NOMOS
Le attualità nel diritto

Quadrimestrale di Teoria generale,
Diritto pubblico comparato e Storia costituzionale

GIULIASERENA STEGHER*

AUTODETERMINAZIONE E FINE VITA A STRASBURGO: IL RECENTE «APPRODO» DI KARSAI C. UNGHERIA NELL'EVOLUZIONE DELLA GIURISPRUDENZA CEDU**

Abstract [It]: Il contributo esamina la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo *Karsai c. Ungheria*, collocandola nel quadro dell'evoluzione giurisprudenziale in materia di fine vita. L'analisi muove dal «mosaico normativo» comparato che fa da sfondo alla vicenda, per poi ricostruire i contenuti della sentenza nei suoi profili essenziali: l'assenza di un diritto convenzionale alla morte medicalmente assistita, l'ampio margine di apprezzamento riconosciuto agli Stati in ragione della persistente mancanza di *consensus* europeo, la distinzione dogmatica tra rifiuto di trattamenti salvavita e morte medicalmente assistita, nonché la clausola evolutiva del § 167, che segnala la possibilità di una futura contrazione del margine di apprezzamento qualora la tendenza alla decriminalizzazione dovesse consolidarsi.

Abstract [En]: This article examines the European Court of Human Rights' judgment in *Karsai v. Hungary*, situating it within the evolution of the Court's end-of-life jurisprudence. The analysis proceeds from the comparative normative framework against which the case unfolds, reconstructing the judgment's key findings: the absence of a Convention right to physician-assisted dying, the wide margin of appreciation accorded to states in view of the persistent lack of European consensus, the doctrinal distinction between the refusal of life-sustaining treatment and physician-assisted dying, and the evolutionary clause of § 167, which signals the possibility of a future narrowing of the margin should the trend towards decriminalisation consolidate.

Parole chiave: Fine vita, Autodeterminazione, Margine di apprezzamento, *Consensus* europeo, Corte europea dei diritti dell'uomo.

Keywords: End-of-life, Self-determination, Margin of Appreciation, European consensus, European Court of Human Rights.

SOMMARIO: 1. Sull'evoluzione giuridica dell'autodeterminazione nel fine vita: un mosaico normativo in continua trasformazione. – 2. La parabola della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo: dal caso *Pretty* al caso *Mortier*. – 3. L'ultimo tassello in ordine di tempo: *Karsai* c. Ungheria. – 3.1. La vicenda all'origine e l'ammissibilità. – 3.2. I contenuti della sentenza. – 4. Riflessioni conclusive sull'apparente approccio conservativo della Corte.

* Ricercatrice *tenure track* in Diritto pubblico comparato – Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.
** Contributo sottoposto a *peer review*.

ISSN 2279-7238

1. Sull'evoluzione giuridica dell'autodeterminazione nel fine vita: un mosaico normativo in continua trasformazione

Il dibattito giuridico sul fine vita ha conosciuto, negli ultimi anni, una rinnovata attenzione nel contesto europeo. Tale evoluzione si è manifestata sia attraverso interventi legislativi sia mediante pronunce giurisdizionali di particolare rilevanza[1].

Se si volesse condurre un'indagine comparatistica in materia, la stessa restituirebbe un'immagine caratterizzata da una particolare complessità e da una stratificazione normativa. Proprio l'esame degli ordinamenti giuridici contemporanei consente di evidenziare una poderosa eterogeneità di approcci regolatori, che spaziano dalla criminalizzazione *tout court* di ogni forma di eutanasia e di aiuto al suicidio, alla depenalizzazione condizionata di specifiche condotte, fino al riconoscimento legislativo espresso di forme di morte medicalmente assistita[2]. Ciò riflette non solo le diverse sensibilità culturali e le differenti tradizioni giuridiche, ma anche modalità eterogenee di bilanciamento tra i principi fondamentali coinvolti: dalla tutela della vita come bene che l'ordinamento è chiamato a proteggere, al rispetto dell'autonomia individuale, fino alla garanzia della dignità umana nelle sue molteplici declinazioni[3]. Si potrebbe parlare, in questa prospettiva, di un vero e proprio mosaico normativo in continua evoluzione, in cui ogni ordinamento rappresenta una combinazione differente di elementi comuni – quali il ruolo

[1] In questo ambito, si riscontra una significativa interazione e una reciproca contaminazione tra formante legislativo e giurisprudenziale, dove le pronunce delle Corti hanno spesso stimolato l'intervento dei legislatori nazionali, mentre le scelte normative di alcuni ordinamenti hanno influenzato l'elaborazione giurisprudenziale in altri sistemi giuridici. In questo modo, si è andato creando un circolo virtuoso di contaminazioni che ha contribuito all'evoluzione complessiva della tutela dell'autodeterminazione nel fine vita. Più in generale, sul tema dei formanti si v. R. SACCO, *Legal Formants: A Dynamic Approach to Comparative Law,* in *The American Journal of Comparative Law*, col 39, n. 2, 1991, 343 ss; R. SACCO, *Introduzione al diritto comparato*, 5a ed., Utet, Torino, 1992, in ID. (ed.), *Trattato di Diritto comparato*, 17, n. 34. e, più recentemente, R. SCARCIGLIA, *Strutturalismo, formanti legali e diritto pubblico comparato*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2017.

[2] Nel panorama giuridico internazionale, le fattispecie dell'eutanasia e del suicidio assistito risultano legalizzate in un numero estremamente circoscritto di ordinamenti. In particolare, nell'ambito degli Stati membri del Consiglio d'Europa, la morte medicalmente assistita costituisce, nella maggioranza dei casi, una condotta penalmente rilevante. Tuttavia, l'eutanasia ha trovato riconoscimento legislativo esclusivamente in cinque ordinamenti europei: Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo, Spagna e Portogallo. Per quanto concerne il suicidio assistito, questo è stato oggetto di depenalizzazione, pur permanendo il divieto di eutanasia, in Austria, Finlandia, Germania, Liechtenstein, Svezia e Svizzera. Va inoltre rilevato come in ventisette dei quarantasei Stati membri sia consentita, nel rispetto di specifici presupposti normativi, la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale. A seguito degli interventi della Corte costituzionale in materia, l'Italia ha delimitato un'area di non punibilità del reato di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p. al ricorrere di specifici requisiti, senza tuttavia pervenire a una depenalizzazione in senso tecnico né al riconoscimento legislativo di un diritto al suicidio assistito

[3] Sul tema della dignità umana, seppur risalente si v. P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, in R. NANIA-P. RIDOLA (a cura di), *I diritti costituzionali*, I, II ed., Torino, 2006, 3 ss.; P. RIDOLA, *La dignità dell'uomo e il "principio libertà" nella cultura costituzionale europea*, in ID., *Diritto comparato e diritto costituzionale europeo*, Torino, 2010, 77 ss.; C. MCCRUDDEN, *Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights*, in *The European Journal of International Law*, 4, 2008, 655 ss.; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in Aa. Vv., *Studi in onore di Franco Modugno*, IV, Napoli, 2011, 3130 ss.; M. DI CIOMMO, *Dignità umana e Stato costituzionale. La dignità umana nel costituzionalismo europeo, nella Costituzione italiana e nelle giurisprudenze europee*, Firenze, Passigli, 2010; A. PIROZZOLI, *La dignità dell'uomo. Geometrie costituzionali*, Napoli, 2012; V. BALDINI, *La dignità umana tra approcci teorici ed esperienze interpretative*, in Rivista AIC, n. 2, 2013; C. GREWE, *La dignité de la personne humaine dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, in *Revue générale du droit, Etudes et réflexions*, n.3, 2014.

del personale sanitario, i requisiti sostanziali di accesso, le forme di controllo preventivo o successivo –, declinati secondo equilibri peculiari e non sempre riconducibili a un modello unitario[4].

Tuttavia, appare doverosa una distinzione dogmatica fondamentale, che accompagnerà l'intera analisi. Il diritto all'autodeterminazione terapeutica[5] – che include la facoltà del paziente di rifiutare o interrompere trattamenti sanitari, anche salvavita – non implica necessariamente, né sul piano interno né su quello convenzionale, il riconoscimento di un diritto a morire né, tantomeno, di un correlativo obbligo dello Stato di fornire assistenza al suicidio. Su questo elemento vale la pena richiamare la lettura offerta dalla Corte

[4] Nel panorama europeo, alcuni ordinamenti hanno compiuto scelte legislative di segno espansivo quanto al riconoscimento di forme di morte medicalmente assistita. I Paesi Bassi e il Belgio hanno legalizzato tanto l'eutanasia quanto il suicidio assistito sin dal 2002, con discipline che nel tempo si sono estese progressivamente quanto ai soggetti legittimati e alle condizioni di accesso. Ciò ha suscitato un dibattito etico e giuridico tuttora aperto, anche in ragione dell'estensione di tali pratiche a soggetti minori e a pazienti affetti da sole patologie psichiatriche. Il Lussemburgo ha seguito un percorso analogo nel 2009, la Spagna nel 2021 con la *Ley Orgánica* 3/2021 *de regulación de la eutanasia*, il Portogallo nel 2023 con la legge n. 22/2023, dopo un travagliato iter parlamentare segnato da ripetuti rinvii presidenziali al Tribunale costituzionale per indeterminatezza di concetti chiave quali «sofferenza intollerabile» e «lesione definitiva di estrema gravità». In Austria, a seguito della sentenza del *Verfassungsgerichtshof* del 2021, il legislatore ha depenalizzato il suicidio assistito pur mantenendo il divieto di eutanasia. In Germania, il *Bundesverfassungsgericht*, con la pronuncia del 26 febbraio 2020, ha dichiarato incostituzionale il divieto penale dell'assistenza organizzata al suicidio di cui al § 217 StGB, nella misura in cui comprimeva il diritto fondamentale all'autodeterminazione nella scelta della propria morte, imponendo al legislatore di adottare una nuova disciplina. Nel Regno Unito, il *Terminally Ill Adults (End of Life) Bill*, presentato dalla deputata Kim Leadbeater, mira a consentire agli adulti mentalmente capaci, affetti da malattia terminale con aspettativa di vita inferiore a sei mesi, di richiedere assistenza per porre fine alla propria vita nel rispetto di rigorose garanzie procedurali, tra cui la valutazione di due medici indipendenti e l'approvazione dell'*High Court*; il disegno di legge, approvato dalla Camera dei Comuni, non ha potuto essere discusso dalla Camera dei Lord entro i termini della sessione parlamentare e deve pertanto ripercorrere l'intero iter legislativo prima di poter ricevere l'assenso reale. In Francia, il consenso alla base della legge sul fine vita ha trovato radici nei lavori di una *Convention citoyenne sur la fin de vie*, composta da cittadini estratti a sorte, che si è pronunciata in favore di un'apertura normativa. Sicché, dopo un lungo iter, l'Assemblée nationale ha approvato in via definitiva, il 15 luglio 2026, la *proposition de loi relative à la fin de vie*, che introduce un *droit à l'aide à mourir* subordinato a requisiti cumulativi: maggiore età, cittadinanza francese o residenza stabile e regolare, sussistenza di un'affezione grave e incurabile con prognosi vitale impegnata in fase avanzata o terminale, una sofferenza fisica o psicologica refrattaria ai trattamenti o giudicata insopportabile dal paziente, e capacità di esprimere una volontà libera e informata. Anche questo intervento normativo si iscrive tra le riforme non ancora consolidate: il primo ministro Sébastien Lecornu ha difatti annunciato la *saisine* del *Conseil constitutionnel* sul rispetto dei principi di libertà personale e dignità umana quanto alla durata del termine di riflessione (art. 6), alla posizione dei maggiori protetti e al coordinamento tra la clausola di coscienza (art. 14) e gli istituti sanitari dedicati alle cure palliative. Questa tendenza alla progressiva differenziazione normativa tra gli ordinamenti europei – rilevante, come si vedrà, ai fini dell'interpretazione evolutiva della Convenzione operata dalla Corte EDU in *Karsai* – non ha tuttavia condotto al consolidamento di un *consensus* europeo sulla materia, che la Corte di Strasburgo ha escluso anche nella pronuncia in esame. Per un commento al caso inglese si v. P. MURRAY, *Assisted Suicide and the ECHR: Some Further Thoughts* e S. MARTIN, *Differentiation in dying: Can limiting assisted suicide to the terminally ill be justified?*, entrambi in *UK Constitutional Law Association,* consultabili online sul sito https://ukconstitutionallaw.org/. Sulla ricostruzione della vicenda portoghese sia consentito il rinvio a G. STEGHER, *Il formante giurisprudenziale nella costruzione di un ipotetico formante legislativo in tema di fine vita*, in *Nomos*, n.2, 2024, mentre sui lavori della convenzione cittadina francese Id., *La democrazia partecipativa a sostegno della democrazia rappresentativa: quale futuro per la legislazione sul "fine vita" in Francia?*, in *Diritti Comparati*, 1° marzo 2023. Si v. anche G. GIAIMO, *I progetti di legge sull'aiuto a morire in Italia, Inghilterra e Francia: prospettive normative a confronto*, in *BioLaw Journal*, 5 febbraio 2026, 369-88.

