



LOREDANA MURA*

DALL'IMPRESCINDIBILITÀ ALL'IRRILEVANZA DEL CONSENSO AL FINE-VITA: QUANDO LA CORTE EDU PREFERISCE RISPETTARE LA “SENSIBILITÀ” DELLO STATO ANZICHÉ QUELLA DELLA PERSONA UMANA

SOMMARIO: 1. La questione dell'esistenza di un “diritto” al fine-vita e le condizioni del suo riconoscimento nei confronti dei pazienti più vulnerabili. – 2. La giurisprudenza CEDU e il problema della individuazione di uno *standard* normativo europeo sul fine-vita: il dovere dello Stato di tutelare il diritto alla vita e all'autonomia scelta del paziente. – 3. *Segue*: Il consenso del paziente al proprio fine-vita ex art. 8 CEDU come forma di deroga all'assolutezza dell'obbligo statale di tutela della vita ex art. 2 CEDU. – 4. *Segue*: I soggetti legittimati a chiedere il fine-vita e il dovere dello Stato di tutelare i loro interessi senza incoraggiare tale pratica. – 5. *Segue*: Il *favor* della Corte EDU al fine-vita (RWI) e le differenti sensibilità degli Stati membri nella materia. Il divieto di eutanasia (PAD). – 6. Il carattere personale e intransferibile del diritto al fine-vita e la legittimazione a ricorrere alla Corte EDU nei casi di pazienti altamente vulnerabili. – 7. L'ampliamento del margine di apprezzamento dello Stato per effetto dell'introduzione di formule vaghe e indeterminate come quella del “divieto di accanimento terapeutico”. – 8. *Segue*: Dall'imprescindibilità del diritto di scelta del paziente (o dei suoi familiari) alla sua irrilevanza giuridica. – 9. La pretesa dello Stato di decidere il fine-vita del paziente: quando l'assolutismo dello Stato annienta l'autonomia della persona. – 10. Il prevalere della “sensibilità” dello Stato su quella della persona umana nella giurisprudenza CEDU: il fine-vita come imposizione anziché come scelta.

1. *La questione dell'esistenza di un “diritto” al fine-vita e le condizioni del suo riconoscimento nei confronti dei pazienti più vulnerabili*

Quella del fine-vita è una questione complessa e molto controversa che non cessa di sollevare dubbi e problemi di varia natura (giuridica, morale, sanitaria, religiosa ecc.) specie quando riguarda una persona affetta da una patologia fortemente invalidante e, pertanto, sia priva di autonomia decisionale. In primo luogo, essa solleva il dubbio se l'anticipazione della propria morte possa rientrare in un concetto di “libertà” e costituire l'oggetto di un vero e proprio “diritto”, espressione dell'evoluzione giuridica e morale della società. In secondo luogo, essa pone il problema di stabilire a chi spetti, nel caso di una persona particolarmente vulnerabile, il potere di manifestare la volontà di esercitare un tale e presunto diritto. Sul tema

* Ricercatrice confermata di Diritto internazionale presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Brescia.

non hanno mancato di pronunciarsi le massime istituzioni di livello sia nazionale che internazionale. Nel nostro Paese il dibattito è tornato recentemente ad animarsi in seguito ai pronunciamenti¹ della Corte costituzionale che, fra l'altro, ha rinnovato il suo «stringente appello»² al Legislatore nazionale affinché si impegni a colmare il vuoto normativo esistente in una materia così delicata e spinosa come questa: a tal proposito, benchè la Corte costituzionale abbia auspicato la necessità che una siffatta legge sia principalmente finalizzata a prevenire il pericolo di abusi e di condizionamenti a causa dello stato di elevata vulnerabilità dei malati potenzialmente ammissibili al fine-vita (definiti generalmente come “terminali”), non ha fatto alcun cenno specifico ai pazienti gravemente vulnerabili – come i disabili psicosofici, gli incapaci e i minori d'età – e all'esigenza che questi ricevano una protezione *ad hoc*, cioè che tenga conto della loro condizione particolare e quindi stabilisca i modi in cui prendersi cura dei loro specifici interessi. Del resto, è proprio dal rispetto che un ordinamento riserva ai più fragili che si misura il suo effettivo livello di progresso e di civiltà e, quindi, la qualità dei diritti da esso riconosciuti.

Per quanto concerne invece l'ambito internazionale, grande punto di riferimento (come si evince anche dalla citata giurisprudenza della nostra Corte costituzionale) e fonte di grande interesse continuano ad essere le pronunce della Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte EDU). A differenza del nostro Giudice delle Leggi, la Corte di Strasburgo in un primo tempo ha inaugurato un filone giurisprudenziale appositamente dedicato ai più vulnerabili, fra i quali anche i minori; tuttavia, dopo la trattazione di alcuni casi, essa ha deciso far confluire tutti questi casi in una medesima giurisprudenza comune³. Questa operazione non ha avuto solo l'effetto di annullare le differenze esistenti fra i malati di cui si tratta, ma altresì di indebolire la già fragile trama della normativa vigente sul fine-vita, con la conseguenza di eliminare i pochi punti fermi esistenti (il c.d. *standard* normativo comune europeo) e, soprattutto, di attenuare le vigenti forme di garanzia contro gli abusi e gli eccessi da parte di soggetti pubblici o privati.

Si consideri al riguardo, che un'esperienza così cruda e, al tempo stesso, così potente come quella di una persona incapace per effetto dell'età o di un disturbo psico-fisico, avrebbe dovuto scatenare il bisogno urgente di affrontarla e di risolverla nel miglior modo possibile; viceversa, essa sembra avere prodotto un atteggiamento di rimozione e di rifiuto della sua elaborazione. Infatti, dopo la grande eco mediatica che queste vicende sono suscettibili di scatenare, tutto sembra dissolversi e lasciare spazio ad un inquietante silenzio; talché i problemi restano, peggiorati da una normativa che, lungi dal porvi rimedio, li alimenta.

La ragione da cui prende le mosse la presente indagine, pertanto, è data sicuramente dal carattere di assoluta attualità e urgenza dell'argomento del fine-vita dei soggetti altamente vulnerabili, ma anche dal fatto che, pur trattandosi di un tema estremamente difficile e

¹ Si tratta delle sentenze della Corte costituzionale italiana n. 66 del 27 marzo 2025 e n. 204 del 4 novembre 2025.

² Così la sentenza della Corte cost. it. n. 66 del 2025, par. 7.3, cpv. 3. Per un commento v. A. RUGGERI, *La “regionalizzazione” della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione (a prima lettura di Corte cost. n. 204 del 2025)*, in *Consulta OnLine*, 3 gennaio 2026; M. FASAN, *Una disciplina in cerca d'autore. Le scelte di fine vita nel dialogo tra Corte costituzionale e Legislatore, sentenza n. 66 del 2025*, in *Osservatorio Costituzionale*, 2025; A. ROCCO VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema bio-giuridico*, in *Consulta OnLine*, 30 maggio 2025.

³ Da ultimo, si v. in tal senso le sentenze *Medmoune c. France* del 5 febbraio 2026 e *Daniel Karsai c. Hongrie* del 13 giugno 2024, par. 130 che, nell'operare un richiamo ai casi dei minori affetti da malattia “rara” in un caso riguardante, invece, un paziente adulto, lasciano intendere che vi sia una piena identità e corrispondenza fra il regime normativo applicabile agli uni e agli altri.

impattante che riporta alla nostra memoria il ricordo di casi alquanto dolorosi, ci impone di prendere consapevolezza delle conseguenze che il rifiuto della sua elaborazione e della sua mancata risoluzione sono suscettibili di produrre, sicuramente sulla vita dei protagonisti, vittime di queste vicende, ma anche di tutta la collettività che, proprio perciò, è chiamata a rendersi parte attiva della loro risoluzione.

Oltre ad aiutarci a comprendere quali siano le posizioni assunte nel corso del tempo da un organismo così autorevole come la Corte EDU e l'impatto che esse hanno sul piano nazionale (in particolare, su quello italiano), una siffatta indagine ci costringerà a condurre un'analisi introspettiva su quale sia il nostro modo di porci rispetto a un tema così delicato e divisivo quale è quello del fine-vita, ma anche rispetto ai temi ad esso correlati come quello della *vita*, della *malattia*, della *sofferenza* della persona umana.

