

La Corte europea dei diritti dell'uomo: interruzione del trattamento di sostegno e miglior interesse del paziente incapace ad esprimere il consenso. Il caso *Charlie*

di *Rosario Andrea Mirante*

Sommario: 1. Il fatto. – 2. Le decisioni delle Corti domestiche. – 3. La decisione della Corte dei diritti dell'uomo. – 4. Alcune considerazioni comparatistiche. Il caso Englaro e Tony Bland.

1. Il fatto

Lo scorso 28 giugno la Corte dei diritti dell'uomo di Strasburgo ha rigettato il ricorso promosso da *Christopher Gard* e *Constance Yates* avverso la decisione delle Corti anglosassoni, che avevano statuito in merito all'opportunità di proseguire il trattamento terapeutico per il sostentamento del figlio.

Charles Gard nacque il 4 agosto del 2016 apparentemente in buone condizioni di salute. Successivamente, il personale medico osservò che il neonato non acquisiva peso e presentava un'attività cardiaca letargica e debole. In ragione di tali condizioni venne trasferito presso il *Great Ormond Street Hospital*. Da subito il personale medico, a seguito di un'indagine clinica, riconobbe una rara forma di malattia mitocondriale nota come sindrome da deplezione del DNA mitocondriale. La patologia è causata da una mutazione di un gene chiamato RRM2B. La mutazione porta al deterioramento e alla morte delle cellule in ragione dell'assenza o del mal funzionamento dei mitocondri. Nei mesi successivi le condizioni divennero sempre più drammatiche: sin da subito, infatti, è stato necessario il sostegno di un respiratore per la ventilazione artificiale. Gradualmente *Charlie* perse la capacità di muovere braccia e gambe, inoltre, nel tempo anche la capacità di tenere gli occhi aperti risultò sostanzialmente limitata. La situazione era, altresì, aggravata da una persistente encefalopatia, tale da non permettere di esternare i più normali segnali di attività cerebrale: non manifestava alcuna forma di reattività con l'esterno, interazione o pianto. Infine, si osservava già nei primi mesi di vita che il bambino era affetto da sordità e attacchi epilettici.

A fronte di questo quadro clinico, venne comunicato ai genitori di *Charlie* la possibilità di esperire una terapia sperimentale, detta *nucleoside treatment*, usata su pazienti affetti da una patologia mitocondriale, derivante da una mutazione del gene TK2. Il medico specialista Dr. I., esperto di neurologia presso un centro medico in USA, spiegò ai genitori di *Charlie* che non vi era nessuna evidenza che dimostrasse benefici sui pazienti affetti da malformazione del gene TK2, né erano

conosciuti casi di somministrazione di detta terapia a pazienti affetti da mutazione del gene RRM2B.

Nel gennaio 2017 si decise di adottare tale terapia sperimentale presso l'ospedale dove è ricoverato *Charlie*, in UK, e si fissò un incontro presso la commissione etica al fine di autorizzare il trattamento sperimentale. Prima della riunione presso la commissione, le condizioni di *Charlie* peggiorarono drasticamente a seguito di nuovi attacchi epilettici tali da aggravare lo stato della encefalopatia che già lo affliggeva. Sulla scorta del peggioramento clinico, il personale medico informò i genitori di *Charlie*, che il trattamento pianificato sarebbe stato inutile e avrebbe solo prolungato lo stato di sofferenza di *Charlie*. La stessa opinione fu poi confermata da un team di specialisti, interrogati dal personale medico curante e riunitesi a Barcellona per analizzare il caso.