[5] La tematica dell'autodeterminazione nelle scelte di fine vita si è progressivamente attestata quale questione paradigmatica nell'evoluzione degli ordinamenti giuridici contemporanei, catalizzando l'attenzione sia dei legislatori nazionali, sia della giurisprudenza dei Tribunali/Corti costituzionali. Inoltre, tale tematica non solo ha alimentato un articolato dibattito nella dialettica politico-istituzionale e nella percezione collettiva dei diritti fondamentali della persona, ma ha parimenti assunto una posizione centrale. Tale centralità si manifesta nella costante tensione tra l'elaborazione normativa, l'interpretazione giurisprudenziale e le istanze emergenti dal tessuto sociale, in un processo di reciproca influenza che evidenzia la natura dinamica e multilivello della regolamentazione del fine vita. Sul punto si v. P. BILANCIA, *Riflessioni sulle recenti questioni in tema di dignità umana e fine vita*, in *Federalismi.it*, n.5, 2019.

costituzionale italiana già nell'ordinanza n. 207/2018 – poi ribadita nella sentenza n. 242/2019 – che ha chiarito come il diritto alla vita precluda di rinvenire nell'ordinamento un diritto di rinunciare a vivere: la non punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di specifici requisiti non è il riconoscimento di un diritto soggettivo al suicidio assistito, ma la delimitazione di un'area di non punibilità penale. Analogamente, come si vedrà, la Corte EDU ha costantemente escluso che dall'art. 8 CEDU possa essere desunto un diritto alla morte medicalmente assistita da pretendere nei confronti dello Stato.

Nel panorama italiano, la vicenda Cappato-DJ Fabo ha rappresentato un momento di svolta fondamentale. La Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207/2018[6], ha inaugurato un innovativo modello di incostituzionalità differita, invitando il legislatore a colmare la lacuna normativa in materia di aiuto al suicidio, da quest'ultimo però ignorato[7]. Sicché, la Corte è intervenuta nuovamente con la sentenza n. 242/2019[8], dichiarando non punibile – al ricorrere di specifici requisiti – la condotta di agevolazione del suicidio di cui all'art. 580 c.p., norma che la Corte ha ritenuto costituzionalmente legittima nel suo impianto sanzionatorio, delimitandone tuttavia un'area di non applicabilità in presenza di determinate circostanze. I requisiti sostanziali individuati dalla Corte sono quattro: la presenza di una patologia irreversibile, l'esistenza di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili dal paziente, la capacità di assumere decisioni libere e consapevoli, e l'essere mantenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale. A questi si aggiungono condizioni procedurali di eguale rilievo: il rispetto delle modalità previste dagli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017, il previo parere dei comitati etici territorialmente competenti, lo svolgimento della procedura nell'ambito delle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, nonché l'effettività del diritto alle cure palliative, il cui coinvolgimento deve costituire – come già prefigurato

[6] *Ex multis*, si cfr. U. ADAMO, *La Corte è 'attendista' … «facendo leva sui propri poteri di gestione del processo costituzionale» (ord. n. 207/2018)*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 23 novembre 2018; P. CARNEVALE, *Incappare..in Cappato. Considerazioni di tecnica decisoria sull'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, n. 2, 2019, 370-385; M. D'AMICO, *Sulla (il)legittimità costituzionale della norma penale che incrimina l'istigazione al suicidio: alcune considerazioni critiche a margine del caso Cappato*, in *www.giurispudenzapenale.com*, 2017, 1-17; A. MORRONE, *Il caso Cappato davanti alla Corte costituzionale. Riflessioni di un costituzionalista, Intervento al seminario su Il caso Cappato davanti alla Corte costituzionale*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2018, 3-12; C. PANZERA, *L'ordinanza "una e trina"*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 7 giugno 2019; G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Diritti fondamentali*, 1/2019 e id, *Le discutibili asserzioni dell'ordinanza Cappato e alcuni enormi macigni*, in *Forum di Quaderni costituzionali*; A. RUGGERI, *Replicato, seppur in modo più cauto e accorto, alla Consulta lo schema della doppia pronuncia inaugurato in Cappato (nota minima a margine di Corte cost. n.132 del 2020),* in *Consulta on line*, n. 2, 2020, 406-407; ID. *Venuto alla luce alla Consulta l'ircocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato* in *Giur. Cost.*, n. 3/2018.

[7] Sul complesso e non uniforme dialogo tra Corte costituzionale italiana e legislatore si v. M. RUOTOLO, *Corte costituzionale e legislatore*, in *Diritto e società*, 1, 2020, R. ROMBOLI, *Corte costituzionale e legislatore: il bilanciamento tra la garanzia dei diritti ed il rispetto del principio di separazione dei poteri*, in *Consulta Online*, fasc. 3, 2022; A. SPADARO, *Involuzione – o evoluzione? – del rapporto fra Corte costituzionale e Legislatore (notazioni ricostruttive)*, in *Rivista AIC*, n.2, 2023.

[8] C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 2; C. CASONATO, *La giurisprudenza costituzionale sull'aiuto al suicidio nel prisma del biodiritto, fra conferme e novità*, in *Biolaw Journal*, 2, 2020; G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all'inviolabilità della vita e chiama «terapia» l'aiuto al suicidio*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2020; F. PATERNITI, *La Corte 'pedagogista' di un legislatore colpevolmente inerte* e A. PATANÈ, *Sentenza Cappato-Antoniani e diritto alla vita: un "testamento costituzionale" al legislatore che non ha ancora trovato un esecutore*, entrambi in *Federalismi.it*, n. 34, 2020; M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019* in *Osservatorio AIC*, fasc. 1/2020;

dall'ordinanza n. 207/2018 – «un prerequisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente».

L'evoluzione giurisprudenziale italiana ha trovato poi ulteriori e significative tappe nelle sentenze nn. 135/2024 e 66/2025. Con queste, la Corte – pronunciandosi con decisioni di infondatezza – ha chiarito e progressivamente precisato la nozione di trattamento di sostegno vitale, in un contesto di perdurante inerzia legislativa che ha sollecitato anche alcuni interventi regionali, valutati dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 204/2025[9].

La complessità del quadro normativo interno si inserisce in un più ampio contesto europeo, in cui la giurisprudenza della Corte di Strasburgo svolge un ruolo di riferimento ineludibile. Chiamata a bilanciare il diritto alla vita (art. 2 CEDU) con il diritto al rispetto della vita privata (art. 8 CEDU), la Corte EDU ha elaborato nel corso degli ultimi due decenni una giurisprudenza che – pur riconoscendo nell'ambito dell'art. 8 taluni profili dell'autodeterminazione individuale nelle scelte di fine esistenza – ha costantemente escluso la configurabilità di un diritto convenzionale alla morte medicalmente assistita da pretendere nei confronti dello Stato.

---

[9] A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine-vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, in *Studi Giur. Cost.*, 2024; P. VERONESI, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in *Biolaw Journal*, 3, 2024; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni costituzionali*, n.4, 2024, 898-900. Si v. altresì A. RIDOLFI, *Il fine vita tra giurisprudenza costituzionale e perdurante inerzia del legislatore*, in *Nomos*, 3, 2024 e Per una ricostruzione sistematica dell'intera vicenda giurisprudenziale, comprensiva degli sviluppi più recenti, si v. C. CARUSO, *La libertà dimezzata. Il «fine vita» ai tempi della polarizzazione etica*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2026, 363 ss. Lo scorso anno, il Consiglio regionale della Toscana ha approvato una legge sul suicidio medicalmente assistito "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024". La legge regionale, pur basandosi sul principio della cedevolezza invertita, stabilisce requisiti, procedure e tempistiche per accedere al suicidio medicalmente assistito. La stessa non è stata unanimemente ben accolta, tant'è che il Governo ha deciso di procedere con l'impugnazione dinanzi alla Corte costituzionale. Nel frattempo, i Presidenti dei gruppi consiliari di Forza Italia, Fratelli d'Italia e Lega Toscana Salvini Premier hanno presentato un'istanza avente ad oggetto la "Richiesta al Collegio Regionale di Garanzia Statutaria di verifica di conformità allo Statuto, così come previsto dagli articoli 6 e 7 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 34", relativamente alla LRT n. 5/2025. Il Collegio di Garanzia Statutaria ha confermato, all'unanimità, la piena conformità della legge regionale rispetto allo Statuto, respingendo il ricorso presentato dal centrodestra. Il testo del parere è consultabile on line all'indirizzo:https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANZIA/documenti/Deliberazione%202_2025%20e%20allegato.pdf. Sulla legge regionale si v. L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale* – Rivista AIC, agosto 2025; A. LO CALZO, *La legge della Regione Toscana n. 16/2025 sulle "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024", tra esigenze di certezza nell'uniforme godimento dei diritti e riserve di competenza del legislatore statale*, in *Corti Supreme e Salute*, n.3, 2025; G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato «in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale», concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale*?, in *Consulta online*, 2, 2025, 560 ss.; E. ROSSI, *La legge toscana sul fine vita*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2025, 410 ss.; F. VIVALDELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di aiuto al suicidio. Note a margine di Corte cost. n. 204/2025*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2026. A seguito dell'esperienza toscana, nessun'altra regione ha ad oggi approvato una legge in materia. Il panorama regionale si presenta fortemente frammentato, riassumibile in tre situazioni: a) Regioni che hanno bloccato l'iter attraverso l'approvazione di una questione pregiudiziale di costituzionalità o il rigetto della proposta (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Abruzzo, Valle d'Aosta, Veneto, Provincia Autonoma di Bolzano), b) Regioni con proposta in esame presso le commissioni competenti (Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sicilia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria), c) Regioni prive di proposta depositata (Basilicata). Da tempo la questione è stata evidenziata dalla dottrina: *ex multis* si v. M. D'AMICO, *I diritti contesi. Problematiche attuali del costituzionalismo*, Milano, Franco Angeli, 2016 e più recentemente P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2024, 1 ss.; O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Diritti Fondamentali*, 1, 2025, 168 ss.

In questo contesto si inserisce il caso *Karsai* c. Ungheria, che rappresenta l'ultimo tassello di questa evoluzione giurisprudenziale e ne conferma, pur introducendo elementi di significativa novità quanto all'interpretazione evolutiva della Convenzione, la traiettoria di fondo[10]. Con quest'ultima pronuncia, la Corte EDU non riconosce un diritto convenzionale alla morte medicalmente assistita, ma conferma che le scelte di fine vita rientrano nella sfera dell'autodeterminazione protetta dall'art. 8 CEDU; per questa via, pur ribadendo l'ampio margine di apprezzamento degli Stati, la Corte contribuisce a rendere progressivamente più problematica la legittimazione dei divieti assoluti previsti dai modelli normativi più rigidi.

Nelle pagine che seguono sarà ricostruita l'evoluzione della giurisprudenza della Corte EDU dalla sentenza *Pretty* al caso *Mortier* (§ 2); si analizzerà quindi la pronuncia *Karsai* c. Ungheria nei suoi profili di ammissibilità e di merito (§ 3); si offriranno infine osservazioni conclusive sul significato della decisione nel quadro dell'evoluzione convenzionale e sui suoi possibili sviluppi futuri (§ 4).