Vale qui precisare che, per ragioni di economia del lavoro e, auspicabilmente, di maggiore chiarezza espositiva, in questa sede ci si limiterà ad esaminare la giurisprudenza sul fine-vita degli adulti dando specifico rilievo, in questo contesto, a quella dei soggetti altamente vulnerabili come i disabili e gli incapaci. Ci si riserverà, invece, di prendere in esame le pronunce sui minori solo nei limiti in cui queste siano richiamate dalla Corte EDU che, come accennato, le ha considerate assimilabili a quelle sugli adulti. Con ciò proponendoci di trattare tali questioni specificamente e più esaustivamente in un prossimo scritto, alla luce del principio del *best interest of the child* cui esse, a differenza di quelle degli adulti e indipendentemente dal loro oggetto, sono obbligatoriamente sottoposte.

2. La giurisprudenza CEDU e il problema dell'individuazione dello standard normativo europeo sul fine-vita: il dovere dello Stato di tutelare il diritto alla vita e all'autonomia di scelta del paziente

Con questa giurisprudenza la Corte di Strasburgo si propone di fare chiarezza sui principi che caratterizzano la normativa vigente in Europa sul fine-vita e, in tal senso, di verificare l'esistenza di una base normativa (o *standard*) comune⁴ agli Stati membri della Convenzione a cui ancorare il proprio sindacato di legittimità.

L'analisi della Corte prende spunto dalla questione se esista o meno nella CEDU un fondamento del «right to a self-determined death»⁵. Al riguardo essa ha cura di chiarire che non esiste «alcuna base», alla luce dei «relevant international instruments»⁶ vigenti, a fondamento di un obbligo degli Stati di prevedere il diritto al fine-vita⁷. Da ciò discende che il fine-vita (così come l'inizio-vita) sia una questione rientrante nel margine di apprezzamento di ciascuno Stato⁸ che la regolerà «in accordance with the nature of the issues and the importance of the interests at stake [...]»⁹. La stessa Corte tiene tuttavia a precisare che,

⁴ Sul «Common European Standard» v. G. RAIMONDI, *Il multiculturalismo nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Questione Giustizia*, 2017.

⁵ Sentenza *Karsai c. Hongrie* del 13 giugno 2024, par. 89.

⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 143.

⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 125, 143. Nella sentenza *Mortier c. Belgique* del 4 ottobre 2022, par. 119 la Corte precisa che «[e]n particulier, la Cour a estimé qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 un droit de mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique».

⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 139 ss.; *Lambert et Autres c. France* [CG] del 5 giugno 2015, par. 148 secondo cui «la Cour considère que, dans ce domaine qui touche à la fin de la vie, comme dans celui qui touche au début de la vie, il y a lieu d'accorder une marge d'appréciation aux États».

⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 139, 144.

seppur ampia, la discrezionalità statale nella materia non è «*unlimited*»¹⁰: pertanto, qualsiasi disposizione CEDU che possa incidere, anche solo indirettamente, sul fine-vita dovrà considerarsi un limite a tale libertà di autoregolamentazione statale che la Corte EDU ha il dovere di far rispettare. A tale proposito il Giudice di Strasburgo, dopo avere analizzato i numerosi aspetti che caratterizzano la legislazione nazionale degli Stati CEDU, ha ravvisato due elementi comuni¹¹ di importanza fondamentale. Essi concernono in primo luogo, la *vita umana* e quindi il dovere assoluto dello Stato di proteggerla in conformità all'art. 2 CEDU («Diritto alla vita»¹²); e, in secondo luogo, il *consenso individuale* e quindi il dovere dello Stato di non interferire con la libertà di autodeterminazione dell'individuo nelle questioni attinenti la propria vita privata e familiare ai sensi dell'art. 8 CEDU («Diritto al rispetto della vita privata e familiare»¹³). Spetterà pertanto alla Corte il compito di verificare se, nella regolamentazione del fine-vita, lo Stato convenuto si sia conformato a questo *standard* normativo europeo quale risulta dagli articoli 2 e 8 della Convenzione¹⁴.

Nel commentare quindi questi due articoli CEDU, la Corte europea ha acclarato innanzitutto che l'art. 2 CEDU riconosce il diritto alla vita dell'individuo «in the broader sense»¹⁵, come tale uno dei più importanti e inviolabili diritti della CEDU che gli Stati hanno l'obbligo di rispettare¹⁶. A tal riguardo la Corte spiega che l'articolo 2, 1° co. prevede a carico

¹⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 144; *Lambert et Autres c. France* cit., par. 148. Per contro la sentenza *A, B and C v. Ireland* [GC] del 16 ottobre 2010 asserisce che non è chiaro «when the right to life begins came within the States' margin of appreciation because there was no European consensus on the scientific and legal definition of the beginning of life» (*ivi*, par. 237).

¹¹ Così, da ultimo, la sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 130-131; inoltre le sentenze *Mortier v. Belgium* del 4 ottobre 2022, parr. 116-117, 124; *Lambert et Autres c. France* cit., parr. 144-148; *Pretty v. The United Kingdom*, 29 aprile 2002, par. 74 sulla *private life* par. 61. Sull'intangibilità di questi due principi nella disciplina italiana sul diritto al fine-vita v. la citata sentenza costituzionale italiana n. 66 del 2025, spec. par. 7 ss.

¹² Così recita l'art. 2 CEDU: «1. Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita, salvo che in esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un tribunale, nel caso in cui il reato sia punito dalla legge con tale pena. 2. La morte non si considera cagionata in violazione del presente articolo se è il risultato di un ricorso alla forza resosi assolutamente necessario: (a) per garantire la difesa di ogni persona contro la violenza illegale; (b) per eseguire un arresto regolare o per impedire l'evasione di una persona regolarmente detenuta; (c) per reprimere, in modo conforme alla legge, una sommossa o un'insurrezione».

¹³ Così recita l'art. 8 CEDU: «1. Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza. 2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui.

¹⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 145-146. Si tratta di uno *standard* normativo che trova corrispondenza nella disciplina italiana vigente nella materia, come recentemente ribadito dalla giurisprudenza costituzionale: v. al riguardo, la sentenza n. 66 del 2025 par. 7, cpv. 3, 6-8.

¹⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 164.

¹⁶ *Mortier v. Belgium* cit., parr. 116-117, 146. Nella stessa sentenza «[I] Cour rappelle que la première phrase du paragraphe 1 de l'article 2, qui se place parmi les articles *primordiaux* de la Convention en ce qu'il consacre l'une des *valeurs fondamentales* des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe, impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort "intentionnellement" (obligation négative), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligation positive) » (*ivi*, par. 116); «Cette obligation positive matérielle implique pour l'État un devoir *primordial* d'assurer le droit à la vie en mettant en place un cadre législatif et administratif dissuadant de mettre en péril ledit droit. Elle vaut dans le contexte de toute activité, publique ou non, susceptible de mettre en jeu le droit à la vie [...]» (*ivi*, par. 117); sull'interpretazione dell'art. 2 CEDU v. anche *ivi*, par. 129). In termini analoghi sull'art. 2 anche le sentenze *Petrosyan v. Armenia* del 9 gennaio 2025, par. 108; *Lambert et Autres c. France* cit., par. 144; *Centro*

dello Stato sia un obbligo (positivo) di fare ovvero di *adottare misure idonee* a salvaguardare la vita delle persone sottoposte alla sua giurisdizione; sia un obbligo (negativo ossia un divieto) di non fare, vale a dire di *astenersi* dal porre in essere atti e azioni dirette a privare *intenzionalmente* qualcuno della propria vita. L'obbligo positivo sopra menzionato presenta quindi due aspetti: a) il dovere di predisporre un quadro normativo *legislativo* adeguato; b) il dovere di adottare misure operative di tipo *preventivo*. La Corte ha pure aggiunto che questo articolo CEDU sia stato enunciato in modo tale da prevedere una «exhaustive list of exceptions» che «did not include [...] a right to die»¹⁷; si tratta, più esattamente di eccezioni o deroghe al diritto alla vita¹⁸ (e quindi esimenti della responsabilità internazionale dello Stato per violazione dell'art. 2 CEDU) relative a fattispecie penalmente rilevanti, finalizzate cioè ad evitare che l'obbligo di tutela della vita umana a carico dello Stato non costituisca il pretesto e l'occasione per aggirare l'applicazione del diritto penale (*in primis*, quello concernente l'esecuzione di una sentenza di condanna) di quest'ultimo¹⁹. Su queste basi, è escluso che gli Stati possano introdurre una qualsiasi deroga all'obbligo di tutela della vita ex art. 2 CEDU che abbia natura diversa da quella penale²⁰.