2. Le decisioni delle Corti domestiche

A seguito del quadro sanitario esposto, il *Great Ormond Street Hospital* adì l'Alta Corte di Londra al fine di permettere l'interruzione della ventilazione artificiale. L'istanza fu opposta dai genitori di *Charlie*, i quali sollevarono anche la questione del trattamento proposto e mai eseguito. Nel corso dell'istruttoria l'Alta Corte sentì diversi esperti tra cui i medici e gli infermieri dell'ospedale e il Dr. I. Quest'ultimo espose dagli USA per via telefonica le proprie valutazioni cliniche in merito al *nucleoside treatment*. Gli specialisti del *Great Ormond Street Hospital* chiarirono all'unanimità che non vi era più alcun trattamento praticabile per *Charlie*, tale da poter migliorare lo stato corrente. L'opinione più rilevante è stata offerta dalla specialista in malattie mitocondriali dello stesso ospedale. La dottoressa ha ribadito che il tentativo di esperire il trattamento sperimentale difficilmente avrebbe portato a ottenere benefici per *Charlie*, attesa l'irreversibilità dei danni cerebrali e la speranza di vita che si prospettava all'epoca dai sei ai nove mesi. Aggiunse, inoltre, in merito alle cure prospettate dal Dr. I., che entrambi erano d'accordo sull'alta probabilità di insuccesso del trattamento, ma che le due prospettazioni avevano una diversa impostazione deontologica e filosofica, tipica di due culture in parte divergenti: "*she tried to have the child at the centre of her actions and thoughts whereas in the United States, provided there is funding, they will try anything*". In questo contesto si scorge l'elemento centrale del dibattito, ossia l'accanimento terapeutico che sarà successivamente oggetto del vaglio della Corte dei diritti dell'uomo.

Successivamente sono stati, altresì, sentiti i genitori di *Charlie* che hanno espresso il loro dissenso all'interruzione della ventilazione artificiale e hanno specificato che *Charlie* dava loro segnali vitali e intellettivi inequivocabili.

Al fine di offrire una espressione processuale a *Charlie*, la Corte ha nominato un rappresentante che potesse esprimersi nel suo esclusivo interesse e indipendentemente dal coinvolgimento emotivo dei genitori. Innanzi all'Alta Corte londinese il rappresentante di *Charlie* ha manifestato che non era nel miglior interesse di *Charlie* sottoporlo ad un viaggio in aereo verso gli Stati Uniti, con la

prospettiva certa di acuire la sua sofferenza senza una reale e concreta prospettiva di miglioramento delle condizioni di vita.

In data 11 aprile 2017 l'Alta Corte accolse l'istanza della parte proponente e rilevò che la decisione doveva essere presa nell'esclusivo interesse del minore, pur nel coinvolgimento dell'opinione dei genitori e nel rispetto prioritario del bene della vita. La Corte accertò che il personale medico, coinvolto nelle cure di *Charlie*, era unanime nel ritenere che il trattamento sperimentale risultava inutile e avrebbe potuto causare ulteriori pene. Il team medico, infatti, dichiarò che la situazione clinica del paziente era già causa di sofferenza, anche se il bambino non era capace di comunicare tale esperienza, perché ormai inabile ad esternare reattivamente il dolore percepito.

In ragione delle sofferenze prolungate e irreversibili a cui era sottoposto *Charlie*, l'Alta Corte di Londra accolse l'istanza proposta dal ricorrente, ossia dispose la cessazione dei trattamenti necessari per tenere in vita il paziente, quale unica decisione nel migliore interesse di *Charlie*.

Christopher Gard e Constance Yates appellarono la decisione, ritenendo che la motivazione risultava viziata, laddove non prendeva concretamente in considerazione la possibilità di sottoporre il minore ad un trattamento sperimentale. In particolare i difensori appellanti argomentarono, sulla base di una precedente giurisprudenza (*Re King*, EWHC, 2014, 2964 (fam.)), che il trattamento richiesto dai genitori doveva essere negato solo se la sua esecuzione potesse portare un significativo nocumento al minore. Nel caso di specie, invece, la Corte aveva accolto l'istanza di interruzione di una terapia che i medici dell'ospedale avevano proposto, ma non avevano più intenzione di eseguire. Per tale ragione l'autorità giurisdizionale non avrebbe potuto sostenere tale posizione giuridica, perché contraria a quanto statuito precedentemente dalla stessa Corte. Inoltre, la parte appellante riteneva che il presupposto su cui è fondata la decisione di prime cure del c.d. "*best interest*", oltre ad essere contrario al presupposto di origine giurisprudenziale del "*significant harm*" è altresì confliggente con l'art. 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo, quale ingiustificata interferenza all'esercizio del diritto alla vita familiare. Infine i difensori argomentarono che la decisione di primo grado avrebbe violato l'art. 2 e 5 della Convenzione, limitando gravemente il diritto alla vita e alla libertà del minore.

