative modifiche che sono intervenute successivamente e ai casi che hanno destato scalpore nell'opinione pubblica e non solo, come il caso *Mortier v. Belgium*. Da ultimo è posta un'accurata analisi dell'eutanasia minorile legalizzata nel 2014.

È mia intenzione prendere in considerazione il prolungato silenzio del legislatore italiano e la conseguente complessità di pervenire a risultati condivisi su tali questioni, in controtendenza rispetto alla maggior parte degli ordinamenti internazionali, tra cui proprio il Belgio, che in varia misura hanno già affrontato il problema.

CAPITOLO 1

CENNI DEFINITORI IN MATERIA DI FINE VITA E DIRITTO ALL'AUTODETERMINAZIONE

1. Eutanasia, accanimento terapeutico e suicidio assistito

Il termine greco *εὐθανασία* nella sua accezione primigenia sta a significare letteralmente “buona morte”, intesa come quell’ideale di un compiuto perfezionamento e conseguente esaurimento della vita dell’individuo² sulla base della sua volontà per evitarne l’agonia. Il dibattito contemporaneo, alimentato dalla sempre più lunga aspettativa di vita biologica dell’uomo, si concentra su una definizione ben più limitata: si intende come quell’azione od omissione che porta al decesso di un individuo affetto da una malattia che gli provoca delle sofferenze insanabile.

Si tratta di una scelta che riguarda uno dei momenti più importanti dell’essenza dell’uomo, ovverosia la morte, che scava nelle profonde consapevolezze di ognuno sin dall’antichità. Per questo non è semplice ricondurre nel termine eutanasia tutte le situazioni proprie del vocabolo.

Storicamente, Bacone è stato il primo filosofo dell’età moderna a porre in rapporto l’espressione “buona morte” con i fini assistenziali e sanitari, quelli caritatevoli e l’uso di mezzi indolore. Egli sostiene che sia compito primario del medico rendere nuovamente in salute un soggetto, ma che egli debba altresì intervenire per lenire le sofferenze del paziente, sia per una futura e possibile guarigione sia per procurargli una morte “tranquilla e serena”³. Nel tempo si è cercato di dare una definizione perlopiù propedeutica all’analisi giuridica ma “non si è raggiunto alcun apprezzabile grado di consenso”⁴, né nei molteplici convegni in merito né nei consequenziali studi e contributi testuali.

² PERRANDO G., *Eutanasia*, Enciclopedia Italiana, 1932, in www.treccani.it.

³ PARISE M., *La prima versione italiana del De dignitate et augmentis scientiarum di Francis Bacon tradotto da Antonio Pellizzari.*, 2013, Biblioteca Comunale di Treviso, evidenzia la distinzione che Bacone opera tra l’eutanasia esteriore intesa quale interruzione diretta della vita e l’eutanasia interiore come preparazione psicologica al morire. La differenziazione avviene in base all’autonomia dell’individuo, sottolineandone quindi il carattere della volontarietà.

⁴ MAGRO M.B., *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001, Giappichelli, p. 98.

Secondo il pensiero attuale del Dott. Veronesi è necessario dare una nuova definizione del termine perché non sussiste alcuna differenza tra l'eutanasia passiva e quella attiva, in quanto, in ogni modo, "tutti i percorsi sfociano, infatti, nella morte"⁵.

Al giorno d'oggi, a seguito di alcuni celebri casi di cronaca nazionale ed estera, il dibattito si è spostato sui trattamenti medici mettendo in luce la problematica dell'accanimento terapeutico. Solo in Italia e Spagna, per accanimento terapeutico si intende l'impartizione ostinata di trattamenti sanitari da cui non si possa attendere un beneficio per il malato, quindi terapie che risultino sproporzionate o inutili rispetto all'obiettivo terapeutico⁶. Se un medico si ostina a somministrare un trattamento sanitario a un paziente, mediante il quale non garantisce un miglioramento della qualità di vita o un significativo prolungamento della vita stessa, egli attua un accanimento terapeutico. Nei Paesi di tradizione anglosassone si parla di principio di futilità, che è più semplice e di più immediata comprensione: è il caso di una terapia che se somministrata non porta a un adeguato miglioramento dello scopo prefigurato per la salute del paziente. Allora si parla di terapia futile e come tale dannosa e da non somministrare. Se questa terapia porta un vantaggio in termini di miglioramento della salute allora si parlerà di terapia utile. Per poter valutare la futilità ci vogliono dei criteri di proporzionalità di cura, termine oggi abbandonato in favore del criterio di appropriatezza.