2. La parabola della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo: dal caso *Pretty* al caso *Mortier*

Nel corso degli ultimi due decenni la Corte europea dei diritti dell'uomo ha elaborato una giurisprudenza articolata in materia di fine vita, sviluppatasi principalmente attorno agli artt. 2 e 8 della Convenzione[11]. Per comprenderne la traiettoria, è necessario richiamare preliminarmente i metodi interpretativi su cui tale giurisprudenza si fonda[12].

La Convenzione è concepita come strumento vivente, da interpretarsi alla luce delle condizioni attuali e degli orientamenti prevalenti negli Stati democratici del Consiglio d'Europa[13]. Da ciò ne consegue che la Corte può essere chiamata a verificare se sia emerso un consenso europeo rispetto agli standard applicabili in una determinata materia: laddove tale consenso esista, il margine di apprezzamento riconosciuto agli Stati si restringe; laddove manchi, come accade in materia di eutanasia e suicidio assistito, il margine rimane ampio, ancorché non illimitato. La combinazione di questi tre strumenti – strumento vivente,

[10] Corte europea dei diritti dell'uomo, Prima sezione, sentenza 13 giugno 2024, Dániel Karsai C. Hungary (ric. 32312/23).

[11] Nel corso dell'ultimo periodo, la Corte europea dei diritti dell'uomo è stata investita di molteplici istanze relative al riconoscimento giuridico dell'assistenza medica al morire, nelle sue declinazioni di eutanasia attiva e di suicidio medicalmente assistito. Nonostante l'articolo 2 della Convenzione sancisca il diritto alla vita, prevedendo esclusivamente specifiche e tassative deroghe che non contemplano le fattispecie dell'eutanasia o del suicidio assistito, la Corte ha progressivamente elaborato un'emergente giurisprudenza in materia.

[12] La Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali è stata firmata a Roma il 4 settembre 1950 e reca ben diciassette protocolli aggiuntivi. Prima dell'entrata in vigore del Protocollo n. 11 alla CEDU, che ha riformato il meccanismo di controllo convenzionale, l'accesso alla tutela giurisdizionale della Corte era mediato dalla Commissione europea dei diritti dell'uomo, non essendo previsto un ricorso individuale diretto. In tale contesto, diverse istanze concernenti la materia dell'eutanasia e del suicidio assistito sono state sottoposte all'esame della Commissione, la quale, discostandosi dall'orientamento successivamente consolidatosi nella giurisprudenza della Corte EDU, ne ha dichiarato l'inammissibilità per difetto di competenza *ratione materiae*.

[13] C. EDU, *Tyrer c. Regno Unito*, 25 aprile 1978, § 31. Sul metodo dello strumento vivente nella giurisprudenza della Corte si v. C.C. MUREȘAN, *The (Un)Likely Emergence of a "Right to Die" under the European Convention on Human Rights*, in *Review of European and Comparative Law*, vol. 62, n. 3, 2025, 23 ss.

consenso europeo, margine di apprezzamento – costituisce la chiave di lettura dell'intera parabola giurisprudenziale in materia di fine vita, e consente di apprezzarne tanto la coerenza di fondo quanto le tensioni interne che la attraversano[14].

Il primo caso, che può considerarsi il *leading case* della materia, è *Pretty c. Regno Unito* del 29 aprile 2002. La ricorrente, *Diane Pretty*, era affetta da sclerosi laterale amiotrofica in stadio avanzato e aveva chiesto alle autorità britanniche di garantire preventivamente l'impunità al marito che le avrebbe prestato assistenza materiale nel suicidio, vietato dal *Suicide Act* del 1961.

Esauriti senza successo i gradi di giudizio interni, la sig.ra *Pretty* ha adito la Corte EDU lamentando la violazione degli artt. 2, 3, 8, 9 e 14 della Convenzione.

Il ricorso è stato respinto integralmente. Tuttavia, il profilo di maggiore interesse riguarda l'art. 2. La Corte ha chiarito che tale disposizione, pur tutelando il diritto alla vita, non può essere interpretata estensivamente fino a includere un diritto a morire, né per mano di terzi né con l'assistenza di un'autorità pubblica. A sostegno di tale conclusione, la Corte ha richiamato un argomento preciso: a differenza dell'art. 11 della Convenzione, che tutela la libertà di associazione nella sua duplice dimensione positiva – il diritto di associarsi – e negativa – il diritto di non essere costretti ad aderire a un'associazione –, l'art. 2 presenta una sola dimensione, quella della protezione della vita, dalla quale non è possibile desumere per implicazione un diritto di senso opposto, ossia il diritto di rinunciarvi. Ne consegue che nessun diritto a morire, né per iniziativa di un terzo né con l'assistenza di un'autorità pubblica, può essere desunto dall'art. 2 della Convenzione[15].

Con riguardo all'art. 8, la Corte ha riconosciuto che il diritto al rispetto della vita privata comprende il diritto dell'individuo di condurre la propria vita secondo le proprie scelte, ma ha ritenuto che il rifiuto delle autorità britanniche di garantire preventivamente l'impunità al marito della ricorrente non integrasse una violazione sproporzionata di tale diritto, in considerazione degli obiettivi legittimi perseguiti dalla normativa penale: la protezione dei soggetti vulnerabili e la salvaguardia del diritto alla vita[16].

A distanza di circa dieci anni, con il caso *Haas c. Svizzera*, deciso il 20 gennaio 2011, la Corte è tornata sulla materia affrontandola per la prima volta in modo diretto sotto il profilo dell'art. 8 della Convenzione. Il ricorrente, *Ernst Haas*, soffriva di gravi disturbi bipolari e aveva tentato ripetutamente il suicidio. Avendo chiesto invano la prescrizione di un farmaco letale – senza trovare alcun medico psichiatra disposto ad assecondare la sua richiesta – aveva adito i tribunali svizzeri per ottenere un'ingiunzione, rigettata in quanto

[14] Per una ricostruzione complessiva della giurisprudenza CEDU in materia di fine vita si v. U. ADAMO, *Il diritto convenzionale in relazione al fine vita*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2016; R. CONTI, *Il diritto alla vita nella giurisprudenza delle Alte Corti*, in *Politica del diritto*, fasc. 4, 2012, 555-601; P. MERKOURIS, *Assisted Suicide in the jurisprudence of the European Court of Human Rights*, in S. NEGRI (a cura di), *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care*, Leiden, 2012, 107-126; G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2014; T. CERRUTI *(a cura di), L'elaborazione di un diritto ad una morte dignitosa nell'esperienza europea. Atti del Seminario annuale dell'associazione Gruppo di Pisa*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2023.

[15] *Pretty c. Regno Unito*, ric. n. 2346/02, sentenza 29 aprile 2002, § 40. Per un approfondimento si v. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, 53 ss.; R. BIFULCO, *Esiste un diritto al suicidio assistito nella CEDU?*, in *Quaderni costituzionali*, 2003, 166 ss.

[16] *Pretty c. Regno Unito*, cit., §§ 67-78.

nell'ordinamento elvetico non esiste un diritto a pretendere dallo Stato o da terzi assistenza al suicidio.

La Corte, pur rigettando il ricorso e negando la violazione dell'art.8, ha sviluppato un ragionamento distinto quanto al parametro convenzionale che vale la pena ricordare: se da un lato il concetto di "vita privata" è un termine ampio non suscettibile di una definizione esaustiva, dall'altro il diritto di un individuo di decidere – con libertà e consapevolezza – con quali mezzi e in quale momento la sua vita finirà è uno degli aspetti del diritto al rispetto della vita privata ai sensi dell'articolo 8 della Convenzione.

I fondamenti giustificativi del ricorso erano ben diversi dal precedente giurisprudenziale. In questa occasione, il *thema decidendum* ha riguardato un interrogativo di non poco conto, vale a dire se fosse compito dello Stato garantire al ricorrente la possibilità di ottenere una sostanza letale senza prescrizione medica, in deroga alla legislazione vigente.

In estrema sintesi, nel confutare le ragioni del ricorso, la Corte ha ritenuto che le norme svizzere, in particolare l'obbligo di ottenere una prescrizione medica, perseguano diversi obiettivi, tutti legittimi: proteggere gli individui da decisioni affrettate, prevenire possibili abusi e garantire che un paziente privo di discernimento non ottenga una dose letale di alcun farmaco. Ciò, a maggior ragione quando in un ordinamento come quello elvetico, la legislazione e la prassi consentono un accesso più semplice al suicidio assistito grazie alla tolleranza nei confronti delle associazioni indipendenti dal servizio sanitario nazionale che praticano tali procedure mediche[17].

Un profilo di significativo interesse quanto alla legittimazione a ricorrere emerge dal caso *Koch c. Germania*, del 19 luglio 2012. La vicenda riguardava una donna tetraplegica che, dopo essersi vista negare dalle autorità sanitarie federali tedesche l'acquisto del pentobarbital necessario per porre fine alla propria vita, aveva raggiunto la Svizzera con l'aiuto del marito per accedere al suicidio assistito. Il ricorso alla Corte di Strasburgo è stato presentato proprio dal marito, che ha lamentato la violazione degli artt. 8 e 13 della Convenzione.

È possibile quindi dedurre come questo specifico caso differisca dai precedenti in merito alla legittimazione a ricorrere. Se in passato erano i soggetti che volevano ricorrere al suicidio assistito a lamentare la violazione dell'art. 8, questa volta si è trattato invece di un parente stretto. I giudici hanno così tenuto conto del *rapporto eccezionalmente stretto tra il ricorrente e la sua defunta moglie e del suo immediato coinvolgimento nella realizzazione del suo desiderio di porre fine alla sua vita*[18], ritenendo la pretesa del ricorrente legittimamente fondata. Per

[17] *Haas c. Switzerland*, ric. n. 31322/07, sentenza 20 gennaio 2011, §§ 51-61. Per un commento alla pronuncia, oltre a G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, op. ult. cit, si v. A. CIERVO, *L'insostenibile leggerezza del margine di apprezzamento. Il problema dell'eutanasia davanti ai giudici di Strasburgo: in margine al caso Haas c. Svizzera,* in *Diritti comparati*, 15 settembre 2011; U. ADAMO*, Il diritto convenzionale in relazione al fine vita (eutanasia, suicidio medicalmente assistito e interruzione di trattamenti sanitari prodotti di una ostinazione irragionevole). Un'analisi giurisprudenziale sulla tutela delle persone vulnerabili*, in *Rivista AIC*, n.2, 2016.

[18] *Koch c. Germany* - 497/09 – Judgment 19.07.2012. «(…) the domestic courts' refusal to examine the merits of the applicant's motion violated the applicant's right to respect for his private life under Article 8 of the Convention». S. PELLEGRINO, *Koch c. Germania: in tema di suicidio assistito*, in *Quaderni costituzionali*, n. 4, 2012, 910-916; E. CRIVELLI, *Koch c. Germania: la Corte di Strasburgo afferma il diritto a vedere esaminato nel merito la richiesta di suicidio assistito del proprio coniuge*, in *Rivista AIC*, fasc. 4, 2012.

questo, il rifiuto dei giudici tedeschi di esaminare nel merito la domanda del ricorrente ha rappresentato una palese violazione del suo diritto alla tutela della vita privata.

Il quarto caso è molto peculiare per la vicenda che ne è alla base, tant'è che alcuni autori lo hanno definito "finto"[19]. La sentenza *Gross c. Svizzera* ha riguardato un'anziana donna che, stanca di vivere, aveva manifestato l'intenzione di ricorrere al suicidio assistito. Dopo essersi vista respingere il ricorso dinanzi ai tribunali interni, perché la donna non rientrava nel novero dei soggetti determinato dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, la Sig.ra *Gross* aveva deciso di presentare un ricorso dinanzi alla Corte Edu. Lo stesso si è inizialmente concluso con una sentenza – un po' forzata nelle motivazioni – di condanna dello Stato per violazione dell'art. 8 della Convenzione, perché la legislazione svizzera non era sufficientemente completa.