La Corte d'Appello si uniformò alla statuizione di prime cure e rigetto l'appello ritenendo sufficientemente motivato il provvedimento impugnato. In particolare la Corte sostenne che, effettivamente, il *nucleoside treatment* non avrebbe sortito probabilmente nessun effetto, né avrebbe migliorato lo stato di benessere del bambino; atteso che le dichiarazioni dei professionisti avevano accertato all'unanimità l'inutilità dell'intervento e l'alto rischio di esporre il bambino ad eccessive sofferenze, se si fosse proceduto al trasferimento in una clinica in America. Infine la Corte valutò che la decisione di mantenere in vita *Charlie* attraverso il sistema di ventilazione e di sostentamento artificiale non era in linea con il suo miglior interesse, perché avrebbe causato un danno significativo al

paziente. Per queste ragioni il trattamento in essere, secondo la Corte d'Appello, non poteva essere proseguito, perché contrario al miglior interesse di *Charlie*.

Dello stesso tenore risultò poi la motivazione della Suprema Corte che rigettò la successiva impugnazione della sentenza espressa dalla Corte d'Appello. In particolare seguì l'approccio del miglior interesse per *Charlie* e rilevò che, anche qualora si dovesse scegliere in base all'approccio del c.d. "*significant harm*", si dovrebbe affermare che il trattamento di sostegno vitale per *Charlie* è causa di inutili pene senza alcuna prospettiva concreta di miglioramento. Inoltre, in relazione alla violazione dell'art. 8 della Convenzione EDU, la Corte Suprema ha riconosciuto che, quando è in gioco il miglior interesse del minore, gli interessi dei genitori devono essere subordinati all'interesse prevalente del bambino.

3. La decisione della Corte dei diritti dell'uomo

Sulla scorta delle decisioni delle Corti anglosassoni, che si sono espresse in modo uniforme in tre gradi di giudizio, i genitori di *Charlie* hanno adito la Corte europea dei diritti dell'uomo, sia nei loro interessi che negli interessi del minore lamentando la violazione degli artt. 2 e 5 della Convenzione, oltre che degli artt. 6 e 8 della stessa.

In punto di valutazione in merito alla violazione degli artt. 2 e 5 della Convenzione i ricorrenti hanno espresso che l'interruzione del trattamento di respirazione e idratazione artificiale sarebbe una grave violazione del diritto alla vita e alla libertà di *Charlie*.

La Corte ha valutato e motivato, in via preliminare, sulla legittimazione processuale dei familiari di *Charlie* a sollevare le questioni contenute nei ricorsi. E in particolare la Corte ha provveduto per l'inammissibilità dei rispettivi ricorsi, in quanto i ricorrenti non sono legittimati ad agire in relazione alla violazione degli artt. 2, 5 e 8 e di conseguenza, anche in relazione all'art. 6, in quanto relativo ai difetti di motivazione sulle doglianze già espresse nei gradi di merito e di legittimità con riferimento ai suddetti articoli della Convenzione. La Corte di Strasburgo ha fondato la propria decisione su precedenti applicazioni dell'art. 2, in combinato disposto con l'art. 34 della Convenzione. Secondo tali disposizioni solo la vittima della violazione della Convenzione può adire la Corte lamentando l'illegittimità. In questa prospettiva la Corte aveva già espresso nel caso *Lambert and Others vs France* che terze parti con legami familiari potessero azionare il procedimento di tutela dei diritti della Convenzione, ma solo nel caso i cui un intervento intempestivo potesse recare un sostanziale diniego del diritto della Convenzione ed in assenza di interessi in conflitto con la vittima. In applicazione di tali criteri la Corte ha negato la legittimità dei genitori di agire in nome e negli interessi di *Charlie*. Infatti, la Corte ha riconosciuto che il caso *de quo* è di particolare delicatezza, in quanto il minore non può esprimere in nessun modo il proprio punto di vista. Tali condizioni possono essere foriere di deprivazione di un'effettiva tutela dei diritti della Convenzione. Tuttavia, ha osservato la Corte, nel corso dei processi presso le Corti interne è stato nominato un c.d. *guardian*, ossia