Eutanasia e accanimento terapeutico non possono considerarsi sinonimi, va tracciata una linea di confine rinvenibile nelle cure e nell'assistenza ordinaria che vanno assicurate a ogni paziente. Tutte le riflessioni concedono di traslare il dibattito nell'ambito giuridico inerente alla regolamentazione delle condotte umane, con particolare attenzione alla tutela penale della persona nelle problematiche afferenti alla vita umana, oltre il tipico ambito della protezione dell'individuo. Il limite che occorre considerare è quello della prassi clinica, infatti l'accanimento terapeutico è illecito penale, sotto il profilo deontologico e morale, "quantomeno quando vi sia una precisa opposizione del paziente in ordine alla prosecuzione delle cure"⁷.

Un'altra terminologia molto in uso è quella di suicidio assistito, evocata nel nostro Paese recentemente dalla vicenda di Fabiano Antoniani, e si intende quell'atto mediante

⁵ VERONESI U., *Il diritto di non soffrire. Cure palliative, testamento biologico, eutanasia.*, Milano, 2017, Mondadori, p. 76.

⁶ MARINO, TARQUINI, *Accanimento terapeutico*, Dizionario di medicina, 2010, in www.treccani.it.

⁷ MAGRO M.B., *Eutanasia e diritto penale*, cit., p.475.

il quale un soggetto si procura la morte grazie all'assistenza di un medico che prescrive i farmaci necessari e lo istruisce circa la modalità di assunzione. L'assistenza può provenire anche da un soggetto non medico. Sostanzialmente viene a mancare l'atto diretto di chi somministra il farmaco: egli prepara tutta la scena che determina la morte del paziente ma non è lui a metterla in atto direttamente.

1.1 Cenni storici: il programma eugenetico nazista

Una visione estrema della pratica eutanastica è stata delineata già nella Germania nazista a cavallo degli anni '40 con l'utilizzo di tecniche biologiche e genetiche come strumento di selezione della popolazione. Storicamente ci si riferisce alla cosiddetta *Aktion T4*, modello impositivo di morte portato avanti dalla Germania nazista a partire dal 1939 per migliorare la razza mediante l'eugenetica, cioè eliminando coloro che erano considerate “vite di nessun valore”, stato di debolezza per la nazione. Non solo l'Olocausto, ma venne in luce un'altra terribile politica di sterminio di massa attuata durante la Seconda Guerra Mondiale: il 1° settembre 1939 il *Führer* Adolf Hitler decise di “concedere la morte per grazia ai malati considerati incurabili secondo l'umano giudizio, previa valutazione critica del loro stato di malattia”, una proposta che sicuramente non rispecchiava le attuali garanzie per la persona svantaggiata o disabile. Quella che oggi è considerata l'ultima frontiera dei diritti civili attuali nel passato ha segnato la vita di un'intera comunità sociale, quella dei disabili. Oggi si parla di “buona morte”, nel contesto nazista, però, la parola “eutanasia” veniva usata come giro di parole per designare il piano segreto che avrebbe poi portato all'assassinio metodico di tutti i disabili ospitati negli istituti di cura tedeschi e dei paesi annessi.

Il programma eugenetico continuò fino agli ultimi giorni della Guerra, fino a comprendere i pazienti geriatrici, le vittime dei bombardamenti e gli stranieri reduci dai lavori forzati. Gli storici calcolano che il programma eugenetico causò in tutto la morte di 200.000 persone⁸.