3. *Segue: Il consenso del paziente al proprio fine-vita ex art. 8 CEDU come forma di deroga all'assolutezza dell'obbligo dello Stato di tutelare la vita*

Quanto detto in conclusione al precedente paragrafo, non significa comunque che l'art. 2 CEDU escluda ogni altro tipo di eccezione al dovere dello Stato di tutelare la vita e, quindi,

per le risorse giuridiche nell'interesse di Valentin Câmpeanu c. Romania [GC] 2014, par. 130; e la Décision finale sur la requête de la requête no 50490/99 G. *Boso c. l'Italie* (dec.) 2002 in tema di aborto. Su questi aspetti v. Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 2 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo – Diritto alla vita*, (elaborata dalla Cancelleria non vincola la Corte), aggiornata al 31 agosto al 2025, spec. p. 8.

¹⁷ Così la sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., par. 99 che per fugare ogni dubbio al riguardo precisa che l'art. 2 in parola «cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life» (*ivi*, par. 114). In senso analogo la sentenza *Pretty v. The United Kingdom*, 29 aprile 2002, par. 39. Sulla lista di eccezioni cfr. in dottrina N. MCHEDLIDZE, *Application of the Standards of the European Convention of Human Rights by the Common Court of Georgia*, Tbilisi, 2017, pp.14-15.

Sui limiti alla discrezionalità legislativa nella configurazione di 'esimenti' che riducano il livello di tutela del diritto alla vita v. *online* A. COLELLA, *La giurisprudenza di Strasburgo 2008-2010: il diritto alla vita (art. 2 CEDU)*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2011, p. 197 ss., spec. pp. 205-208; 217-219.

¹⁸ Va qui aggiunto che la pena di morte – e quindi l'uso della forza a questo scopo – è vietata nei Paesi europei: il Protocollo n. 6 della Convenzione (aperto alla firma il 28 aprile 1983 ed è entrato in vigore il 1° marzo 1985), ha infatti abolito la pena di morte eccetto che per gli «atti commessi in tempo di guerra o in caso di pericolo imminente di guerra». Attualmente tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa hanno firmato il Protocollo n. 6 e tutti, tranne la Russia, lo hanno ratificato (v. sentenza *Al-Saadoon and Mufidhi v. The United Kingdom* del 2 marzo 2010, par. 116). Il Protocollo n. 13 ha invece abolito la pena di morte in qualsiasi circostanza; aperto alla firma il 3 maggio 2002 ed è entrato in vigore il 1° luglio 2003 esso è stato firmato da tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa e ratificato da tutti salvo uno (Azerbaijan). Su questi aspetti v. Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 2 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo* cit., p. 22.

¹⁹ Cfr. A. COLELLA, *La giurisprudenza di Strasburgo*, cit., p. 205 secondo cui si tratta di un preciso limite all'introduzione, da parte del Legislatore nazionale, di scriminanti e altre cause di non punibilità che, di fatto, sottraggono alla sanzione penale fatti lesivi del diritto alla vita.

²⁰ Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 2 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo* cit., p. 6 secondo cui l'art. 2 in tempo di pace, non ammette alcuna deroga ai sensi dell'articolo 15; inoltre, in virtù del fatto che l'art. 2 (insieme all'art. 3) figura tra le disposizioni più significative e basilari della Convenzione nonché uno dei valori costituzionali degli Stati membri del Consiglio d'Europa, il suo contenuto deve essere interpretato in maniera del tutto restrittiva.

comporti un divieto assoluto al riconoscimento del fine-vita da parte degli Stati membri: invero, lungi dal porre un impedimento di questo tipo alle «national authorities»²¹, tale articolo impone piuttosto che il riconoscimento del fine-vita per via giudiziaria o legislativa²² «is accompanied by appropriate and sufficient safeguards to prevent abuse and thus secure respect for the right to life»²³. Al riguardo, la Corte se esclude che deroghe all'art. 2 CEDU possano derivare a favore della previsione di un diritto all'eutanasia o PAD (in quanto avente ad oggetto una morte *intenzionale*, cioè provocata attivamente dal medico o da un soggetto terzo, pubblico o privato²⁴), viceversa essa ritiene che una deroga sia ammissibile nel caso di «interruzione delle cure di sostegno vitale» (o RWI) da parte del paziente²⁵. La compatibilità di quest'ultima ipotesi con l'art. 2 appare assicurata dal fatto che gli Stati che l'hanno prevista (che sono la maggioranza degli Stati CEDU) l'abbiano temperata attribuendo un'importanza fondamentale e imprescindibile *alle volontà del paziente* (in qualunque modo espresse) *nel corso del processo decisionale*²⁶ sulla pratica del fine-vita, escludendo così la partecipazione intenzionale del medico alla sua esecuzione.

La Corte ha altresì avuto modo di precisare che il fatto che l'art. 2 CEDU non disciplini la «quality of living», nè «what a person chooses to do with his or her life» non significa che questi aspetti non possano essere regolati «by other Articles of the Convention, or in other international human rights instruments»²⁷: al contrario, trattandosi di questioni strettamente soggettive, quindi che variano da individuo ad individuo secondo un giudizio personale, la loro disciplina risulta trovare un solido ancoraggio nel diritto di ogni individuo (e quindi anche di ogni malato) alla propria *autodeterminazione* e, precisamente, nel diritto di ciascuno to

²¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 145.

²² *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142, 145.

²³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 145.

²⁴ Sulla circostanza che anche il personale sanitario rientri nella definizione di «pubblica autorità» idonea a mettere in gioco la responsabilità internazionale dello Stato per violazione dei suoi obblighi CEDU, soccorrono le stesse parole della Corte di Strasburgo (in *Glass v. The United Kingdom* del 18 marzo 2003, par. 71) secondo cui «[t]he Court would add that it has not been contested that the hospital was a public institution and that the acts and omissions of its medical staff were capable of engaging the responsibility of the respondent State under the Convention» (*ibidem*). In termini analoghi v. *S.F.K v. Russia* dell'11 ottobre 2022, par. 80 e la *Partly Dissenting Opinion of Judges Roosma and Lobov* ad essa allegata.

²⁵ Al riguardo va detto che, nel fare ordine sulle diverse modalità di realizzazione della pratica del fine-vita (ovvero sulle «assisted dying practices»: *Karsai c. Hongrie* cit., par. 82) la Corte distingue fra PAD e RWI (*ivi*, par. 82, 170) prendendo spunto dalla Convenzione di Oviedo (*ivi*, par. 171): mentre il concetto di PAD «refers to physician-assisted dying, which covers assisted *suicide* and *voluntary* euthanasia, when such acts are performed in a regulated and medically supported setting», quello di RWI invece «refers to the *refusal* (by the patient) or withdrawal (at the patient's request) of life-sustaining or life-saving interventions, such as respiratory support, which ultimately lead to the death of the patient concerned» (*ivi*, par. 82). Mentre la prima è la pratica di fine-vita più diffusa; viceversa la PAD «continues to be not only legally unavailable but also punishable under criminal law in the majority of the Council of Europe's member States» (*ivi*, par. 160).