un rappresentante che potesse rappresentare la voce del minore in modo indipendente e professionale. La Corte concluse sul punto che, in ragione della nomina di un rappresentante nel corso dei processi domestici, il rischio di impedire ogni effettività ai diritti di *Charlie* sono stati minimizzati il più possibile. Inoltre, precisò la Corte, i ricorrenti sono portatori di interessi confliggenti con quelli di *Charlie*, circostanza evidenziata con il rigetto delle loro istanze nelle more del processo di primo grado. La Corte ha, tuttavia, proceduto ad analizzare le questioni sostanziali che, nel caso di specie, sono state rilevate, atteso che le parti ricorrenti ne hanno dato rilievo quale espressione di un diritto proprio e quindi degno di tutela in quanto tale e non solo quale unico diritto di *Charlie*.

Sotto il profilo sostanziale e in punto di interruzione del trattamento di ventilazione ed aspirazione, la Corte ha ricordato come siano tre gli elementi ricorrenti che, se sussistenti, determinano la legittimità dell'operazione interruttiva: la Corte deve, infatti, procedere alla verifica dell'esistenza di una struttura normativa domestica compatibile con l'art. 2 della Convenzione, accertare che le Corti interne abbiano preso in considerazione le opinioni di persone vicine al paziente e del personale medico e, nei casi di incertezza scientifica, verificare la rispondenza del provvedimento al miglior interesse del paziente (*Lambert and Others*). Sul tema dell'interruzione di forme di sostegno artificiale le legislazioni degli Stati membri hanno al loro interno discipline eterogenee, tanto che la maggior parte degli Stati rifiutano di riconoscere un vero e proprio diritto all'interruzione delle cure. In questo contesto la Corte si limitò a specificare che ciascuno Stato ha un margine di apprezzabilità nel bilanciare il diritto alla vita, il diritto alla vita privata e all'autonomia personale, riservandosi tuttavia il potere di verificare il rispetto degli obblighi imposti dall'art. 2 della Convenzione. Nel caso di specie la Corte ha identificato l'esistenza una normativa domestica di disciplina dell'interruzione del sostegno respiratorio compatibile con l'art. 2 della Convenzione, già considerata adeguata in casi precedenti (*Glass vs the United Kingdom* n. 61827/00). La Corte ha, inoltre, appurato che al fine di decidere sull'opportunità di interrompere il sostegno alla respirazione sono stati previamente sentiti le persone vicine al minore e il personale medico. Rilevato che i ricorrenti non hanno lamentato di non essere debitamente sentiti, la Corte aggiunse che tale rilievo è importante: sia in funzione della legittimità dell'interruzione del trattamento, e quindi in punto di violazione di cui all'art. 2 della Convenzione, sia con riferimento alle doglianze espresse rispetto alla violazione dell'art. 8. Con riferimento al rispetto del diritto alla vita e alla necessità di sentire le opinioni delle persone vicine al paziente e del personale medico, i Giudici di Strasburgo sottolinearono come l'Alta Corte, che ha dato luogo al primo provvedimento, ha ascoltato i genitori di *Charlie* e ha nominato un rappresentante che potesse esprimere un'opinione indipendente nel diretto interesse del minore e ha sentito tutto il personale medico che, operante all'interno della clinica ospedaliera e all'esterno della stessa, fosse stato in qualunque modo coinvolto con il caso in parola. Per tali ragioni anche il secondo requisito richiesto dalla giurisprudenza della Corte Edu è stato soddisfatto. Infine, in relazione al terzo