⁸ United States Holocaust Memorial Museum, *Introduction to the Holocaust*. Holocaust Encyclopedia in www.encyclopedia.ushmm.org.

1.2 Definizione giuridica di un tema eticamente sensibile: la morte

La vita e la morte sono temi eticamente sensibili su cui il legislatore, nazionale ed europeo, si concentra e che trovano spazio nel diritto interno, soprattutto quello costituzionale, e solo da qualche anno anche nelle decisioni della Corte europea dei diritti dell'uomo.

Fino al Settecento il concetto giuridico di morte è stato collegato all'esalazione dell'ultimo respiro e alla conseguente cessazione dell'attività cardiocircolatoria e del battito cardiaco. Il mutamento del paradigma giuridico ha seguito il procedere della tecnologia e, in particolare, nel 1968 un comitato di esperti stabilì in un report i criteri di *Harvard*, cioè i parametri necessari per l'accertamento della morte cerebrale con una definizione teorica della morte stessa. Il fatto che un cadavere mostri delle caratteristiche piuttosto evidenti (non respira, non ha battito cardiaco) non basta per definire giuridicamente la morte, si tratta di morte come concetto al di fuori della medicina scientifica. Proprio con il report di *Harvard* si identifica la morte come cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello e quindi morte encefalica. Scientificamente, oggi ci troviamo di fronte a due definizioni scientifiche di morte: la morte clinica (cardiaca) che si constata con il silenzio cardiocircolatorio e la morte legale (cerebrale) sulla base dei criteri di *Harvard*.

Con la l.n.644/1975 il legislatore italiano ha stabilito due modi di accertare la morte cerebrale senza margine di errore: in primo luogo è possibile utilizzare il metodo elettroencefalografico nei casi di coma profondo, respirazione assistita e assenza di stimoli elettrici cerebrali; in secondo luogo si fa riferimento al metodo elettrocardiografico per i pazienti non affetti da lesioni cerebrali, in questo caso occorre accertare il silenzio cerebrale per almeno 20 minuti⁹.

Si tratta di una procedura di accertamento della morte che ha un'importante funzione amministrativa: l'atto di morte è un atto dello stato civile che dà pubblicità dell'avvenuto decesso con denuncia di luogo, giorno e ora esatta¹⁰.

Dal punto di vista etico, ci si chiede se un uomo possa esigere la morte se colpito da una malattia incurabile e inconvertibile. È chiaro che ogni uomo abbia il diritto di

⁹ L. 2 dicembre 1975, n.644, *Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico*.

¹⁰ POZZAN E., *Qualche nozione giuridica sul concetto di morte*, n.34, 2009, in www.faronotizie.it.

scegliere per sé, sia che si tratti della vita che della morte; anzi, si potrebbe parlare oggi di legittima richiesta di anticipazione della morte come libera scelta di un essere umano intollerante di quella situazione fisica e psichica che lo affligge.

Quando Hans Jonas scriveva che “è il concetto di vita, non quello di morte, che in definitiva governa la questione del diritto di morire”¹¹, intendeva porre in risalto l’intreccio aggrovigliato che denota il peculiare ed eccezionale percorso esistenziale della persona e la fase che porta alle soglie della morte, in cui a ognuno è dovuto il diritto di scegliere secondo il proprio cuore e la propria fede¹². La morte di un essere umano può essere oggi combattuta e ritardata con tecniche che solo ieri erano considerate impensabili.

2. Come è strutturata l’eutanasia pietosa

Sul versante del diritto di morire la situazione è intricata. Va osservato che i casi di azione pietosa per anticipare la fine della vita non sono del tutto univoci perché sono molteplici gli aspetti giuridici che si intrecciano a seguito dei profili problematici che scaturiscono dalla scelta eutanasi.