A seguito della richiesta di rinvio presentata dalla Svizzera ai sensi dell'art. 43 CEDU, nelle more del giudizio innanzi alla Grande Camera, è emerso che la signora *Gross* era nel frattempo deceduta dopo aver assunto il pentobarbital con l'assistenza dell'associazione privata *Exit*. Tale circostanza era stata deliberatamente taciuta al fine di mantenere in vita il procedimento. La Grande Camera, con pronuncia adottata a maggioranza di nove voti contro otto, ha accolto l'eccezione di inammissibilità sollevata dal Governo svizzero, dichiarando il ricorso irricevibile per abuso del processo, in quanto fondato su informazioni intenzionalmente fuorvianti. Inoltre, i giudici hanno dichiarato priva di effetti giuridici la sentenza della Prima Sezione, privandola di qualsiasi valore di precedente[20].

Il caso *Gross* rappresenta dunque, nel panorama della giurisprudenza CEDU sul fine vita, un episodio di carattere essenzialmente processuale, che non ha contribuito alla definizione del merito della questione relativa all'esistenza di obblighi convenzionali degli Stati in materia di suicidio assistito.

Un nuovo tassello sul tema emerge dal caso *Lings c. Danimarca*, deciso il 12 aprile 2022, che si distingue dai precedenti in quanto affronta la materia non sotto il profilo degli artt. 2 e 8 della Convenzione, bensì dell'art. 10, che tutela la libertà di espressione.

Il ricorrente era un medico in pensione, fondatore dell'associazione «Medici in favore dell'eutanasia». Egli aveva redatto e diffuso su internet una guida dettagliata contenente informazioni sui farmaci idonei a causare la morte e sulle relative modalità di somministrazione, prestando altresì assistenza concreta a tre pazienti affetti da gravi patologie nell'ottenimento dei medicinali necessari. Condannato per assistenza al suicidio ai sensi del Codice penale danese e privato della licenza medica, il ricorrente ha adito la Corte EDU invocando la violazione della libertà di espressione.

La Corte ha sì dichiarato il ricorso ricevibile, escludendo però la violazione dell'art. 10. Il ragionamento si è basato su due passaggi. In primo luogo, la Corte ha ribadito che il proprio compito non è quello di controllare il diritto interno *in abstracto*, bensì di verificare se le modalità concrete della sua applicazione abbiano dato luogo a una violazione

[19] G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, 64.

[20] *Gross c. Switzerland*, ric. n. 67810/10, sentenza Grande Camera 30 settembre 2014. Per un commento si v. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, cit., 64.

convenzionale. In secondo luogo, la Corte ha distinto tra la diffusione di informazioni generali sul suicidio – che avrebbe potuto ricadere nell'ambito di tutela dell'art. 10 – e la prestazione di assistenza concreta e specifica a singoli individui nel compimento di atti suicidari, ritenendo che il ricorrente fosse stato perseguito per quest'ultima condotta. Su tale base, la Corte ha concluso che non vi era stata violazione dell'art. 10 della Convenzione, confermando la legittimità delle restrizioni penali all'assistenza al suicidio anche quando riferite all'attività di un operatore sanitario[21].

A tutti questi casi fin qui ricordati è necessario aggiungerne un altro di oramai quattro anni fa: *Mortier c. Belgio*[22], deciso il 4 ottobre 2022, che ha introdotto nel panorama della giurisprudenza CEDU sul fine vita una fattispecie innovativa che merita particolare attenzione. Per la prima volta la Corte è stata chiamata a valutare la compatibilità con la Convenzione di una normativa nazionale che autorizza l'eutanasia, esaminando gli effetti di una procedura eutanasica già eseguita su una paziente affetta da patologia psichiatrica. La signora *de Troyer*, sessantaquattrenne con una storia clinica caratterizzata da una grave forma di depressione cronica persistente da oltre quarant'anni, aveva sperimentato sin dall'adolescenza l'inefficacia dei trattamenti farmacologici prescritti. Il 19 aprile 2012, su sua richiesta e con il coinvolgimento del professor *Distelmans*, si è sottoposta a eutanasia, dopo che la Commissione federale di controllo e valutazione aveva confermato la regolarità della procedura[23]. Uno dei figli della donna ha presentato denuncia e, successivamente, ha presentato ricorso alla Corte EDU, lamentando la violazione degli artt. 2 e 8 della Convenzione da parte dello Stato belga.

La Corte ha preliminarmente chiarito i limiti del proprio intervento: l'oggetto del giudizio non era stabilire l'esistenza di un diritto all'eutanasia, né valutare nel merito la scelta della donna di accedervi, bensì verificare se la normativa belga fosse compatibile con gli obblighi convenzionali degli Stati ai sensi dell'art. 2 della Convenzione[24]. In questa prospettiva, la Corte ha riaffermato il principio del margine di apprezzamento statale, riconoscendo agli ordinamenti interni un ampio spazio di discrezionalità nel bilanciamento tra tutela della vita

[21] *Lings c. Denmark*, ric. n. 15136/20, sentenza 12 aprile 2022. La pronuncia si inserisce nella linea costante della Corte che riconosce agli Stati un ampio margine di apprezzamento nella regolamentazione delle condotte di assistenza al suicidio, indipendentemente dal parametro convenzionale invocato.

[22] Sul punto si v. U. ADAMO, *La prima volta della Corte europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali sull'eutanasia*, in *Cittadinanza Europea (La)*, n.1, 2023, 25-52. L'A. definisce la sentenza particolarmente innovativa rispetto alla giurisprudenza della Corte Edu principalmente perché costituisce la prima occasione in cui l'organo si pronuncia direttamente sulla compatibilità dell'eutanasia con la Convenzione, facendolo con un'analisi particolarmente approfondita e rigorosa. Si v. anche M. BARLETTA, *Diritto all'autodeterminazione del paziente nelle decisioni fine vita in Europa: riflessioni a margine della sentenza Mortier c. Belgio della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo*, in *Federalismi.it*, n.2, 2023; M.E. BUCALO, *Il caso Mortier C. Belgique: la Corte europea dei diritti dell'uomo verso l'elaborazione del diritto all'eutanasia?*, in T. CERRUTI *(a cura di), L'elaborazione di un diritto ad una morte dignitosa nell'esperienza europea. Atti del Seminario annuale dell'associazione Gruppo di Pisa*, Napoli, Editoriale Scientifica, 293-304.

[23] «l'eutanasia […] è stata effettuata secondo le condizioni e la procedura prevista dalla legge» Corte eur. dir. uomo, *Mortier c. Belgique*, cit., § 30.

[24] *Mortier c. Belgique*, ric. n. 78017/17, sentenza 4 ottobre 2022, § 115. Per un commento si v. U. ADAMO, *La prima volta della Corte europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali sull'eutanasia*, in *La Cittadinanza Europea*, n. 1, 2023, 25-52; M. BARLETTA, *Diritto all'autodeterminazione del paziente nelle decisioni fine vita in Europa*, in *Federalismi.it*, n. 2, 2023; M.E. BUCALO, *Il caso Mortier c. Belgique*, in T. CERRUTI (a cura di), *L'elaborazione di un diritto ad una morte dignitosa nell'esperienza europea*, Napoli, Editoriale Scientifica, 293-304.

e rispetto dell'autonomia personale, precisando tuttavia che tale margine non è illimitato e rimane soggetto alla supervisione convenzionale.

Di particolare rilievo sistematico è l'affermazione dei giudici di Strasburgo secondo cui la depenalizzazione dell'eutanasia, ove accompagnata da adeguate garanzie contro possibili abusi e dal rispetto del diritto alla vita, non è di per sé incompatibile con l'art. 2 della Convenzione. Tale disposizione non impone agli Stati un divieto assoluto di depenalizzare l'eutanasia, ma esige che, laddove tale scelta sia compiuta, essa sia corredata da un sistema procedurale idoneo a proteggere i soggetti vulnerabili e a garantire che le decisioni di fine vita siano assunte liberamente e consapevolmente[25].

Applicando tali principi al caso concreto, la Corte ha individuato una violazione procedurale dell'art. 2, motivata da due profili distinti: l'inadeguata indipendenza della Commissione federale di controllo e valutazione – il cui presidente aveva partecipato sia all'esecuzione dell'eutanasia sia alla successiva verifica della sua regolarità – e l'irragionevole durata del procedimento investigativo avviato a seguito della denuncia del figlio. La Corte ha escluso invece qualsiasi profilo di violazione sostanziale del diritto alla vita[26].

Dalla rassegna delle pronunce sin qui esaminate emerge una linea giurisprudenziale sostanzialmente coerente, che attraversa l'intero arco temporale che va da *Pretty* a *Mortier*.

La Corte ha costantemente escluso che dall'art. 2 della Convenzione possa desumersi un diritto a morire, ribadendo che tale disposizione impone agli Stati un obbligo di protezione della vita che non ammette letture di senso opposto.

Sotto il profilo dell'art. 8, la Corte ha riconosciuto che il diritto al rispetto della vita privata comprende taluni profili dell'autodeterminazione individuale nelle scelte di fine esistenza – tra cui il diritto di decidere con quali mezzi e in quale momento la propria vita si concluderà –, senza tuttavia ricavarne un obbligo positivo degli Stati di fornire assistenza al suicidio o di consentire l'eutanasia.

In entrambi i casi, la Corte ha riconosciuto agli Stati un ampio margine di apprezzamento nella regolamentazione della materia, giustificato dall'assenza di un *consensus* europeo e dalla natura eticamente sensibile delle questioni coinvolte[27].

L'unico elemento di novità significativa introdotto da *Mortier* rispetto alla linea precedente non attiene al riconoscimento di nuovi diritti sostanziali, bensì alla definizione degli obblighi procedurali degli Stati che abbiano scelto di depenalizzare l'eutanasia. In questa ipotesi, la Convenzione esige l'esistenza di un quadro normativo proceduralizzato, la sua puntuale osservanza nel caso concreto e la previsione di meccanismi di controllo successivo indipendenti.

---

[25] *Mortier c. Belgique*, cit., §§ 137-139. I criteri che la Corte ha individuato come necessari affinché una normativa nazionale che autorizza l'eutanasia sia compatibile con l'art. 2 sono tre: l'esistenza di un quadro normativo interno proceduralizzato, l'osservanza puntuale di tale quadro nel caso concreto, e la previsione di meccanismi di controllo successivo conformi agli standard convenzionali.

[26] *Mortier c. Belgique*, cit., §§ 140-160.

[27] In questo senso si v. C.C. MUREȘAN, *op. cit.*, 35, che conclude che «a right to die cannot emerge under Articles 2 and 8 without contravening the European Convention», in ragione della primazia degli obblighi derivanti dall'art. 2 sulla protezione della vita.

È su questo sfondo che si inserisce il caso *Karsai* c. Ungheria, che rappresenta l'ultimo e più recente contributo della Corte alla definizione dei confini convenzionali in materia di fine vita, e che – come si vedrà – conferma nella sostanza la traiettoria sin qui descritta, introducendo tuttavia un elemento di significativa novità quanto all'interpretazione evolutiva della Convenzione e alla sua capacità di adattamento ai mutamenti degli ordinamenti degli Stati membri.

3. L'ultimo tassello in ordine di tempo: Karsai c. Ungheria

3.1. La vicenda all'origine e l'ammissibilità

Ultima in ordine di tempo è la sentenza del 13 giugno 2024, con cui la Corte europea dei diritti dell'uomo si è pronunciata nel procedimento *Dániel Karsai c. Ungheria* (ricorso n. 32312/23).

La decisione ha assunto particolare rilevanza in quanto la Corte di Strasburgo ha respinto le doglianze del ricorrente sotto un duplice profilo: *in primis*, non ha ravvisato la sussistenza di un diritto alla morte medicalmente assistita riconducibile all'ambito di tutela dell'articolo 8 della Convenzione – che sancisce il diritto al rispetto della vita privata e familiare –; *in secundis*, ha rigettato la censura fondata sull'asserita violazione dell'articolo 14 della Convenzione, relativo al divieto di discriminazione.