elemento, le Corti domestiche avrebbero rispettato la suddetta condizione, in quanto *Great Ormond Street Hospital* ha intentato il ricorso presso l'Alta Corte londinese secondo la normativa vigente, presso una giurisdizione competente al fine di ottenere una decisione appropriata.

Anche per tali ragioni il ricorso avente ad oggetto la violazione dell'art. 2 della Convenzione è stato giudicato infondato.

In merito alle doglianze di cui all'art. 5 della Convenzione la Corte rilevò che i ricorrenti non hanno specificato sotto quale profilo lamentarono una violazione del trattato. Inoltre, non si rilevarono riferimenti alla casistica giurisprudenziale della Corte di Strasburgo, tali da poter fondare le pretese proposte in relazione all'articolo indicato. D'altra parte la Corte osservava, che in un precedente giurisprudenziale (*Nielsen vs Denmark* n. 10929/84) la stessa aveva constatato, che il trattamento sanitario di un minore non viola l'art. 5 della Convenzione, in quanto le condizioni del paziente non differivano da quelle in vigore in ospedali dove sono trattati minori con disfunzioni fisiche. È stato riconosciuto, peraltro, l'esistenza di un *domestic legal framework* legittimo per l'uso di trattamenti a sostegno della respirazione: è, infatti, prevista la possibilità di denunciare eventuali illecità presso le Corti interne ed è riconosciuto un adeguato meccanismo di rappresentanza al fine di valutare le eventuali doglianze in relazione alla violazione dei diritti della Convenzione. Per tali ragioni anche le doglianze sofferte ai sensi dell'art. 5 della Convenzione sono state considerate manifestamente infondate.

Infine la Corte passò al vaglio delle trasgressioni, denunciate dai ricorrenti, degli artt. 6 e 8 della Convenzione. Le doglianze di cui all'art. 6 della Convenzione, invero, sono ricollegate a quelle di cui all'art. 8 della Convenzione, in quanto le considerazioni avverso la legittimità della decisione riguarda esclusivamente il diritto alla vita privata e familiare. Sotto questo profilo, è stata richiamata la giurisprudenza che si è occupata del conflitto tra l'opinione dei familiari in merito a determinate opzioni mediche da applicare al minore e le valutazioni divergenti del personale medico. In questi casi la Corte di Strasburgo ha riconosciuto che ciascuno Stato ha un certo margine di apprezzabilità, che comunque deve avere primaria considerazione dell'interesse del bambino. Nel caso di specie è stato richiesto di esaminare il diritto al rispetto della vita privata e familiare, non già rispetto al punto di osservazione del minore, bensì con riguardo all'esclusivo interesse dei genitori. Come è stato qui esposto la questione è da analizzare con riferimento alle relazioni familiari, ossia riguardo al rapporto intercorrente tra *Charlie*, sul cui interesse deve essere fondata la decisione della Corte, e il rispetto dell'art. 8 della Convenzione. In altri termini si pone la questione se è inquadrabile la violazione dell'art. 8 prospettata dai familiari del paziente, nel cui interesse la decisione deve essere presa. È noto che vi è violazione del rispetto della vita privata e familiare, laddove l'ingerenza dell'autorità pubblica non sia prevista dalla legge (*accordance with the law*) quale misura necessaria in una società democratica per uno delle finalità descritte dall'art. 8 comma 2 della Convenzione.