Gli elementi che rilevano ai fini della distinzione sono diversi: si pensi alla volontà e alla modalità di interazione tra soggetto malato e medico, sviluppandosi sul piano descrittivo, naturalistico e causale.

L’eutanasia pietosa ha come scopo unico quello di accogliere il desiderio di un soggetto che da solo non può realizzare perché impossibilitato dalla sua condizione fisica di vita, resa inaccettabile da gravi sofferenze che lo affliggono e tali da non consentire di terminare la sua vita, dovendosi quindi servire di un intervento esterno. Quella pietosa è considerata l’unica forma di eutanasia compatibile con il diritto laico di morire¹³.

2.1 Eutanasia attiva e passiva

Dal punto di vista giuridico penale la distinzione si fonda sulla dicotomia tra agire e omettere, tra “*killig e letting die*”¹⁴.

¹¹ JONAS H., *Il diritto di morire*, Roma, 1991, p. 50.

¹² DE MONTICELLI R., *La libertà di divenire sé stessi*, in *Che cosa vuol dire morire*, a cura di D. Monti, Torino, 2010, p. 92.

¹³ RISICATO L., *Dal diritto di vivere al diritto di morire*, Torino, 2008, Giappichelli, p. 31.

¹⁴ MAGRO M.B., *Eutanasia e diritto penale*, cit., pp. 133 ss.

L'eutanasia passiva consiste nel lasciar morire, configurando la morte come esito di una patologia di cui il medico ha permesso l'evoluzione senza, dunque, impedirne le conseguenze. In maniera estremamente sintetica si intende la morte dell'interessato a seguito della sospensione del trattamento sanitario, anche nel caso in cui porti alla dipartita stessa.

Per contro, l'eutanasia attiva si configura mediante l'uccisione del soggetto. Si tratta di un'azione che va letta nei termini della causazione materiale, quindi il caso in cui la fine della vita del malato o l'accelerazione verso la sua dipartita dipendono dall'azione del medico o di altro soggetto.

Entrambe le forme possono essere consensuali o non consensuali. L'eutanasia attiva non consensuale è l'unica ipotesi riconducibile allo schema dell'omicidio doloso. Al contrario, ove il consenso della persona offesa possa ritenersi valido, l'eutanasia attiva consensuale integrerà gli estremi della fattispecie di omicidio del consenziente di quel soggetto che al momento del fatto fosse capace di autodeterminarsi.

Il riferimento all'eutanasia passiva non consensuale porta alle ipotesi in cui un soggetto, in una condizione di salute grave o terminale, non sia in grado di esprimere alcun consenso circa il rifiuto delle cure o la continuazione del trattamento terapeutico. Affinché si possa attribuire liceità alla condotta omissiva, quindi alla sospensione del trattamento terapeutico, è necessario stabilire se la vita biologica sia autonoma ed eventualmente sostenuta e aiutata dai macchinari appositi, oppure se la stessa sia solo il risultato dell'attività della macchina, in quanto non sussiste alcuna forma di vita autonoma ma solo provocata.

Ovviamente l'elemento cui occorre fare riferimento per distinguere l'eutanasia attiva da quella passiva, è rappresentato dal tipo di condotta assunta dal soggetto terzo. Il dibattito contemporaneo in merito si concentra sulla condotta del medico: la distinzione tra interruzione di terapie già intraprese e rinuncia dal principio permette di cogliere la caratterizzazione dell'eutanasia passiva nel campo della causalità. È idonea ad essere considerata eutanasia passiva, quindi, la condotta di chi non impedisce l'evento morte, la cui causa è un'omissione, anche quando la condotta è propriamente attiva.

Poiché, parte delle obiezioni all'eutanasia attiva riguardano i possibili abusi di tale pratica ed i criteri in riferimento ai quali il paziente chiede aiuto per morire, è stata data una grande enfasi alla discussione di una possibile regolamentazione giuridica della

erogazione dell'eutanasia. L'intento è quello di mostrare come, fissando precise linee-guida alle quali attenersi, sia possibile predisporre un "servizio medico" efficiente, tanto da convincere anche gli scettici ed i contrari alla pratica.