Con questa pronuncia, la Corte ha confermato il proprio consolidato orientamento, escludendo che dalla Convenzione possa desumersi un diritto convenzionale alla morte medicalmente assistita, pur riconoscendo che le scelte attinenti al fine vita ricadono nell'ambito applicativo dell'articolo 8 CEDU.

Il ricorrente, cittadino ungherese e noto avvocato specializzato in contenziosi sui diritti umani[28], era affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) in stadio avanzato, patologia neurodegenerativa progressiva e fatale. Nella fase terminale, la malattia comporta la totale perdita dell'autonomia fisica, nonché della capacità di deglutizione e respirazione autonome, richiedendo il supporto di apparecchiature specifiche. In considerazione della natura progressivamente invalidante della malattia, *Karsai* aveva manifestato l'intenzione di accedere alla morte medicalmente assistita, definendo la propria condizione come quella di un individuo «imprigionato nel suo stesso corpo senza prospettive di liberazione se non la morte». Ciò, al fine di prevenire le sofferenze intollerabili connesse all'evoluzione naturale della patologia ed evitare, o quantomeno abbreviare, la fase in cui si sarebbe trovato, secondo la sua prospettiva, in una condizione di totale prigionia nel proprio corpo.

[28] La vicenda, le argomentazioni personali e giuridiche presentate alla Corte sono ricostruite in prima persona dallo stesso *Karsai*, che peraltro è un avvocato specializzato in contenziosi sui diritti umani. Sono consultabili all'indirizzo: https://verfassungsblog.de/the-right-to-die-like-the-trees-standing/

Per conseguire tale obiettivo, l'unica modalità praticabile sarebbe stata il suicidio assistito, ossia la forma di morte medicalmente assistita in cui il paziente compie egli stesso l'atto finale, previa prescrizione o fornitura da parte del medico dei mezzi necessari.

Data la progressione avanzata della sua condizione patologica, il ricorrente si trovava nell'impossibilità materiale di attuare autonomamente le proprie volontà senza il supporto di soggetti terzi[29]. Tuttavia, l'attuazione di tale proposito gli era preclusa, giacché l'ordinamento ungherese sanziona penalmente chiunque presti ausilio al suicidio altrui. Difatti, qualora un soggetto affetto da SLA si fosse recato in una giurisdizione ove è consentita la morte medicalmente assistita, eventuali familiari o accompagnatori sarebbero incorsi in responsabilità penale per concorso nel reato di assistenza al suicidio, inclusa la mera condotta di accompagnamento verso un paese ove si pratica la procedura. Analoga responsabilità sarebbe configurabile in capo agli operatori sanitari che erogassero servizi di fine vita[30].

Per comprendere appieno la portata giuridica e le implicazioni di questa pronuncia occorre ripercorrere la vicenda che ha dato origine al procedimento dinanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo.

A fronte dell'impossibilità di accedere alla morte medicalmente assistita nell'ordinamento ungherese – che, pur contemplando il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari e le disposizioni anticipate di trattamento, qualifica come illecita la morte medicalmente assistita nelle forme dell'eutanasia e del suicidio assistito[31] –, *Karsai* aveva dapprima adito i tribunali nazionali, esaurendo senza esito le vie di ricorso interne. Una volta esperiti tutti i rimedi disponibili nell'ordinamento interno, aveva quindi presentato ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo, articolando le proprie censure in quattro distinti motivi di impugnazione.

Il primo profilo di censura ha riguardato la violazione dell'articolo 8 CEDU, in quanto l'incriminazione della morte medicalmente assistita prevista dall'ordinamento ungherese, estesa anche alle condotte commesse all'estero in forza della giurisdizione extraterritoriale

[29] Come ricostruito, data la progressione avanzata della sua condizione patologica, il ricorrente si trovava nell'impossibilità materiale di attuare autonomamente le proprie volontà senza il supporto di soggetti terzi. Cfr. Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §87.

[30] Sulla ricostruzione del contesto normativo ungherese in materia si v. J. SDNDOR, *A lawyer's legacy: the significance of the Daniel Karsai V. Hungary case*, in Pravni Zapisi, God. XV, br. 2, 2024, consultabile on line all'indirizzo: https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/2217-2815/2024/2217-28152402311S.pdf

[31] In materia di disposizioni sul fine vita, l'ordinamento giuridico ungherese contempla esclusivamente il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari. Tale facoltà si articola nella possibilità per il paziente di negare il proprio consenso a trattamenti salvavita o di sostegno vitale, determinando il decesso quale conseguenza diretta della limitazione terapeutica, sia essa configurata come interruzione del trattamento in corso o come astensione dall'avvio. La normativa ungherese disciplina altresì l'istituto delle disposizioni anticipate di trattamento in ambito sanitario. In tale contesto, la rinuncia ai trattamenti salvavita soggiace ai medesimi presupposti del rifiuto immediato, con l'ulteriore previsione della facoltà di rifiuto in presenza di una patologia incurabile che determini l'impossibilità di autonoma sussistenza fisica ovvero comporti sofferenze non alleviabili mediante adeguata terapia. A tal proposito, si v. le sezioni contenute sia nell'Act CLIV of 1997 on Health sia nel *Criminal Code*. Sull'importanza delle disposizioni anticipate di trattamento nell'ordinamento italiano E. ROSSI, *Profili giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Rivista AIC*, 2011, 4; S. ROSSI, *Consenso informato*, in Digesto.Discipline privatistiche. Sezione civile, Agg. VII, Torino, Utet, 2012, 177 ss.; U. ADAMO, *Il vuoto colmato. le disposizioni anticipate di trattamento trovano una disciplina permissiva nella legge statale*, in Rivista AIC, n. 3, 2018; C. CASONATO, S. PENASA E M. RIDOLFI, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Milano, Giuffrè, 2018; G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Torino, Giappichelli, 2019; F. G. PIZZETTI, *Le DAT*, in M. CAVINO, L. CONTE, S. MALLARDO, M. MALVICINI, *Dove va la Repubblica*, Bologna, Il Mulino, 2022, 205-231.

del codice penale, costituirebbe un'illegittima compressione del diritto al rispetto della vita privata. Ciò perché comporterebbe, di fatto, l'effetto di «negare al ricorrente la possibilità di porre fine alla propria vita alle sue condizioni, in patria o all'estero, interferendo così con il suo diritto al rispetto della sua vita privata» garantito dall'articolo 8 CEDU[32].

Il secondo motivo è relativo alla violazione dell'articolo 14 CEDU in combinato disposto con l'articolo 8: vi sarebbe un'irragionevole disparità di trattamento tra i pazienti terminali sottoposti a terapie di sostegno vitale – ai quali è riconosciuta la facoltà di provocare la propria morte rifiutando tale trattamento – e i soggetti che versano nella condizione del ricorrente, i quali non dipendendo da tali cure non dispongono di analoga possibilità. Sicché, la differenziazione introdotta dall'ordinamento ungherese risulterebbe ingiustificata e discriminatoria[33].

La terza censura è quella concernente la violazione dell'articolo 3 CEDU, in quanto il divieto di accesso al suicidio medicalmente assistito imporrebbe al ricorrente di subire un inesorabile processo di deterioramento fisico, configurando un trattamento inumano e degradante contrario alla Convenzione.

La quarta e ultima censura attiene alla violazione dell'articolo 9 CEDU, nella misura in cui la possibilità di accedere a una morte dignitosa costituirebbe elemento determinante del proprio convincimento filosofico e religioso, sicché il diniego opposto dall'ordinamento ungherese si risolverebbe anche in una lesione della libertà di pensiero, di coscienza e di religione.

In sede di ammissibilità, la Corte ha preliminarmente operato una fondamentale classificazione metodologica: nell'osservare come i termini utilizzati per riferirsi alle pratiche di suicidio assistito divergano a seconda dei paesi considerati, ha evidenziato le differenze sostanziali tra due distinte categorie di interventi. Da un lato, le procedure di morte medicalmente assistita (PAD), che comprendono sia il suicidio assistito sia l'eutanasia volontaria, purché eseguiti in un contesto normato e con il supporto di personale medico qualificato. Dall'altro, la cessazione o il diniego di trattamenti di sostegno vitale (RWI), ossia le situazioni in cui il paziente autonomamente rifiuta o richiede la sospensione di terapie essenziali per il mantenimento delle funzioni vitali, con il conseguente possibile esito letale[34].

---

[32] Il ricorrente ha sostenuto che la legge ungherese aveva l'effetto di «negargli la possibilità di porre fine alla propria vita alle sue condizioni, in patria o all'estero, interferendo così con il suo diritto al rispetto della sua vita privata» come protetto dall'articolo 8 della CEDU. Corte eur. dir. uomo, *Mortier c. Belgique,* cit., § 135.

[33] Il ricorrente ha inoltre sostenuto che la legge ungherese finirebbe con l'introdurre una distinzione tra gli individui basata sulla natura della loro malattia. In particolare, *Karsai* ha argomentato che, mentre gli individui malati terminali che ricevono un trattamento di sostegno vitale sarebbero in grado di provocare la propria morte rifiutando tale trattamento (ricevendo quindi assistenza), egli non sarebbe in grado di fare lo stesso se non tramite il suicidio assistito, che è vietato dal suo ordinamento. Tale differenziazione sarebbe dunque ingiustificata e, pertanto, discriminatoria in violazione degli articoli 14 e 8. Nel suo ricorso, *Dániel Karsai* si è concentrato sulla natura discriminatoria della legislazione ungherese, sulla distinzione ingiustificata tra malati incurabili che necessitano di cure di sostegno vitale fin dalle prime fasi della malattia e coloro che non ne hanno bisogno.

[34] Basandosi sulle testimonianze degli esperti consultati in materia (§§ 44-63), il collegio giudicante ha stabilito che nel primo ambito si collocano sia il suicidio assistito che l'eutanasia volontaria, purché eseguiti in un contesto normato e con il supporto di personale medico qualificato. La seconda ipotesi comprende, invece, le situazioni in cui il paziente autonomamente rifiuta o richiede la sospensione di terapie essenziali per il mantenimento delle funzioni vitali (incluse, tra le varie possibilità, le procedure di supporto respiratorio), con il conseguente possibile esito letale. Perciò, ai fini

Il Governo ungherese[35] aveva eccepito l'inapplicabilità dell'articolo 8 alla fattispecie in esame, contestando la riconducibilità alla nozione di "vita privata" della pretesa individuale volta a garantire il diritto di terzi a partecipare attivamente ai procedimenti di fine vita[36]. In particolare, era stata messa in dubbio la possibilità di ricondurre all'autonomia personale una decisione che richiede necessariamente l'intervento attivo – e penalmente rilevante – di altri soggetti.

Di contro, il ricorrente aveva sostenuto l'applicabilità dell'articolo 8, evidenziando come, in ragione dello stadio avanzato della patologia, l'impossibilità fisica di porre fine alla propria vita autonomamente rendesse l'assistenza di terzi presupposto indefettibile per l'esercizio effettivo del diritto all'autodeterminazione nel fine vita. L'alternativa del suicidio non assistito sarebbe stata praticabile esclusivamente nella fase iniziale della malattia, configurando peraltro un'anticipazione del decesso contraria alla volontà del ricorrente.

Il Governo ungherese aveva altresì contestato la sussistenza di un diritto all'autodeterminazione nel fine vita ai sensi della Convenzione. Per suffragare tale tesi, il Governo magiaro ha evidenziato come i precedenti giurisprudenziali richiamati dal ricorrente – in particolare i casi *Haas c. Svizzera* e *Mortier c. Belgio* – riguardassero ordinamenti nei quali il suicidio assistito trovava già riconoscimento nel diritto interno, laddove la questione sottoposta alla Corte nel caso *Karsai* atteneva alla compatibilità convenzionale di un divieto assoluto. La maggior parte degli Stati membri continua a configurare il suicidio assistito come illecito penale. Perciò, l'assenza di consenso europeo sulla materia giustificherebbe il mantenimento di un ampio margine di apprezzamento degli ordinamenti nazionali nella sua regolazione, conformemente a quanto la Corte aveva già stabilito nel precedente caso *Mortier c. Belgio*[37].