Nonostante i ricorrenti non abbiano rilevato violazioni del *legal framework in place*, la Corte ha richiamato una precedente conclusione:

“Firstly, the regulatory framework in the respondent State is firmly predicated on the duty to preserve the life of a patient, save in exceptional circumstances. Secondly, that same framework prioritises the requirement of parental consent and, save in emergency situations, requires doctors to seek the intervention of the courts in the event of parental objection. It would add that it does not consider that the regulatory framework in place in the United Kingdom is in any way inconsistent with the standards laid down in the Council of Europe’s Convention on Human Rights and Biomedicine in the area of consent; nor does it accept the view that the many sources from which the rules, regulations and standards are derived only contribute to unpredictability and an excess of discretion in this area at the level of application”. (in *Glass*)

In altri termini, la Corte ha espresso una valutazione di conformità del sistema normativo che disciplina il consenso nel più generale settore della biomedicina con il diritto della Convenzione. Nel caso di specie, inoltre, la Corte ha chiarito che il sistema normativo *de quo* è legittimo in quanto sussumibile nel dettato di cui al comma 2 dell’art. 8 e cioè “per la protezione della salute o della morale” e “per la protezione dei diritti e delle libertà” del minore.

In conclusione sul punto, atteso che la *ratio* dell’art. 8 della Convenzione è da riscontrare nella tutela dell’individuo avverso le azioni arbitrarie da parte della pubblica autorità, la Corte ha riconosciuto la legittimità della normativa che disciplina la circostanza dell’assenza di consenso nella scelta del trattamento da eseguire sul minore. Le autorità domestiche, infatti, hanno un margine di apprezzabilità in questi ambiti. Inoltre, nel caso trattato, è emerso che le autorità hanno dato l’opportunità a tutte le persone interessate di esprimere il proprio punto di vista, dando un peso significativo all’opinione di ciascuno. In questo contesto è stato possibile formulare un giudizio di legittimità non già della valutazione sostanziale accolta dalle Corti interne, bensì con riferimento all’esercizio del proprio potere discrezionale, che la Convenzione non regola in modo stringente, lasciando ai singoli Stati membri una certa autonomia discrezionale. Nell’esaminare la decisione accolta dalle Corti domestiche i Giudici di Strasburgo hanno osservato che le singole decisioni sono state meticolose ed esaustive, in quanto i singoli interessati alla decisione, e cioè il personale medico, gli esperti e i genitori, sono stati debitamente rappresentati. Inoltre le decisioni sono state fondate su evidenze scientifiche di esperti, dopo aver preso in considerazione ciascun argomento sollevato dalle personalità interrogate. Per tali ragioni non è emerso alcun elemento che giustifichi un giudizio di arbitrarietà dei provvedimenti accolti nelle Corti domestiche, così come non ha trovato riconoscimento l’ipotesi di interferenza illegittima formulata dagli istanti.

A maggioranza la Corte ha dichiarato l’inammissibilità del ricorso.

4. Alcune considerazioni comparatistiche. Il caso Englaro e Tony Bland

Il caso ora esposto presentata talune analogie con un noto caso che ha interessato la giurisprudenza italiana: il caso di Eluana Englaro. In questo giudizio, diversamente da quanto avvenuto precedentemente, l'interruzione della ventilazione e alimentazione artificiale è stata richiesta dal tutore e autorizzata in via giudiziaria, trovandosi la paziente da diversi anni in stato vegetativo e non avendo sottoscritto un testamento biologico. Si tratta, infatti, di una forma di presunzione del consenso a terminare le misure di sostegno alla vita della paziente. In questo contesto la Corte di Cassazione civile del 2007 permise che il tutore decidesse nell'interesse della figlia e in sua rappresentanza¹. Si rileva che vi è una linea di continuità tra il caso Englaro, pur non menzionato dalla Corte dei diritti dell'uomo, e il caso *Charlie*, laddove emerge la capacità di un terzo di stabilire in forma di rappresentanza le condizioni d'inaccettabilità della sopravvivenza altrui. Il rappresentante nominato dall'Alta Corte londinese non si esprime in termini di presunzione del consenso, ma più in generale (*rectius*: in senso più oggettivo) secondo il già esposto parametro del *best interest*.