La classica distinzione tra eutanasia attiva e passiva ha portato a una riflessione che ha condotto all'elaborazione di una complessa teoria che respinge l'eutanasia attiva, ma consente quella passiva e che si fonda sul divieto di togliere la vita a un essere umano secondo il principio di indisponibilità della vita umana.

3. Le fonti sovranazionali

3.1 La Carta Europea dei Diritti dell'Uomo

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea stabilisce all'art.3 che "il consenso della persona interessata deve essere personale, libero e informato", che la giurisprudenza italiana aveva già precisato in precedenza, motivo per il quale sta diventando il parametro per eccellenza delle decisioni della Corte costituzionale¹⁵.

Nell'ambito della giurisprudenza internazionale il *leading case* del filone è sicuramente il caso *Pretty* riguardante una cittadina inglese affetta da SLA, sclerosi laterale amiotrofica, una malattia neurodegenerativa progressiva. La donna, mentalmente lucida ma quasi del tutto fisicamente paralizzata quindi cosciente della propria speranza di vita molto limitata, aveva chiesto di poter decidere come e quando morire con l'aiuto del marito. Le autorità britanniche non appoggiarono la richiesta della donna, la quale si rivolse quindi alla Corte EDU di Strasburgo, lamentando che il suicidio assistito come prospettato dalla legge inglese *Suicide Act* porrebbe in essere in realtà una violazione di diritti contenuti nella CEDU *ex artt.2, 3, 8, 9 e 14*¹⁶. La Corte rigetta il ricorso della signora *Pretty* non riscontrando alcuna inadempienza, in quanto "*no right to die, whether at the hands of a third person or with the assistance of a public authority, can be derived from Article 2 of the Convention*"¹⁷. Nella sentenza viene poi ribadito il principio di sacralità della vita privata, già tutelato dalla Convenzione e ai sensi dell'art.8 della CEDU, ammettendo che le scelte sul fine vita fanno parte a pieno titolo dell'autonomia personale.

¹⁵ BILANCIA P., *Dignità umana e fine vita in Europa*, 7 gennaio 2020, in *Liber Amicorum per Pasquale Costanzo*, pp.6 ss.

¹⁶ *Pretty v. The United Kingdom*, Application no. 2346/02, 29/04/2002, 4th section.

¹⁷ Corte EDU, *Pretty c. Regno Unito*, cit., par.40.

Inoltre la Corte EDU ha stabilito che non sia possibile derivare, dal diritto alla vita *ex art.2 CEDU*, un “diametralmente opposto” diritto alla morte¹⁸. Trovandoci in una situazione di crescente soddisfazione nei confronti della scienza medica e di conseguenza di più lunghe aspettative di vita, la Corte pone in luce la preoccupazione di molte persone nei confronti della possibilità di essere, per così dire, “costrette a vivere” fino alla vecchiaia in condizioni fisiche o mentali seriamente compromesse, “*which conflict with strongly held ideas of self and personal identity*”¹⁹. Su questo piano la Corte non può escludere che ciò rappresenti una violazione del diritto al rispetto della vita privata.

Alla luce delle conclusioni della sentenza, possiamo affermare che c’è compatibilità tra la CEDU e la normativa inglese, ma al tempo stesso la decisione di Strasburgo dà segnali di apertura, dal punto di vista interpretativo, in merito al tema della qualità della vita e quindi ad una possibile tutela *ex art. 8*²⁰.

Dopo il 2002, la Corte EDU è stata più volte chiamata a pronunciarsi in materia di fine vita ma con riguardo a casi totalmente differenti dal caso *Pretty*.