La Corte ha ritenuto che l'interesse del ricorrente ad accedere al suicidio assistito attenesse ad aspetti qualificanti del diritto al rispetto della vita privata (quali l'autonomia personale, l'integrità psicofisica e la dignità umana)[38]. In particolare, nel respingere

della sentenza, la Corte ha deciso di far riferimento alla definizione fornita dal Professor Aubry: per "PAD" (*assisted dying practices*) si intende il suicidio assistito dal medico, che comprende il suicidio assistito e l'eutanasia volontaria, quando tali atti vengono eseguiti in un ambiente regolamentato e supportato dal punto di vista medico. Per "RWI" (*refusal by the patient or withdrawal at the patient's request*) si deve far riferimento al rifiuto (da parte del paziente) o al ritiro (su richiesta del paziente) di interventi di sostegno o salvataggio della vita, come il supporto respiratorio, che alla fine portano alla morte del paziente interessato.

[35] Observations of the Government of Hungary on the Admissibility and Merits of Application No. 32312/23 introduced by Dániel András KARSAI. Le osservazioni sono consultabili on line sul sito della Corte https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-234151%22]}

[36] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 83.

[37] Nel richiamare la propria giurisprudenza, la Corte Edu si è concentrata sul caso *Mortier contro Belgio*. La stessa ha ricordato, per quanto riguarda il margine di apprezzamento applicabile nel contesto del profilo positivo dell'articolo 2, che «142. L'area della fine della vita, e in particolare l'eutanasia, solleva complesse questioni legali, sociali, morali ed etiche. Le opinioni e le risposte legali a queste questioni tra gli Stati parti della Convenzione sono molto diverse e non vi è consenso sul diritto di un individuo a decidere come e quando la propria vita debba finire (..) 143. Pertanto, la Corte ritiene che in questo ambito che riguarda la fine della vita e il modo di trovare un equilibrio tra la tutela del diritto alla vita di un paziente e il diritto al rispetto della sua vita privata e della sua autonomia personale, sia necessario concedere un margine di apprezzamento agli Stati (…) *che* non è tuttavia illimitato» perché «la Corte conserva il potere di verificare il rispetto da parte dello Stato degli obblighi derivanti dall'articolo».

[38] Si tratta di principi che costituiscono il nucleo essenziale della Convenzione stessa. Sul punto si v. Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 83.

l'eccezione preliminare dell'Ungheria[39], la Corte ha rilevato come il sistema normativo magiaro, sanzionando penalmente qualsiasi forma di assistenza al suicidio, precludesse *de facto* al ricorrente la possibilità di autodeterminarsi, sia nel territorio nazionale che all'estero, configurando così un'ingerenza nel diritto al rispetto della vita privata ex articolo 8 CEDU[40]. Poiché la Convenzione mira a tutelare diritti concreti ed effettivi e non meramente aleatori, la Corte ha dichiarato il ricorso ammissibile, riservando all'esame nel merito la valutazione circa la sussistenza di un eventuale obbligo positivo dello Stato convenuto di consentire o fornire determinate forme di suicidio medicalmente assistito, alla luce del bilanciamento tra i contrapposti interessi e del margine di apprezzamento.

Come già avvenuto per la precedente sentenza *Mortier c. Belgio*, alcuni autori[41] – nonché lo stesso giudice Wojtyczek nella propria opinione parzialmente dissenziente – hanno sollevato dubbi circa la stessa ammissibilità del ricorso[42]. Il *punctum dolens* risiede nel rapporto sistematico tra l'articolo 2 e l'articolo 8 della Convenzione: il primo elenca in maniera tassativa ed esaustiva le sole quattro eccezioni al divieto di privazione intenzionale della vita, tra le quali non è possibile annoverare né l'eutanasia né il suicidio medicalmente assistito.

3.2 I contenuti della sentenza

La Corte si è pronunciata con una decisione di rigetto, adottata a maggioranza, con cui ha dichiarato l'insussistenza di una violazione dell'articolo 8 della Convenzione e di una violazione dell'articolo 14 in combinato disposto con l'articolo 8[43]. Quanto alle restanti doglianze, la Corte ha dichiarato all'unanimità manifestamente infondate le censure mosse agli articoli 3 e 9 della Convenzione, richiamando i principi già affermati nella sentenza *Pretty c. Regno Unito* e ritenendo che le argomentazioni del ricorrente non introducessero elementi sufficienti a distinguere il caso dai precedenti consolidati in materia[44].

---

[39] Secondo il Governo, il ricorrente non poteva considerarsi vittima, giacché le disposizioni penali contestate si rivolgevano esclusivamente a terzi che avessero prestato assistenza al suicidio.

[40] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 86.

[41] N. OCHOA RUIZ, *Nuevas cuestiones en torno al derecho a una muerte médicamente asistida: un comentario a la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos Dániel Karsai c. Hungría*, in *Revista Aranzadi Doctrinal*, n. 9, ottobre 2024; C.C. MUREŞAN, *The (Un)Likely Emergence*, cit., spec. 23 ss., ove l'A. argomenta che l'assenza di un diritto a morire nella CEDU non costituisce una lacuna da colmare in via interpretativa, bensì una scelta consapevole dei redattori della Convenzione, confermata dalla costante giurisprudenza della Corte. Si v. altresì C. CARUSO, *La libertà dimezzata. Il «fine vita» ai tempi della polarizzazione etica*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2026, 363 ss.

[42] Come puntualmente rilevato nell'opinione dissenziente, per il giudice *Wojtyczek* l'interpretazione letterale dell'articolo 2 preclude la configurabilità di un'implicita "clausola di esclusione della vita" rispetto all'obbligo sancito dall'articolo 2, paragrafo 1, secondo cui "nessuno può essere privato della propria vita intenzionalmente". Seguendo un rigoroso canone ermeneutico, la Corte europea dei diritti dell'uomo avrebbe dovuto dichiarare l'inammissibilità del ricorso.

[43] ECtHR, *Ddniel Karsai v. Hungary,* No. 32312/23, Final Judgment, of 2 September 2024. Il giudice Felici si è espresso con una *dissenting opinion*, richiamando *Dworkin*: «Making someone die in a way that others approve, but he believes a horrifying contradiction of his life, is a devastating, odious form of tyranny».

[44] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §§ 178-179.

Il ragionamento a sostegno della decisione prende avvio da un'analisi comparativa della normativa vigente in quarantadue Stati membri del Consiglio d'Europa,[45] che ha consentito alla Corte di verificare l'esistenza o meno di un *consensus* europeo in materia di morte medicalmente assistita.

Richiamando il proprio consolidato orientamento giurisprudenziale,[46] la Corte ha ribadito che, in presenza di questioni che investono valutazioni di natura etica o morale, il bilanciamento degli interessi contrapposti rientra, in linea di principio, nell'ambito del margine di apprezzamento riservato agli Stati membri[47]. Tale margine, pur essendo considerevole, non è illimitato e rimane soggetto alla supervisione della Corte. Spetta ad essa verificare, in ultima istanza, se le autorità nazionali abbiano ecceduto i limiti consentiti nel bilanciamento tra i diritti e gli interessi in gioco.

Quattro sono stati gli elementi tenuti in considerazione nella pronuncia: i) il margine di apprezzamento degli Stati; *ii)* il bilanciamento nel caso concreto tra cure palliative, sofferenza esistenziale e obblighi positivi dello Stato; *iii)* il divieto penale extraterritoriale; *iv)* la pretesa violazione dell'articolo 14 e la distinzione tra RWI e PAD e *v)* la clausola evolutiva relativa al § 167 e al suo significato.

Per quanto attiene al primo elemento, ossia il margine di apprezzamento, la Corte ha innanzitutto individuato i fattori che ne determinano l'ampiezza. Da un lato, le scelte attinenti al fine vita coinvolgono aspetti particolarmente qualificanti della vita privata dell'individuo, il che tenderebbe a restringere la discrezionalità degli Stati. Dall'altro, tuttavia, due elementi rientrano in un margine considerevole relativo all'assenza di un *consensus* europeo sulla materia e alla natura eticamente sensibile delle questioni coinvolte.

Sicché, la Corte ha rilevato che – nonostante qualche caso isolato – la maggioranza degli Stati membri del Consiglio d'Europa continui a vietare e a perseguire penalmente l'assistenza al suicidio, inclusa la morte medicalmente assistita[48].

Tale tendenza, pur meritevole di attenzione nell'ottica dell'interpretazione evolutiva della Convenzione, non è sufficiente a configurare un *consensus* europeo, tanto più che i pertinenti strumenti internazionali – inclusa la Convenzione di Oviedo – non forniscono alcun fondamento per concludere che gli Stati membri siano tenuti a fornire accesso alla morte medicalmente assistita. Il divieto penale di suicidio assistito previsto dall'ordinamento ungherese è ritenuto dalla Corte non solo conforme al principio di legalità – in quanto norma chiara, accessibile e prevedibile nelle sue conseguenze –, ma anche rispondente a una pluralità di obiettivi legittimi: la protezione dei soggetti vulnerabili da potenziali abusi, la salvaguardia dell'integrità deontologica della professione medica e la tutela dei valori

[45] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 58-63.

[46] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §§ 122-131.

[47] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 139.

[48] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §§ 139-141. Si v. M. LUCIANI, *Diritto a farsi curare e diritto a non farsi curare*, in *Le pronunce di illegittimità costituzionale in settanta anni di attività della Corte costituzionale. Volume 4 – La salute*, Corte costituzionale, 2025, disponibile su www.cortecostituzionale.it. Nel richiamare la sentenza *Karsai c. Ungheria*, l'A. ha osservato che la Corte EDU ha riconosciuto agli Stati un considerevole margine di apprezzamento nel bilanciare il diritto alla vita privata e le ragioni di tutela della vita umana, in considerazione della persistente assenza di un consenso in materia tra gli Stati del Consiglio d'Europa.

morali della società con riguardo alla concezione e alla valorizzazione della vita umana. Su tali basi, la Corte ha concluso che le autorità ungheresi, nell'esercizio del proprio margine di apprezzamento, non hanno oltrepassato i limiti consentiti dalla Convenzione.

Un passaggio particolare riguarda la censura relativa al carattere asseritamente discriminatorio (ex art. 14 CEDU) del divieto verso i pazienti, come il Governo ungherese aveva qualificato l'accesso alla morte medicalmente assistita. Si tratta della tesi secondo cui tale pratica si fonderebbe su assunzioni implicite circa il minor valore delle vite dei malati o dei disabili. La Corte ha respinto questo argomento al § 148, ritenendo che criteri come la malattia terminale o incurabile non implichino affatto una svalutazione della vita di quei pazienti, ma riflettano piuttosto il delicato equilibrio tra dignità, autodeterminazione e rischi di abuso che il legislatore è chiamato a governare.

Il secondo profilo attiene al bilanciamento nel caso concreto tra cure palliative, sofferenza esistenziale e obblighi positivi dello Stato. Rispetto a ciò, la Corte è stata chiamata ad esaminare se le autorità ungheresi abbiano garantito un equo bilanciamento tra l'interesse del ricorrente ad accedere alla morte medicalmente assistita e le esigenze di tutela degli interessi contrapposti. A tal ragione, si è soffermata su due profili, ovverosia la disponibilità di alternative terapeutiche e la rilevanza della sofferenza esistenziale lamentata dal ricorrente. Quanto alla disponibilità di alternative terapeutiche, la Corte ha sottolineato come le cure palliative di elevata qualità – incluso l'accesso a un'efficace gestione del dolore e alla sedazione palliativa – costituiscano, in molte situazioni e certamente in quella del ricorrente, un elemento essenziale per garantire una morte dignitosa[49]. Sulla base delle testimonianze degli esperti ascoltati nel procedimento, la Corte ha rilevato che le opzioni offerte dalle cure palliative, compresa la sedazione continua profonda nelle fasi terminali, sono generalmente in grado di fornire sollievo ai pazienti affetti da SLA. Il ricorrente non aveva allegato l'inadeguatezza delle cure palliative disponibili in Ungheria, né contestato la possibilità di accedere alla sedazione palliativa per alleviare le sofferenze refrattarie. Aveva altresì omesso di contestare la facoltà di accelerare il proprio decesso rifiutando l'assistenza ventilatoria al sopraggiungere della fase di dipendenza da tale trattamento[50]. In questa prospettiva, il rifiuto del ricorrente di avvalersi della sedazione palliativa – motivato dal desiderio di non perdere il residuo margine di autonomia e controllo sulla propria esistenza – è stato qualificato dalla Corte come scelta personale pienamente legittima, ma inidonea, in quanto tale, a fondare un obbligo positivo delle autorità di fornire soluzioni alternative o di legalizzare il suicidio assistito. Sul punto la Corte è stata netta. Essa ha escluso espressamente, al § 158, che le autorità ungheresi siano venute meno a qualsivoglia obbligo positivo derivante dall'art. 8 in materia di cure palliative, non avendo il ricorrente allegato l'inadeguatezza di quelle disponibili nel proprio ordinamento[51].