Esiste un omologo inglese del caso Englaro ed è il caso di *Tony Blond*, giovane di diciassette anni rimasto schiacciato dalla folla nella nota tragedia di *Hillsborough*. A seguito di questo incidente *Tony Blond* si trovò in stato vegetativo per tre anni. La vertenza arrivò innanzi alla *House of Lords*, organo giudiziario di legittimità prima della riforma costituzionale del 2005, la quale dichiarò che il mantenimento del sostegno alla sopravvivenza per mezzo di una sonda gastrica non era nel miglior interesse di *Tony Blond*². Ora, autorevole dottrina, ha di recente rilevato una profonda vicinanza tra il *best interest* con il concetto, noto alla cultura giuridica tedesca dai tempi di *Karl Binding*, di "vita che non merita di essere vissuta", fondamento del programma di eutanasia del nazionalsocialismo. *Binding* voleva affidare la determinazione del *best interest* ai parenti del paziente e a una Commissione per decidere se porre fine all'esistenza di portatori di malattie particolarmente invalidanti, anche di tipo meramente psichiatrico. I casi di Englaro, *Tony Blond* e *Charlie* attengono a un ambito ben diverso da quelli prospettati da *Binding* e cioè si riferiscono a situazioni di sopravvivenza vegetativa che non può che costituire una situazione di notevole rilievo³. È tuttavia innegabile che il caso

¹ Cass. Civ., Sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748.

² Rileva all'interno della motivazione l'importanza fondamentale del c.d. "*best interest*", che come espresso informa tutti i tre gradi di giudizio che hanno interessato il caso *Charlie*, così come la decisione della Corte dei diritti dell'uomo.

³ DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *penale contemporaneo.it*, pag. 13. L'articolo fonda la sua disamina sulla necessità di valorizzare il diritto all'interruzione delle cure, quale mezzo per dare riconoscimento ad un vero e proprio diritto di morire: quale, appunto, diritto infelice. L'autore prospetta *de iure condendo* il riconoscimento della dignità della vita quale limite alla tutela della vita stessa, derivandone l'esigenza che il Legislatore stabilisca i limiti entro i quali lo stesso titolare del bene sia autorizzato a chiedere – anche anticipatamente – a terzi un intervento a tutela della propria dignità, al fine di raggiungere la liberazione da un male insopportabile.

esposto rappresenta un ulteriore passaggio verso una sostanziale oggettivazione delle valutazioni riguardo la terminazione della vita altrui, aldilà della reale volontà del titolare del bene giuridico.

Il caso ora in commento, a parere di chi scrive, segna un nuovo passo avanti, se non una vera e propria evoluzione della giurisprudenza europea emersa sino ad ora, perché, come più volte rilevato dalla Corte, nel caso di specie *Charlie* non è mai stato in grado di poter esprimere, anche solo indirettamente, il proprio consenso, né è stato possibile derivare convincimenti etici, religiosi, culturali e filosofici che ne orientavano il comportamento o lo stile di vita, tanto da poter ipotizzare che non avrebbe prestato il suo consenso alla continuazione del trattamento⁴. L'ovvia constatazione potrebbe, tuttavia, avere un effetto significativo se inserito nel contesto giurisprudenziale del nostro paese, ove per giustificare l'interruzione dell'alimentazione e ventilazione artificiale, si riconduce la soluzione ad una prospettiva soggettiva al fine di ritenere sussistente la scriminante dell'adempimento di un dovere o esercizio di un diritto che, per la sua applicazione, richiede il consenso del paziente quale espressione del diritto al rifiuto delle cure espresso dal secondo comma dell'art. 32 della Costituzione.

⁴ Così la Corte di Cassazione civile, sez. I, n. 21748 del 2007 statui che, su istanza del tutore, il giudice può autorizzare l'interruzione del trattamento del paziente in stato vegetativo irreversibile.