²⁶ Così la sentenza *Lambert et Autres c. France* [GC], cit., pp. 147-148 con cui la Corte tiene a precisare che, sebbene non esista «consensus entre les États membres du Conseil de l'Europe pour permettre l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie, même si une majorité d'États semblent l'autoriser», tuttavia un pieno *consensus* esiste «sur le rôle *primordial de la volonté* du patient dans la prise de décision, quel qu'en soit le mode d'expression» (corsivi aggiunti) (*ivi*, par. 147). In senso analogo *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 62. Cfr. sul punto Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 2 della Convenzione europea* cit., pp. 20-21. Sulla imprescindibilità del consenso del paziente L. POLI, *L'ultimo diritto. Esitazioni, contraddizioni, ma anche aperture nella giurisprudenza della Corte EDU in materia di fine vita*, in *Giurisprudenza penale*, 2019, pp. 11, 20-21

²⁷ Così la sentenza *M.P. and Others c. Romania* del 15 aprile 2014, par. 40.

respect for his *private life* enshrined in Article 8 of the Convention»²⁸. Secondo la Corte «the concept of “private life” is a broad term not susceptible to exhaustive definition. It covers the *physical and psychological integrity* of a person»²⁹. La Corte quindi (proprio al fine di escludere il coinvolgimento e quindi l'intenzionalità di un soggetto terzo, diverso dal malato, nel fine-vita) ha cura di porre l'accento sul fatto che «the right to refuse or request discontinuation of unwanted treatment is *inherently* connected to the *right to free and informed consent*»³⁰ del paziente invece che «to a right to be *assisted in dying*»³¹; circostanza questa ancora più vera «where the *refusal to accept* a particular treatment might lead to a *fatal outcome*»³².

Nel passare poi a descrivere i requisiti e le garanzie che devono circondare la manifestazione del consenso al fine-vita da parte del paziente, la Corte ritiene da un lato, che essa debba provenire da un soggetto in possesso di una «full mental capacity»³³ ed essere l'espressione di una volontà «genuine, free from external influence», non sostenuta da forme di preoccupazione, condizionamento, pressione e obblighi di sorta³⁴. Dall'altro, che tale consenso debba concretarsi nell'esercizio di una «liberté de vivre conformément à ses convictions religieuses qui était en jeu» e di un «droit de refuser que fût pratiquée sur sa personne une intervention qui allait à l'encontre de ses valeurs et de sa dignité»³⁵; inoltre, che esso debba consistere nel rifiuto di una terapia o nella rimozione di un supporto vitale, poiché i pazienti terminali che non dipendono da un «life support may give rise to *further* challenges and a risk of abuse» che li rende soggetti ad un più «robust regulatory framework»³⁶. A questo proposito la Corte spiega che è proprio «the *vulnerability* of the class» (ossia della categoria dei

²⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., 85 secondo cui l'art. 8 nel sancire questo diritto dell'individuo chiede il rispetto «for his autonomy, physical and mental integrity and for human dignity, which is the very essence of the Convention» (*ibidem*). Per la dottrina v. P. VALENTI, *Il diritto ad autodeterminarsi: il “fine-vita” nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Dirittifondamentali.it*, 01-01-2022

²⁹ *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 61.

³⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., 175; *Mortier c. Hongrie* cit., par. 146 che parla di un dovere dello Stato «de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie» e di un obbligo a carico dello stesso Stato «à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause». In senso analogo A. COLELLA, *La giurisprudenza di Strasburgo* cit., p. 217 che, sulla scorta della «rilevanza cruciale» che assume il «consenso dell'interessato», ritiene, sulla scorta della letteratura prevalente, che «l'art. 2 Cedu imporrebbe la repressione penale della mera involuntary euthanasia, anche laddove la stessa sia motivata dalla volontà di porre fine alle sofferenze di una persona affetta da un male incurabile (e dunque nel caso del cd. mercy killing)».

³¹ *Karsai c. Hongrie* cit., 175; *Mortier c. Belgique* cit., par. 125. Con riferimento alla fattispecie del «suicidio medicalmente assistito» in quanto diversa e ulteriore rispetto a quella di «interruzione di un trattamento sanitario» v. Corte cost. it., sentenza n. 204 del 2025, spec. par. 6 e ss.

³² *Karsai c. Hongrie* cit., 175. Oltre a parlare di «consent» (v. ad es. *ivi*, par. 129) la Corte parla anche di «wish» (*ivi*, par. 132) e di «patient's decision» (*ivi*, par. 151).

³³ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 148, 170. La stessa sentenza parla anche di una «fully aware» (*ivi*, par. 157) e di un «fully conscious» (*ivi*, par. 156) e «mentally competent adult patient» (*ivi*, par. 129). Analogamente la sentenza *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 63 e la più recente sentenza *Pindo Mulla c. Espagne* del 17 luglio 2024, parr. 130, 137-140.

³⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 151; *ivi* anche par. 131 secondo cui deve trattarsi di un consenso «genuine, free from external influence and is not underpinned by concerns which should be effectively addressed by other means» talché qualsiasi «compulsory medical intervention, even if it is of a minor importance, constitutes an interference with this right».

³⁵ Così la sentenza *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 138 secondo cui è in virtù della propria libertà di autodeterminazione che a ciascuno è riconosciuta la «liberté de vivre conformément à ses convictions religieuses qui était en jeu, en particulier le droit de refuser que fût pratiquée sur sa personne une intervention qui allait à l'encontre de ses valeurs et de sa dignité» (*ivi*, par. 49).

³⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 150, 175; *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 74.

pazienti specie se terminali o disabili) a fornire «the *rationale*»³⁷ per l'adozione di una legge relativa al fine-vita. La mancanza di una «robusta» e adeguata regolamentazione, infatti, «could expose *vulnerable people* to overt and covert pressure to end their lives, affect their sense of self-worth, undermine trust in the medical profession, and create the effect of a “slippery slope”»³⁸.

Secondo la Corte, dunque, nei casi sul fine-vita la «central question»³⁹ del suo sindacato sarà quello di verificare se lo Stato, nell'ambito del suo margine di discrezionalità, abbia proceduto ad un giusto contemperamento dei diversi interessi contrapposti («competing interests»⁴⁰). Questi ultimi, nella fattispecie, corrispondono in primo luogo, agli interessi *privati* del *paziente* (ovvero a «the applicant's interest in being able to end his life»⁴¹, come unico mezzo per porre fine alla sua «intolerable suffering»⁴²); e, in secondo luogo, agli interessi *pubblici* (o «legitimate aims pursued by the legislation»⁴³) che lo Stato è tenuto a tutelare in vista «of [...] *protecting the lives of vulnerable individuals at risk of abuse, maintaining the medical profession's ethical integrity and also protecting the morals of society with regard to the meaning and value of human life*»⁴⁴.

4. *Segue: I soggetti legittimati a chiedere il fine-vita e il dovere dello Stato di tutelare i loro interessi senza incoraggiare tale pratica*

Uno degli aspetti più delicati del fine-vita sui quali la Corte di Strasburgo, nell'operare un contemperamento degli interessi in gioco cui si è accennato al paragrafo precedente, ritiene di doversi soffermare riguarda l'individuazione dei soggetti legittimati a richiedere l'esercizio di un tale diritto. A tale scopo essa prende le mosse dalla *definizione generale* di «terminally ill individuals»⁴⁵ cui fanno riferimento in modo diversificato e alquanto impreciso⁴⁶ le legislazioni nazionali. La Corte non tenta di fornire un'interpretazione precisa e dettagliata di questo concetto, né di chiarire se esso coincida o meno con la definizione di «malato incurabile»⁴⁷ usata spesso dagli Stati in alternativa a quella di «terminale». Essa, piuttosto, si limita a prendere atto del fatto che, con il concetto di malattia «terminale», le normative statali intendono fare riferimento ad una «serious illness leading to death within a short

³⁷ *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 74; v. anche *ivi*, par. 46.

³⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 149 (con rinvio al par. 104) che aggiunge: «the refusal or withdrawal of treatment in end of-life situations is the *subject of particular consideration or regulation*» al fine di tutelare «inter alia, the right to life» (*ivi*, par. 175) e prevenire gli abusi. Sul pericolo di un tale «scivolamento» anche la sentenza cost. n. 66 del 2025 par. 7.2 cpv. 4.

³⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 138.

⁴⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 136, 138-139.

⁴¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 138.

⁴² *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 132, 140, 147.

⁴³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 138.

⁴⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 137, 138, 141.

⁴⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 122, 140, 150, 168, 170.

⁴⁶ V. la sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 170, 174; *Pretty v. The United Kingdom*, par. 74 che aggiunge: «[d]oubtless the condition of terminally ill individuals will vary». La Corte osserva altresì (v. *Karsai c. Hongrie* cit., par. 148) che i criteri adottati dagli Stati per precisare tale definizione «can be viewed as reflecting the *delicate balance* to be struck between respect for human dignity and the right to self-determination on the part of patients with full mental capacity who wish to die, and the risks involved in allowing PAD beyond a narrowly defined scope».

⁴⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 148. La Corte cost. it. nella sentenza costituzionale n. 66 del 2025 insiste sulla circostanza che anche il malato terminale sia «curabile» v. par. 7.1 spec. cpv. 6, par. 7.2 spec. cpv. 6 e par. 7.3.

period of time» (corsivo aggiunto) senza specificare «that period in further detail»⁴⁸. A ridosso di questa affermazione la Corte si preoccupa di precisare che il riconoscimento del diritto al fine-vita a questa ristretta cerchia di individui non possa essere affatto «related to a lesser respect for the value of life of this category of patients» e quindi all'idea discriminatoria secondo cui «illness or disability were a burden on society and that their lives were less worthy»⁴⁹; semmai, tale riconoscimento appare legato al fatto che, generalmente, solo i malati terminali (e non altri) possono accedere al fine-vita⁵⁰.

Sulla scorta di questa circostanza, la Corte prova ad individuare le cause che spingono il malato c.d. «terminale» o «incurabile» a manifestare la volontà di accelerare la propria morte. Secondo la Corte il desiderio di morire appare «intrinsically connected» alla natura della malattia «that is, a degenerative and terminal disease which leads to physical incapacity and pain» e può quindi indurre il paziente a sperimentare una «existential dread»⁵¹, una sensazione di essere «locked inside his body» al punto tale che il fine-vita risulta essere «the only means of ending [his] suffering»⁵². Essa focalizza in particolare la sua attenzione sull'«existential dread» del malato, nonché sul suo desiderio di «a dignified end of life»⁵³. Una volta precisato che la «human dignity» insieme all'«autonomy, physical and mental integrity», «is the very essence of the Convention»⁵⁴, la Corte si sofferma sul fatto che (benché non quantificabile) «[t]he

⁴⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 174. Cfr. sul punto la sentenza cost. it. n. 66 del 2015 che attribuisce lo stato di «terminale» ad un malato con una «prognosi infausta a breve termine»: *ivi*, parr. 4.1., 4.1.4., 4.2. Diversamente la Corte EDU nella sentenza *Mortier c. Belgique* cit., parr. 135, 142 arriva a parlare di un «droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin» sostenendo che esso, a prescindere da ogni altra considerazione, «est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée» (*ivi*, par. 135); in tal senso con la medesima sentenza, la Corte si spinge a ritenere compatibile con l'obbligo – tassativo e inderogabile, ex art. 2 CEDU – di tutela della vita posto a carico degli Stati, l'eutanasia praticata nei confronti di una donna che ne aveva fatto lucida e consapevole richiesta a causa delle sue «souffrances psychiques, et non pas physiques, dans le cadre desquelles le décès [...] ne serait manifestement pas intervenu à brève échéance» (*ivi*, par. 147) ovvero «à court terme» (*ivi*, par.153). Al riguardo, va segnalato che a ricorrere alla Corte EDU è il figlio della donna sopra citata, secondo cui «l'absence de contact avec sa famille serait une des raisons qui avait conduit sa mère à l'euthanasie, ce qui aurait dû entraîner des efforts pour la reconnecter avec sa famille avant que l'incurabilité de son état puisse être établie» (*ivi*, par. 187; e anche *ivi*, par. 205).

⁴⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 148.

⁵⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 174: solo la «terminal illness» infatti può considerarsi «as the condition to have recourse to RWI (Refusal or Withdrawal of Life-Sustaining or Life-Saving Interventions)». Sulla distinzione della Corte EDU fra RWI e PAD v. *supra*, par. 3 anche in nota.

⁵¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 132.

⁵² *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 140, 156.

⁵³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 158, 85; *Mortier c. Belgique* cit, par. 124 in cui la Corte ricorda «que la dignité et la liberté de l'homme sont l'essence même de la Convention». Sul concetto di «dignità umana» (anche al di fuori del tema fine-vita) e il «diritto ad una morte dignitosa» v. *ex multis* P. DE SENA, *Dignità umana in senso statico e diritto internazionale*, in *Diritti umani e Diritto Internazionale*, 2023, pp. 507-543; Id., *Dignità umana in senso oggettivo e diritto internazionale*, *ivi*, 2017, pp. 573-586; N. FERRACUTI, *Ai confini della libertà di autodeterminazione: esiste un diritto a morire con dignità?*, in *Nomos*, 1/2023, pp. 1-35; L. VIOLINI, *La dignità umana al centro: oggettività e soggettività di un principio in una sentenza della Corte Costituzionale (sent. 141 del 2019)*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2021, pp. 444-455; A. APOSTOLI, *Dignità della persona: superiorem non recognoscens (almeno per il costituzionalista)*, in V. ONIDA, *Idee in cammino. Il dialogo con i costituzionalisti bresciani*, Bari, 2019, pp. 219-238; P. BERNARDONI, *Tra reato di aiuto al suicidio e diritto ad una morte dignitosa: la Procura di Milano richiede l'archiviazione per Marco Cappato*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 5/2017, pp. 381-388; D. NAPOLI, *Il caso Cappato - DJ Fabo e le colonne d'Ercole del fine vita. Dal diritto di lasciarsi morire al diritto a morire con dignità*, in *Biolaaw Journal/Diritto Biodiritto* 3/2017, pp. 355-386; R.E. OMODEI, *L'istigazione e aiuto al suicidio tra utilitarismo e paternalismo: una visione costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p.*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 10/2017, pp. 143-162.

⁵⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 85;

gravity of the *applicant's suffering can in no way be underestimated*⁵⁵. La sofferenza di questi malati infatti, non solo è suscettibile di protrarsi anche «over a prolonged period of time»⁵⁶ ma, per giunta, «may be *refractory* to medical treatment [...]» benché il paziente resti pienamente cosciente⁵⁷. Alla fine la Corte ritiene che tale sofferenza «is part of the *human condition* that medical science will probably never be fully capable of eliminating all aspects of the suffering of individuals who are *terminally ill*»⁵⁸. Si tratta quindi, sicuramente, di una «genuine and severe anguish, existential suffering» che tuttavia attiene «essentially to a *personal* experience, which may be susceptible to change and *does not lend* itself to a straightforward *objective assessment*»⁵⁹ (corsivo aggiunto). Per questa ragione, alla fine, la Corte si considera «unable to accept this argument as one which militates for an *obligation* under Article 8 of the Convention to legalise PAD»⁶⁰.

Se è vero che una malattia, specie ove sia in fase di progressivo peggioramento, crea una condizione di vulnerabilità e di grande sofferenza che varia da paziente a paziente in base a fattori oggettivi ma, soprattutto, soggettivi, è anche vero che essa rende doveroso «a fundamentally *humane approach* by the authorities to the management of these situations, an approach *which must necessarily include palliative care* that is guided by compassion and high medical standards»⁶¹. Dovere dello Stato è, quindi, fare il possibile per alleviare le sofferenze del paziente e rispettarne la dignità secondo la sua volontà. A questo proposito, la Corte di Strasburgo è molto chiara nel sottolineare che la capacità dello Stato di fornire una completa assistenza al paziente risulta essere *determinante* per limitare (lungi dall'incoraggiare⁶²) il ricorso alla pratica del fine-vita e, *a fortiori*, a quella della PAD: un adeguato «process of communication with the patient must be capable of accommodating the real possibility that the patient will *change* his or her view on PAD as the disease progresses»⁶³.