Quanto alla rilevanza della sofferenza esistenziale, la Corte ne ha riconosciuto pienamente la gravità e, parimenti, che tale sofferenza può essere refrattaria ai trattamenti

[49] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 152.
[50] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 155.
[51] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §§ 153-158.

medici disponibili. Ciò premesso, la Corte ha osservato che la sofferenza esistenziale attiene essenzialmente all'esperienza soggettiva del paziente, è suscettibile di mutamento nel tempo e non si presta a una valutazione obiettiva univoca. Tali caratteristiche rendono particolarmente complessa la definizione di criteri affidabili per la sua rilevanza ai fini dell'accesso alla morte medicalmente assistita. La Corte ha aggiunto che tale condizione di vulnerabilità esige dalle autorità un approccio fondamentalmente umano nella gestione di queste situazioni, che deve necessariamente includere cure palliative ispirate a compassione e ad elevati standard medici[52].

Con specifico riguardo all'applicazione extraterritoriale del divieto penale, invece, la Corte ha deciso di affrontare separatamente la censura del ricorrente. La stessa ha osservato che garantire al ricorrente la possibilità di avvalersi della procedura all'estero senza che ciò comportasse conseguenze penali per chi lo assistesse avrebbe richiesto allo Stato ungherese di introdurre un'eccezione nel funzionamento del proprio sistema penale. Siffatta richiesta è stata ritenuta non compatibile con il margine di apprezzamento riconosciuto agli Stati in materia. Del resto, nell'ordinamento ungherese, la motivazione del responsabile, le circostanze del fatto e il grado di pericolosità sociale dell'azione possono essere valutati come circostanze attenuanti nella commisurazione della pena, con possibilità di scendere al di sotto del minimo edittale. Tale elemento di flessibilità è stato reputato sufficiente ai fini della proporzionalità del sistema sanzionatorio.

Con riguardo al quarto profilo, fondato sugli artt. 14 e 8 CEDU, la Corte ha verificato se la diversa disciplina tra i pazienti che possono anticipare il decesso mediante il rifiuto o l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale e quelli che, come il ricorrente, non dispongono di tale possibilità, integri una discriminazione vietata dalla Convenzione. La Corte ha escluso la violazione, ritenendo la differenza di trattamento sorretta da una giustificazione oggettiva e ragionevole. Il punto centrale del ragionamento ha riguardato la distinzione teorica tra le due fattispecie. Il diritto di rifiutare o richiedere l'interruzione di trattamenti sanitari – anche salvavita – è intrinsecamente connesso al principio del consenso libero e informato agli interventi medici, ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale e sancito dalla Convenzione di Oviedo[53]. Tale diritto non implica una scelta attiva di morire, ma costituisce l'esercizio della libertà di non sottoporsi a un trattamento. È la malattia a determinare il decesso, non un atto di terzi[54]. Di contro, la morte medicalmente assistita presuppone un intervento attivo del medico e comporta rischi di abuso e implicazioni sociali che vanno ben oltre quelli connessi al rifiuto di trattamenti. Tali differenze, confermate dal dato comparativo – la quasi totalità degli Stati membri

[52] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, § 166.

[53] La Convenzione di Oviedo si appropinqua a festeggiare il primo trentennio. Sulla sua evoluzione negli ultimi venti anni si v. E. SAVARESE, *Questioni sul fine vita a vent'anni dalla Convenzione di Oviedo: consolidati principi e permanenti incertezze*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, n. 2, 2017, 321-360.

[54] Come ha chiarito la stessa Corte costituzionale italiana già nell'ordinanza n. 207/2018, il diritto alla vita preclude di rinvenire nell'ordinamento un diritto soggettivo al suicidio assistito, sicché la non punibilità di talune condotte di aiuto al suicidio non equivale al riconoscimento di quest'ultimo come diritto. Sul punto cristallino è C. CARUSO, , *La libertà dimezzata. Il «fine vita» ai tempi della polarizzazione etica*, op. ult. cit. che parla di "libertà di autodeterminazione terapeutica" distinta da un diritto a morire.

ammette il RWI, mentre solo una minoranza consente forme di PAD –, giustificano un trattamento giuridico differenziato delle due situazioni[55].

Un ulteriore profilo merita segnalazione. Il ricorrente aveva lamentato che il divieto assoluto di assistenza al suicidio, introdotto nell'ordinamento ungherese nel 1878, non fosse mai stato oggetto di revisione sostanziale da parte del legislatore. La Corte ha esaminato questo argomento nei §§ 164-165, riconoscendo che il Governo non aveva contestato l'assenza di tale revisione, ma ritenendo che questo elemento non fosse determinante ai fini del giudizio di proporzionalità, anche alla luce del fatto che la Corte costituzionale ungherese conserva la facoltà di riesaminare la questione su impulso di nuovi ricorrenti.

L'elemento di maggiore novità della pronuncia è la clausola evolutiva contenuta nel § 167. Nella parte conclusiva della motivazione, pur avendo escluso qualsiasi violazione della Convenzione, la Corte ha affermato che la necessità di misure giuridiche appropriate deve essere tenuta sotto costante revisione, alla luce degli sviluppi nelle società europee e degli standard internazionali in materia di etica medica. L'affermazione sembra essere volutamente cauta – i giudici non hanno riconosciuto, nemmeno implicitamente, un diritto convenzionale alla morte medicalmente assistita –. Letta alla luce della dottrina della Convenzione come strumento vivente, essa segnala che il margine di apprezzamento riconosciuto agli Stati non ha carattere permanente ed è assimilabile a una fisarmonica. La sua ampiezza – o la sua contrazione – dipende dall'emersione e dal consolidamento di un *consensus* europeo, che la Corte stessa riconosce essere in progressiva evoluzione. In questa prospettiva, il § 167 vale come una sorta di avvertimento ai legislatori nazionali: l'assenza attuale di *consensus* non ne preclude la formazione futura, e quando ciò accadesse, il margine si restringerebbe di conseguenza.

Questa lettura troverebbe conferma, a contrario, dalla critica del giudice Wojtyczek nella sua opinione parzialmente dissenziente. Egli ha palesato il timore che una Convenzione così interpretata – aperta a recepire i mutamenti sociali attraverso la dottrina dello strumento vivente – possa evolvere, per via giurisprudenziale, verso l'imposizione di obblighi di legalizzazione dell'eutanasia, minando le fondamenta del sistema convenzionale e trasformando uno strumento di tutela in una sorta di "*dying instrument*". La tensione tra queste due letture – quella maggioritaria, che affida ai legislatori nazionali la responsabilità dell'evoluzione normativa, e quella minoritaria, che teme una deriva interpretativa – costituisce il nodo più rilevante che la sentenza *Karsai* lascia aperto.

4. Riflessioni conclusive sull'apparente approccio conservativo della Corte

La sentenza *Karsai c. Ungheria* si presta a una duplice lettura, i cui piani devono essere distinti per non incorrere in equivoci interpretativi.

Sul piano metodologico-procedurale, la pronuncia è di rigetto integrale. La Corte non riconosce, nemmeno in maniera implicita, un diritto alla morte medicalmente assistita

[55] Corte EDU, 13 giugno 2024, Karsai c. Ungheria, §§ 141-144.

ricavabile dalla Convenzione. Se, da un lato, l'art. 2 non viene reinterpretato, dall'altro, l'art. 8 non discendono obblighi positivi in capo agli Stati di fornire accesso al suicidio assistito. Pertanto, il divieto penale ungherese è ritenuto conforme alla Convenzione, in quanto rispondente a obiettivi legittimi – protezione dei soggetti vulnerabili, salvaguardia dell'integrità deontologica della professione medica, tutela dei valori morali della società – e proporzionato rispetto all'ingerenza nel diritto alla vita privata del ricorrente.[56] Su questo piano, *Karsai* conferma e consolida la linea inaugurata da *Pretty c. Regno Unito* nel 2002 e mai sostanzialmente deviata nella successiva parabola giurisprudenziale qui ricordata.

Tuttavia, sul piano dell'interpretazione evolutiva, la pronuncia introduce un elemento di significativa novità. Nello specifico, si tratta del § 167, che costituisce il passaggio di maggiore originalità della sentenza. Con tale passaggio, la Corte segnala che la necessità di misure giuridiche appropriate dovrà essere tenuta sotto costante revisione alla luce degli sviluppi nelle società europee e degli standard internazionali di etica medica[57]. Questa clausola evolutiva non muta lo stato attuale del diritto convenzionale, ma prefigura la possibilità di una futura possibile contrazione del margine di apprezzamento degli Stati. Si badi, però, qualora la tendenza alla decriminalizzazione del suicidio assistito – già rilevabile in alcune direzioni tanto legislative quanto giudiziarie negli ordinamenti di Austria, Francia, Germania, Italia, Portogallo e Spagna[58] – dovesse consolidarsi in un vero e proprio *consensus* europeo. La Corte non fotografa una transizione già in atto, ma sembra quasi offrire un monito.

Ad ogni modo, la duplice natura della sentenza impone alcune riflessioni di più ampio respiro, che emergono dall'analisi del «mosaico normativo» e dalla parabola giurisprudenziale.

In primo luogo, occorre ribadire con chiarezza la distinzione dogmatica fondamentale che *Karsai* conferma in modo netto. Il diritto all'autodeterminazione terapeutica – inteso come facoltà del paziente di rifiutare o interrompere trattamenti sanitari, anche salvavita – non implica né sul piano convenzionale né su quello interno il riconoscimento di un diritto a morire. Come ha chiarito la Corte costituzionale italiana già nell'ordinanza n. 207/2018, il diritto alla vita preclude di rinvenire nell'ordinamento un diritto di rinunciare a vivere. La non punibilità condizionata dell'aiuto al suicidio non è il riconoscimento di un diritto soggettivo, ma la delimitazione di un'area di non applicabilità di una norma penale al ricorrere di specifici presupposti[59]. Analogamente, come ha argomentato la dottrina più

[56] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, §§ 132-133 e 143-146.

[57] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, § 167: «the need for appropriate legal measures should therefore be kept under review, having regard to the developments in European societies and in the international standards on medical ethics in this sensitive domain».

[58] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, § 143, ove la Corte rileva un *trend* emergente verso la decriminalizzazione del suicidio medicalmente assistito, specie con riguardo ai pazienti affetti da patologie incurabili. Si noti che la Corte distingue tra i cinque ordinamenti che hanno legalizzato forme di PAD (Belgio, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna, Portogallo) e i sette nei quali alcune forme di suicidio assistito sono parzialmente diventate legali ovvero è stata circoscritta un'area di non punibilità. A tal proposito, si v. anche i §§ 59-62.

[59] Corte cost., ord. n. 207/2018, *Considerato in diritto* 5; sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto* 2.3. Nel senso che la non punibilità condizionata non equivale al riconoscimento di un diritto soggettivo. A tal proposito si v. il recentissimo contributo di C. Caruso, *La libertà dimezzata. Il «fine vita» ai tempi della polarizzazione etica*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2026, 363 ss., spec. 365-366. Si v. altresì M. Luciani, *Diritto a farsi curare e diritto a non farsi curare*, in *Le pronunce di illegittimità*

recente, l'assenza di un diritto a morire nella CEDU non costituisce una lacuna da colmare in via interpretativa, bensì una scelta consapevole dei redattori della Convenzione, confermata dalla costante giurisprudenza della Corte[60].