Nel 2011 la Corte si è occupata del caso *Haas c. Svizzera*: un cittadino svizzero affetto da malattia psichiatrica chiedeva di porre fine alla propria vita in maniera dignitosa mediante l’assunzione di una dose letale di pentobarbitale sodico, tuttavia non riusciva a ottenere da alcun operatore sanitario la necessaria prescrizione medica. Prima di ricorrere alla Corte EDU, l’uomo aveva già tentato due volte il suicidio senza mai giungere al consenso degli psichiatri per il drammatico obiettivo, per questo rivendicava il suo diritto all’autodeterminazione lamentando la mancanza di giustificazioni tali da parte della sanità pubblica che impedissero il rilascio del pentobarbitale. La similitudine con il caso *Pretty* è da rinvenire in ciò che la Corte afferma in merito all’art.8 della Convenzione, perché ogni soggetto deve avere il diritto di decidere quando e in che modo porre fine alla propria vita. Tuttavia, a differenza della signora *Pretty*, il signore *Haas* poteva uccidersi *manu propria* senza l’aiuto di nessuno perché non era impossibilitato fisicamente dalla malattia. Quindi, nella fattispecie in esame ci si chiede se esista comunque l’obbligo positivo per lo Stato di assumere le misure necessarie a permettere un suicidio dignitoso. Per la Corte le autorità svizzere non hanno violato alcun obbligo, perché hanno agito

¹⁸ Corte EDU, *Pretty c. Regno Unito*, cit., par. 39.

¹⁹ Corte EDU, *Pretty c. Regno Unito*, cit., par. 65.

²⁰ BIFULCO R., *Esiste un diritto al suicidio assistito nella CEDU?*, in *Quaderni costituzionali*, 1/2003, pp. 167 ss.

correttamente nei confini del margine di apprezzamento loro concesso in materia di aiuto al suicidio²¹.

Dai casi analizzati, può desumersi una compatibilità anche tra la giurisprudenza della Corte EDU e quella della nostra Corte costituzionale: la Corte EDU ha posto la sua attenzione al diritto alla vita, all'identità e alla dignità come affermato negli strumenti internazionali ed europei sui diritti umani fondamentali di cui anche il nostro Paese è parte contraente.

3.2 La Convenzione di Oviedo

Il primo strumento giuridico internazionale volto a sostenere la dignità, i diritti e le libertà dell'essere umano contro ogni abuso della biologia e della scienza medica, ponendo in primo piano la necessità del rispetto della persona e del suo consenso informato, è la celebre Convenzione di *Oviedo*. La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, firmata a *Oviedo* il 4 aprile 1997, riconosce una serie di diritti fondamentali "che costituiscono un *corpus* giuridico coerente"²² nel panorama del diritto comune europeo. Tuttavia, non si tratta di una Convenzione rivolta solo agli Stati dell'Unione europea bensì anche agli altri, di modo da accomunare quanti più Paesi possibili nella realizzazione di una bioetica comune²³. Ciò che caratterizza la problematicità di arrivare a un consenso unitario tra i diversi Paesi è il fatto che si tratti di temi che coinvolgono valori morali, religiosi e culturali.

Il diritto a non essere sottoposto a trattamenti sanitari contro la propria volontà è implicitamente riconosciuto dall'art.5 della Convenzione di Oviedo sulla biomedicina, adottata dal Consiglio d'Europa, nonché dall'art.3 della CEDU.

La problematicità del termine eutanasia risiede nel significato assunto nella società odierna, distinguendosi l'eutanasia volontaria, involontaria e non volontaria. La volontarietà denota l'intenzione del paziente: è il malato stesso a chiedere in modo libero e consapevole la sospensione della sua vita. L'eutanasia non volontaria è quella attuata su pazienti che non sono in grado di farne richiesta perché incapaci di intendere e di

²¹ *Haas c. Svizzera*, n. 31322/2007, par.51 ss.

²² Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica su "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina" (Consiglio d'Europa), 21 febbraio 1997, in www.bioetica.governo.it, p. 12.

²³ PICIOCCHI C., *La Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina: verso una bioetica europea?*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2001, anno III, pp. 3 ss.