Resta fermo, in ogni caso, che l'eventuale rifiuto del paziente di usufruire delle «appropriate and available procedures»⁶⁴ non impone agli Stati di predisporre «alternative solutions» dirette a riconoscere il fine-vita e, addirittura, a legalizzare la PAD: questo infatti equivarrebbe ad affermare che l'art. 8 CEDU riconosca la PAD (così come ogni altra forma di fine-vita) «as a right that is *enforceable* under the Convention»⁶⁵.

⁵⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 132 che parla anche di una «unbearable existential suffering» o «unbearable intolerable sufferings» (*ivi*, parr. 132, 147, 156-158) oltre che di un ipotetico diritto di «dying with dignity» (*ivi*, parr. 154, 178).

⁵⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 153, 148.

⁵⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 150 anche parr. 154, 156, 157 che considera il caso in cui «the use of *sedation* to alleviate it might be contested or unwarranted in certain situations».

⁵⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 158.

⁵⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 158.

⁶⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 158.

⁶¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 158 (v. anche, *ivi* par. 151).

⁶² Nella sentenza *Mortier c. Hongrie* cit., par. 146 è il consenso ad assumere una funzione di salvaguardia della vulnerabilità di questi pazienti: «l'article 2 de la Convention qui impose aux autorités le devoir de *protéger les personnes vulnérables* même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie, *oblige* les autorités nationales à empêcher un individu de mettre fin à ses jours *si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause*».

⁶³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 151 a questo proposito la Corte ritiene che «that effective communication with the patient *requires special skills, time and significant commitment* on the part of medical and other professionals, as does the provision of adequate palliative care» e aggiunge, inoltre, che questo aspetto, rappresenta «a *necessary precondition for considering recourse to PAD*» (*ibidem*). Su questi aspetti si v. le posizioni conformi della Corte cost. it. nella sentenza n. 66 del 2025, par. 7.1 cpv 6 e par. 7.3.

⁶⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 155.

⁶⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 155.

5. *Segue: Il favor della Corte EDU al fine-vita e le differenti sensibilità degli Stati membri nella materia. Il divieto di eutanasia (PAD)*

È proprio nello sforzo di riuscire a conciliare l'interesse privato (che non è solo quello del malato ma anche quello dei suoi familiari ex art. 8 CEDU) con l'interesse pubblico statale, che la Corte di *Palais des Droits de l'Homme* alla fine rinuncia a mantenere un approccio oggettivo ed equidistante rispetto alle parti in causa e cede alla tentazione di manifestare la sua reale posizione nella materia, che è di aperto *favor* nei confronti del riconoscimento di un diritto al fine-vita⁶⁶. A sostegno di questa sua posizione, essa fa leva sulla tendenza, in atto in alcuni ordinamenti europei, volta a realizzare un tale risultato tramite un «domestic court's recognition» o un «legislative process»⁶⁷. Benché consapevole infatti che gli Stati al momento siano ben lontani «from having reached a consensus»⁶⁸, quindi che le loro normative siano ancora molto eterogenee e distanti fra loro, la Corte osserva, nondimeno, che «over the last few years *important legal developments* in favour of granting some form of access to PAD had occurred in certain European countries»⁶⁹ (corsivo aggiunto). Secondo la Corte si tratta di segnali di un cambiamento in atto che possano rendere i confini della materia mobili e «not be irreversibly determined»⁷⁰. In questo senso, la Corte ha cura di ricordare che «the Convention is a living instrument» che pertanto deve essere «interpreted and applied in the light of present-day conditions and of the ideas prevailing in democratic States today»⁷¹. A suo parere, pertanto, «[...] since the Convention is first and foremost *a system for the protection of human rights*, the Court must have regard to the *changing conditions* in Contracting States and respond, for example, to *any evolving convergence* as to the *standards to be achieved*»⁷².

In questa cornice argomentativa, la Corte passa quindi ad affrontare la questione delle «national conditions»⁷³ e, di conseguenza, del ruolo incisivo che svolgono le «social implications»⁷⁴ nella disciplina della materia, con riferimento ai valori dominanti e, più in generale, al senso morale di una comunità nazionale. In effetti, il tema del fine-vita è uno di

⁶⁶ Nella sentenza *Mortier c. Belgique* cit., par. 136 la Corte riporta, indirettamente, la sua personale concezione del valore della vita umana, secondo cui «[à] une époque où l'on assiste à une sophistication médicale croissante et à une augmentation de l'espérance de vie, de nombreuses personnes redoutent qu'on ne les force à se maintenir en vie jusqu'à un âge très avancé ou dans un état de grave délabrement physique ou mental aux antipodes de la perception aiguë qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur identité personnelle». Sull'atteggiamento cauto, ma anche ambiguo e contraddittorio della giurisprudenza CEDU nella materia v. L. POLI, *La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale alla luce della giurisprudenza di Strasburgo*, in *AIC-Associazione italiana dei costituzionalisti – Osservatorio*, fasc. 1/2020, pp. 363-372.

⁶⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142, 165. Su questa linea nella sentenza *Mortier c. Belgique* cit., la Corte si spinge a sostenere di «[...] ne pas pouvoir exclure que le fait d'empêcher par la loi une personne d'exercer son choix d'éviter ce qui, à ses yeux, constituera une fin de vie indigne et pénible, représente une atteinte au droit de l'intéressée au respect de sa vie privée, au sens de l'article 8 § 1 de la Convention» (*ivi*, par. 135).

⁶⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142; sentenza *Lings v. Denmark* del 12 aprile 2022, par. 53-61.

⁶⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142.

⁷⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 164.

⁷¹ Per queste citazioni v. la sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142, 167.

⁷² *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142 con rinvio sul punto alla sentenza *Fedotova and Others v. Russia* [GC] del 17 January 2023, par. 167. Sulla circostanza che anche l'autonomia personale in quanto «chosen lifestyle» sia stata a lungo «a topic of moral and jurisprudential discussion» v. *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 62.

⁷³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 142-143.

⁷⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 148, 149.

quegli aspetti della condizione umana che sollevano «sensitive moral or ethical issues»⁷⁵, che riguardano non solo gli «individuals in *vulnerable* situations» ma anche la «society as a whole»⁷⁶. Le particolarità del contesto sociale possono, dunque, venire a pesare in modo decisivo «in the *balance* when assessing if and how to accommodate the interests of those who wish to be assisted in dying»⁷⁷.

Si tratta invero di «implications [...] unquestionably relevant and important»⁷⁸ rispetto alle quali le «opinions in democratic countries», suscettibili peraltro di un'evoluzione, «often profoundly differ»⁷⁹; da qui la sopra citata eterogeneità degli attuali ordinamenti europei in materia di fine-vita. Proprio in virtù del fatto che riflettono la «sensibilità» etica e morale specifica della propria collettività nazionale, la rilevazione di tali implicazioni costituisce, «in principle [...] a matter which falls within the margin of appreciation of the domestic authorities» che «are best placed to assess *priorities, use of resources and social needs*»⁸⁰. Nello specifico potrà trattarsi della rilevazione delle «real o perceived social perceptions and expectations»⁸¹ oppure della registrazione dell'impatto che una certa regolamentazione sul fine-vita esercita su «the moral of society with regard to the meaning and value of human life»⁸². Fatto sta, che qualunque sia la scelta operata dallo Stato in tema di legalizzazione del fine-vita, essa sarà comunque collegata ai «collective moral values»⁸³ esistenti «in a given society»⁸⁴. La Corte EDU attribuisce, quindi, grande importanza alla sensibilità valoriale della comunità nazionale e quindi alla capacità dello Stato di rilevarla e convertirla in quello che sarà l'interesse pubblico da proteggere.

È proprio sulla scorta di questo argomento che la Corte si spinge ad affrontare la questione dei limiti della normativa statale, quindi della compatibilità con la CEDU del divieto «assoluto», anche in senso «extraterritoriale», di ricorso al fine-vita, vigente in alcuni Stati europei. Divieto, questo, suscettibile quindi di concretarsi nella punibilità dei soggetti che forniscono «assistance in suicide» di tipo «attivo»⁸⁵ (o assistito, c.d. PAD) anche «abroad»⁸⁶. Esso, infatti, potrebbe dare vita ad una forma di discriminazione, ai sensi dell'art.