La distinzione tra RWI e PAD – al centro del ragionamento nella sentenza *Karsai* – riflette precisamente questa differenza: se nel primo caso è la malattia a determinare il decesso, nel secondo, invece, è richiesto un intervento attivo del medico che comporta rischi di abuso e implicazioni sistemiche di tutt'altra portata[61].

Appare doveroso segnalare che che questa distinzione, pur dogmaticamente corretta, è stata oggetto di critica. La differenza di trattamento tra chi può accelerare il proprio decesso rifiutando trattamenti di sostegno vitale e chi – come il ricorrente – non vi dipende e non dispone della stessa facoltà, può essere letta come una diseguaglianza ancorata alla condizione clinica del paziente piuttosto che alla sua volontà. Una diseguaglianza che la Corte ha ritenuto giustificata sotto l'art. 14, ma che alcuni autori hanno ritenuto essere stata trattata con eccessiva superficialità[62]. Riconoscere questo limite non inficia la correttezza della soluzione adottata; segnala, piuttosto, che la questione della non discriminazione in materia di fine vita rimane aperta e merita sviluppi giurisprudenziali più approfonditi.

In secondo luogo, la lettura della sentenza impone una riflessione sul metodo interpretativo della Corte e sui suoi limiti istituzionali. La dottrina della Convenzione come strumento vivente, richiamata nel § 167, non opera per via giurisprudenziale in maniera autonoma. Essa dipende dall'emersione di un *consensus* che è, per sua natura, un fatto degli ordinamenti nazionali, non della Corte stessa. In altre parole, il § 167 non va letto come una mera clausola di stile, bensì come una strategia dialogica che la Corte ha già percorso in altri ambiti sensibili. Il precedente più illuminante è quello relativo al riconoscimento giuridico del cambiamento di sesso, allorquando, in una serie di pronunce degli anni Ottanta e Novanta – *Rees*, *Cossey*, *Sheffield e Horsham* –, la Corte aveva accordato al Regno Unito un ampio margine di apprezzamento emettendo, al contempo, avvertimenti circa la necessità di tenere la normativa sotto costante revisione in ragione di una tendenza allora emergente. Quando il legislatore britannico aveva omesso di adeguarsi, la Corte aveva infine riscontrato una violazione dell'art. 8 in *Christine Goodwin c. Regno Unito* (2002), richiamando esplicitamente i propri precedenti moniti[63].

---

costituzionale in settanta anni di attività della Corte costituzionale. Volume 4 – La salute, Corte costituzionale, 2025, disponibile su www.cortecostituzionale.it.

[60] C.C. Mureşan, *The (Un)Likely Emergence of a "Right to Die" under the European Convention on Human Rights*, in *Review of European and Comparative Law*, vol. 62, n. 3, 2025, 23 ss., spec. 35, ove si conclude che «a right to die cannot emerge under Articles 2 and 8 without contravening the European Convention on Human Rights».

[61] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, §§ 103-107 e 173-175.

[62] N. Papadopoulou, E. Wicks, *The Contribution of the European Court of Human Rights to End-of-Life Law and Practice: Looking Back to Look Forward*, in E. Wicks, N. Papadopoulou (eds.), *Research Handbook on Human Rights Law and Health*, Brill, Leiden, 2026, 218 ss., spec. 229-231, ove le AA. osservano che la Corte ha trattato in modo superficiale le discriminazioni fondate sulla condizione clinica del paziente, non sviluppando adeguatamente le potenzialità dell'art. 14 in combinato disposto con gli artt. 3 e 8 CEDU.

[63] Corte EDU, 17 ottobre 1986, *Rees c. Regno Unito*; 27 settembre 1990, *Cossey c. Regno Unito*; 30 luglio 1998, *Sheffield e Horsham c. Regno Unito*; 11 luglio 2002, *Christine Goodwin c. Regno Unito*, § 92, ove la Corte richiama espressamente i propri precedenti moniti sulla necessità di tenere la normativa sotto costante revisione. Il parallelo con la clausola evolutiva di *Karsai* § 167 è segnalato da Papadopoulou, Wicks, *op. cit.*, 240-241.

È verosimile che il § 167 di *Karsai* sia potenzialmente in grado di segnare l'avvio di una traiettoria analoga per la PAD. Una sorta di "tra il già e il non ancora". Difatti, pur non trattandosi ancora una violazione, rappresenta comunque un avvertimento che i legislatori nazionali non possono ignorare senza rischiare di ritrovarsi, in futuro, fuori da un *consensus* che la stessa Corte stava osservando formarsi.

Il monito del giudice Wojtyczek, che teme una deriva capace di trasformare la Convenzione in uno «dying instrument»,[64] chiarisce tuttavia i limiti entro i quali questa strategia può operare. La Corte si pone in posizione ricettiva, non propulsiva, e il principio di sussidiarietà che presiede il sistema convenzionale impone che siano i legislatori nazionali a guidare il processo.

In questo scenario, la tensione tra le due opinioni separate – quella del giudice Wojtyczek, che invoca maggiore restrizione, e quella del giudice Felici, che cerca «different, fairer outcome» e non ravvisa ostacoli giuridici insuperabili a un obbligo positivo di regolamentazione della PAD – costituisce la fotografia più fedele del momento in cui *Karsai* si inscrive[65]. La Corte si colloca deliberatamente tra questi due poli opposti, cercando di offrire un bilanciamento. Se da un lato ha deciso di non accogliere la lettura progressista di Felici, dall'altro non si è nemmeno chiusa nella prospettiva restrittiva di Wojtyczek. In estrema sintesi, è possibile annoverare questa pronuncia tra quelle di equilibrio consapevole.

In terzo luogo, nella decisione *Karsai* trova espressa menzione il caso italiano, laddove questo ordinamento è annoverato dalla Corte tra quelli che hanno conosciuto una tendenza alla decriminalizzazione del suicidio assistito per via giudiziaria[66]. Si badi però che la posizione italiana non è quella della decriminalizzazione in senso tecnico né del riconoscimento legislativo di un diritto al suicidio assistito. È quella della non punibilità condizionata dell'art. 580 c.p., perimetrata da requisiti elaborati in via pretoria in assenza di una disciplina legislativa organica[67]. Questa condizione di impasse – opportunamente definita come il paradigma beckettiano di un ordinamento che attende un legislatore che non arriva[68] – è al tempo stesso la premessa e il limite del contributo italiano all'evoluzione del *consensus* europeo. Il perdurante immobilismo del Parlamento non produce un orientamento chiaro. Lascia la materia in una zona grigia che né consolida né, tantomeno, orienta la tendenza europea. Nel frattempo, molteplici tensioni continuano a scaricarsi sulla Corte costituzionale, costretta a intervenire ripetutamente con decisioni, precisazioni, etc. Una vicenda che sembra destinata a non chiudersi fintantoché il legislatore non si decide a intervenire con una disciplina di sistema.

Occorre peraltro considerare, in prospettiva, cosa accadrebbe se il *trend* riconosciuto dalla Corte in *Karsai* si consolidasse progressivamente in un *consensus* europeo. In tale ipotesi, non emergerebbe necessariamente, in via immediata, un diritto soggettivo alla PAD. Potrebbe

[64] Wojtyczek, opinione parzialmente dissenziente, *Karsai c. Ungheria*, cit.

[65] Felici, opinione dissenziente, *Karsai c. Ungheria*, §§ 1 e 6: «a different, fairer outcome»; «no insurmountable legal obstacles» a un obbligo positivo di regolamentazione. V. anche Papadopoulou, Wicks, *op. cit.*, 244-245.

[66] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, § 143; §§ 59-62.

[67] C. CARUSO, *op. cit.*, 363 ss.; M. LUCIANI, *op. cit.*.

[68] C. CARUSO, *op. cit.*, 363-364.

emergere, almeno in una prima fase, l'obbligo per gli Stati di procedimentalizzare adeguatamente l'accesso alla morte medicalmente assistita, secondo standard analoghi a quelli che la Corte ha già delineato in *Mortier c. Belgio* per gli ordinamenti che abbiano scelto di regolarla[69]. Questo profilo prospettico è di particolare rilievo per il legislatore italiano. Ove decidesse di intervenire, sarebbe chiamato non solo a definire i presupposti sostanziali di accesso, ma a costruire un sistema procedurale in grado di resistere al vaglio convenzionale. Un sistema che garantisca l'autonomia e la libera formazione della volontà del paziente, l'effettività delle garanzie contro i rischi di abuso, e la disponibilità di alternative palliative di qualità.

Un'ultima considerazione attiene al profilo della sofferenza esistenziale, che la Corte EDU ha esaminato con una sensibilità che merita di essere rilevata nel quadro più ampio del dibattito sulla «morte dignitosa». Con *Karsai*, la Corte si mostra consapevole che il fine vita è un paesaggio normativo e umano assai più vasto della sola questione della PAD, e che una morte dignitosa può essere perseguita attraverso percorsi diversi e non necessariamente esclusivi (le cure palliative di qualità, la sedazione profonda, il rifiuto di trattamenti di sostegno vitale)[70]. La Corte riconosce pienamente la gravità della sofferenza esistenziale lamentata dal ricorrente e ammette che essa può essere refrattaria ai trattamenti disponibili[71]. Ma osserva anche che tale sofferenza attiene all'esperienza soggettiva del paziente, è suscettibile di mutamento nel tempo e non si presta a una valutazione obiettiva univoca. Da ciò discende non un'indifferenza verso il dolore del ricorrente, ma la constatazione che la sofferenza esistenziale non può fungere da criterio giuridicamente affidabile per l'accesso alla PAD senza comportare rischi di abuso difficilmente governabili. Le autorità sono tenute a garantire un approccio fondamentalmente umano – incluso l'accesso a cure palliative ispirate a compassione e ad elevati standard medici[72] – che sposta la questione sul piano degli obblighi positivi di assistenza, dove la risposta convenzionale può essere più precisa e verificabile. Che tale risposta sia sufficiente per ogni singolo paziente – come nel caso di Karsai, che aveva rifiutato la sedazione per non perdere la propria autonomia – è questione che il diritto convenzionale, allo stato, non può risolvere. Può solo indicare che quella scelta, pur legittima, non impone allo Stato un obbligo convenzionale di fornire soluzioni alternative.

La sentenza *Karsai*, in conclusione, non è né conservativa né progressiva in senso pieno. È una pronuncia di equilibrio in un momento di transizione normativa. Essa rispecchia fedelmente lo stato attuale del diritto convenzionale – che non impone la legalizzazione della morte medicalmente assistita – ma si rifiuta di cristallizzarlo, inaugurando una strategia

[69] Corte EDU, 4 ottobre 2022, *Mortier c. Belgio*, §§ 142-145. V. Papadopoulou, Wicks, *op. cit.*, 232-234, ove le AA. osservano che la Corte invia un messaggio chiaro agli Stati con sistemi regolati di morte medicalmente assistita: l'art. 2 CEDU esige standard procedurali molto elevati, incluse garanzie di indipendenza del controllo ex post e tempestività delle verifiche. Sul caso *Mortier* si v. già *supra*, note 22, 24, 25, 26.

[70] Papadopoulou, Wicks, *op. cit.*, 219-222, spec. 221: «the Court's comments recognise a dignified, peaceful end as the ultimate goal in the context of the end of life», perseguibile attraverso percorsi diversi e non mutualmente esclusivi.

[71] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, §§ 156-160. Per una ricostruzione della giurisprudenza CEDU in materia di fine vita si v. già *supra*, nota 14.

[72] Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, §§ 161-162.

dialogica che affida ai legislatori nazionali la responsabilità dell'evoluzione normativa mentre avverte che tale evoluzione sarà osservata. La combinazione tra la traiettoria confermativa sul piano sostanziale e la clausola evolutiva sul piano metodologico restituisce un'immagine della Corte consapevole della propria posizione istituzionale: garante di un equilibrio plurale tra ordinamenti, non artefice di una convergenza che spetta ai legislatori nazionali – al Parlamento italiano troppo a lungo sottrattosi alle proprie responsabilità – decidere se, e in quale direzione, orientare.