⁷⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 139, 144; *Mortier c. Belgique* cit., par. 142 «[I]e domaine de la fin de vie, et en particulier l'euthanasie, pose des questions juridiques, sociales, morales et éthiques complexes».

⁷⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 147, 160.

⁷⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 152.

⁷⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 149.

⁷⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 144, par. 149 secondo cui tali condizioni «may differ from society to society and may also evolve over time».

⁸⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 141, 149, Le stesse «national authorities» (*ivi*, par. 149) secondo la Corte saranno in grado di valutare la compatibilità del modo di sentire sociale con i valori della propria Costituzione fra cui quello della «protection of human life in the broader sense» (*ivi*, par. 164).

⁸¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 147.

⁸² *Karsai c. Hongrie* cit. par. 137.

⁸³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 149.

⁸⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 141. Una tale verifica sarà tanto più opportuna quanto più il baricentro della disciplina del fine-vita si sposta verso il riconoscimento della PAD («This is *even more* so where a *positive* provision of PAD is at issue» (*ivi*, par. 141; inoltre parr. 142, 164).

⁸⁵ Sul concetto di «eutanasia attiva» in quanto distinto da quello di «eutanasia passiva» (anche in riferimento al ruolo svolto dal fattore dell'«intenzionalità») a titolo esemplificativo, v. S. FLORE, Eutanasia attiva e passiva/uccisione pietatis causa (voce), in S. CANESTRARI, C. FARALLI, M. LANZILLOTTA, L. RISICATO, (a cura di), Il punto sull'eutanasia: dal diritto alla letteratura, Pisa, 2023, pp. 334-337; S. SPANÒ, Fine vita e autodeterminazione del paziente. L'eutanasia tra legalità e utopia, in *Salvis Juribus*, 2022 (online) secondo cui «la distinzione tra “lasciar morire” (eutanasia passiva) e “uccidere” (eutanasia attiva) rifletterebbe un diverso disvalore morale e giuridico del fatto».

⁸⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 161.

14 in combinazione con l'art. 8 CEDU, ai danni di quei malati terminali che soffrono di «refractory symptoms but could hasten death only by means of PAD» rispetto a quelli che, invece, «could do so» solo «by having recourse to RWI»⁸⁷ posto che si tratta di «two categories of terminally ill patients [...] in analogous or relevantly similar situations»⁸⁸.

La Corte sul punto ricorda che gli ordinamenti statali, al momento, si sono limitati ad introdurre una normativa che consente ai soli malati «dependent on life-sustaining treatment»⁸⁹ il diritto «to refuse medical treatment» a condizione di rispettare il dovere «to protect life»⁹⁰ e di evitare «the risk of abuse»⁹¹. A questo proposito essa insiste sul concetto di «intenzionalità» nella «deprivation of life» che se presente nella PAD sarebbe invece esclusa nella RWI⁹²: in quest'ultimo caso infatti, i sanitari si limitano ad avallare la volontà del paziente cosciente e consapevole delle conseguenze del suo gesto. Peraltro la maggioranza degli Stati CEDU non si limita a prevedere la sola ipotesi della RWI, ma si spinge al punto di proibire in modo esplicito e netto il ricorso alla PAD che, pertanto, «continues to be not only legally unavailable but also punishable under criminal law in the majority of the Council of Europe's member States»⁹³ anche laddove praticata all'estero⁹⁴. Si tratterebbe dunque di un divieto assoluto e inderogabile che colpisce qualsiasi persona (il «perpetrator»⁹⁵) anche di nazionalità straniera «who would assist the applicant in committing suicide abroad could risk prosecution»⁹⁶ e per il quale la Convenzione non fornisce alcuna forma di protezione⁹⁷. L'unico modo per evitare l'incriminazione del «perpetrator» potrebbe realizzarsi, a parere della stessa Corte, con la depenalizzazione della «prohibition of assistance in suicide» attraverso l'adozione, da parte dello Stato interessato, di «appropriate safeguards» e «positive measures». Queste ultime – fra le quali, in *primis*, il consenso del paziente che dovrebbe essere alla base della legalità del fine-vita⁹⁸ – sarebbero volte ad evitare che l'introduzione di «an exception in the operation of its criminal law»⁹⁹ possa dare luogo a forme di abuso nei confronti

⁸⁷ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 170, cfr. *ivi*, parr. 168, 176.

⁸⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 173, 174 con la precisazione che un trattamento può definirsi discriminatorio ai sensi dell'art. 14 CEDU «if it has no objective and reasonable justification» (*ibidem*) con riguardo al caso concreto.

⁸⁹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 168.

⁹⁰ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 171.

⁹¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 175. Sulla circostanza che «[l]es juridictions nationales ne doivent en aucun cas être disposées à laisser impunies des atteintes à la vie» e quindi sul ruolo di controllo che la stessa Corte EDU «dans la prévention des violations du droit à la vie» v. *Mortier c. Belgique* cit., par. 169.

⁹² *Mortier c. Belgique* cit., parr. 116, 125. Secondo la Corte EDU (v. *Karsai c. Hongrie* cit., par. 172) mentre la RWI rappresenta «simply an acceptance of the fact that the patient's life could not be saved and thereafter allowing death to occur naturally» viceversa «[i]n the case of PAD, death was intended to be actively and deliberately hastened by the intervention of the medical profession». Su questa distinzione v. anche la bibliografia citata *supra*, nota 83.

⁹³ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 160, 174. Cfr. la sentenza *Mortier c. Belgique* cit., par. 145 ss. che prende in esame il caso di un ordinamento statale (quello belga) che, in contrasto con la suddetta tendenza statale maggioritaria, prevede l'ipotesi di eutanasia attiva (PAD).

⁹⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 159.

⁹⁵ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 160, 162.

⁹⁶ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 159. Su tale divieto v. anche *ivi*, parr. 104, 149.

⁹⁷ *Lings v. Denmark* cit., parr. 46, 52-53; nel frangente la Corte EDU chiarisce che la mancata previsione di una protezione nei confronti del «perpetrator» si estende altresì al caso in cui la sua assistenza al malato abbia il mero scopo di fornire a quest'ultimo informazioni personalizzate sul compimento del suicidio.

⁹⁸ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 175-176.

⁹⁹ Citazioni estratte dalla sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 159-161.

dei pazienti interessati¹⁰⁰. L'adozione delle misure in questione, in definitiva, (nel rendere compatibile il suicidio assistito con l'art. 2 CEDU) verrebbe a rappresentare il raggiungimento di un compromesso ovvero di una forma di «coherency of the domestic criminal-law system and the collective moral and ethical considerations underpinning the prohibition of assistance in suicide»¹⁰¹.

Questa congiuntura favorevole tuttavia, almeno per il momento, non sembra essersi ancora creata; pertanto, la permanenza del divieto di cui si tratta può essere considerata un indice della perdurante «reluctance» degli Stati ad introdurre le «exceptions» di cui sopra, allo scopo di «to deter life-endangering acts and to protect interests arising from considerations of a moral and ethical nature»¹⁰². Per tali ragioni la Corte EDU non ritiene che «the criminal ban on assisted suicide, including its application to any person assisting the applicant to have recourse to PAD abroad, was disproportionate»¹⁰³ e che esso non violi la CEDU.

6. Il carattere personale e intransferibile del diritto al fine-vita e la legittimazione a ricorrere alla Corte EDU nei casi di pazienti altamente vulnerabili

L'effettiva tenuta dello schema messo a punto dalla Corte che intravede nel consenso del paziente al fine-vita un elemento (se non l'unico) di temperamento alla sistematica applicazione dell'art. 2 CEDU sulla tutela della vita umana¹⁰⁴ sembra subire un primo scossone allorché la Corte passa ad esaminare i casi di pazienti privi di capacità decisionale, a causa del loro stato di grave vulnerabilità.

La Corte aveva già avuto l'occasione di pronunciarsi su alcune cause in cui la volontà del paziente non risultava chiara e facilmente intellegibile: si tratta delle c.d. situazioni di *emergenza* in cui il personale sanitario è chiamato ad attuare un intervento sanitario rapido e immediato per salvare la vita del paziente senza avere la possibilità di indagare sull'intendimento di quest'ultimo circa l'accettazione o il rifiuto di tale intervento. In questi casi, la Corte EDU ha stabilito che l'autorità statale ha il dovere tassativo di procedere comunque alla somministrazione del trattamento sanitario vitale¹⁰⁵ in virtù del suo obbligo – assoluto e prevalente – di proteggere la vita del paziente, senza che questo possa «être considérée comme un manquement à l'obligation de respecter l'autonomie personnelle de cette personne»¹⁰⁶.

¹⁰⁰ *Mortier c. Belgique* cit., parr. 138-139: «[p]our être compatible avec l'article 2 de la Convention, la dépénalisation de l'euthanasie doit être encadrée par la mise en place de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et, ainsi, à assurer le respect du droit à la vie» (*ivi*, par. 139, e anche *ivi*, par. 169).

¹⁰¹ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 161 (anche con riferimento alla compatibilità della PAD con l'art. 2 CEDU) e parr. 126-127, 145; *Mortier c. Belgique* cit., parr. 138-139.

¹⁰² Così la sentenza *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 160-161 che peraltro riferisce della possibilità che gli Stati possano tenere conto di «mitigating factors» che, «where justified», portino ad una «mitigation in sentencing» (*ivi*, par. 162). Sul punto v. anche la sentenza *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 89.

¹⁰³ *Karsai c. Hongrie* cit., par. 163; *Pretty v. The United Kingdom* cit., par. 89.

¹⁰⁴ *Karsai c. Hongrie* cit., parr. 171, 175-176.

¹⁰⁵ *Pindo Mulla c. Espagne* cit., parr. 141, 146 ss.: «[I]orsque, malgré la mise en œuvre de mesures raisonnables, le médecin – ou, le cas échéant, la juridiction saisie – se trouve dans l'impossibilité d'établir dans toute la mesure nécessaire que le refus d'un traitement médical vital correspond bien à la volonté du patient, c'est l'obligation de protéger la vie du patient par l'administration de soins essentiels qui devrait prévaloir».

¹⁰⁶ *Pindo Mulla c. Espagne* cit., parr. 130, 137-140, 149). Su questo caso v. M. CIRAVEGNA, *Tra consenso informato e fede: la Corte europea dei diritti dell'uomo sul rifiuto del trattamento emo-trasfusionale nel caso Pindo Mulla c. Spagna*, in *Diritti comparati*, 16 gennaio 2025. Diversamente nel caso oggetto della sentenza *Y.P. c. Russia* del 20 settembre 2022

Diversi da quelli ora accennati, sono i casi in cui la condizione di vulnerabilità del paziente appare complicata dalla presenza di un *handicap* psichico o fisico grave e/o un'altra causa invalidante tale da privarlo della sua consapevolezza e quindi della sua autonomia¹⁰⁷. Di tutta evidenza, si tratta di situazioni di grave traumatizzazione psico-fisica che, nel ridurre le capacità cognitive del paziente, impediscono a quest'ultimo la possibilità di autodeterminarsi costringendolo, anche sotto questo profilo, a dipendere dall'esterno, verosimilmente dai soggetti ad esso più prossimi, responsabili del suo accudimento.

Il ragionamento della Corte, pertanto, nei casi in questione si attesta sul fatto che i familiari, se si dichiarano favorevoli al fine-vita del proprio congiunto incapace, devono altresì essere in grado di dimostrare che questa fosse anche la reale volontà di quest'ultimo quando questi aveva ancora la capacità di intendere e volere. É quindi «essentièl» per la Corte che il familiare richiedente il fine-vita sia in grado di «démontrer qu'il a reçu des instructions précises et explicites de la part de la victime alléguée» potendo trattarsi di «ses souhaits, vœux et confidences, appuyés par des attestations produites devant les juridictions nationales» e da queste ultime convalidate¹⁰⁸.

Su questa linea la Corte ha ritenuto compatibile con la Convenzione quel provvedimento dell'autorità giudiziaria volto ad autorizzare la sospensione della nutrizione artificiale qualora la persona interessata si trovasse in stato vegetativo persistente e vi fossero prove che questa sarebbe stata la sua volontà ove fosse rimasta in possesso delle sue facoltà mentali¹⁰⁹. Al riguardo sono emersi i seguenti profili: in primo luogo che lo stato vegetativo del paziente fosse irreversibile¹¹⁰; in secondo luogo che vi fossero prove chiare, concordanti e convincenti che la richiesta di fine-vita del congiunto riflettesse fedelmente la volontà del paziente¹¹¹; infine, che tale volontà potesse essere desunta dal suo stile di vita, dalle sue opinioni e convinzioni (anche religiose) in ordine alla dignità e alla sofferenza umane¹¹².

con cui la Corte ha accertato la violazione dell'art. 8 CEDU per la sterilizzazione di una donna avvenuta senza il suo consenso espresso, libero e informato.

¹⁰⁷ Oltre alla sentenza *Lambert et Autres c. France* cit., par. 147 (con cui la Corte EDU riconosce l'esistenza di un pieno *consensus* degli Stati membri «sur le rôle primordial de la volonté du patient dans la prise de décision, quel qu'en soit le mode d'expression» (*ibidem*) (sulla quale v. anche *supra*, par. 3, nota 24), sul punto v. la recente sentenza v. *Petrosoyan v. Armenia* del 9 gennaio 2025, par. 109 che sottolinea la necessità di una «special care» per affrontare adeguatamente i casi di «person's special needs resulting from his or her disability».

¹⁰⁸ *Lambert et Autres c. France* cit., par. 86.

¹⁰⁹ Decisione *Ada Rossi v. Italy* del 16 dicembre 2008, par. 1, cpv. 4. Tale Decisione si riferisce al caso di Eluana Englaro il cui fine-vita (tramite RWI) era stato autorizzato con decreto del 25 giugno 2008 dal Tribunale di Milano. Tale provvedimento giudiziario è stato impugnato da alcune organizzazioni pro-vita davanti alla Corte EDU. Esso faceva leva su due presupposti fondamentali (convalidati dalla Corte EDU) il primo dei quali relativo all'irreversibilità dello stato vegetativo, il secondo alla dimostrazione della volontà della paziente attraverso la produzione di prove testimoniali e circostanziali, la ricostruzione del suo stile di vita e la decrizione della sua personalità e delle sue convinzioni personali. A ben guardare, un tale provvedimento ha tenuto conto del fatto che la richiesta della RWI provenisse dal padre della paziente, vale a dire da quell'unica persona che, legata a quest'ultima da un vincolo stretto di tipo familiare, avrebbe potuto considerarsi «vittima» ai sensi dell'art. 34 CEDU della decisione di attivazione del fine-vita (in quanto avesse subito un pregiudizio personale e diretto da tale decisione consistente nella rottura del suo rapporto familiare ex art. 8 CEDU). Su questo caso v. ANRÒ, *Il caso Englaro di fronte alla Corte europea dei diritti dell'uomo: un confronto con la Corte di giustizia delle Comunità europee circa la legittimazione ad agire delle associazioni a difesa dei diritti dell'uomo*, in *Forum Quaderni costituzionali*, 14 maggio 2009.

¹¹⁰ *Ada Rossi v. Italy* cit., par. 3.

¹¹¹ *Ada Rossi v. Italy* cit., par. 4. Cfr. *Lambert et Autres c. France* cit., par. 34.

¹¹² *Ada Rossi v. Italy* cit., par. 1, cpv. 3.

In questo contesto, la Corte ha avuto cura di chiarire chi fossero i soggetti legittimati a far valere ai sensi dell'art. 34 CEDU l'interesse del paziente al fine-vita. Al riguardo, essa ha preso le mosse dalla circostanza che il «diritto a morire dignitosamente» – laddove questo sia legalmente riconosciuto – ha una natura strettamente *personale e intrasferibile*¹¹³; pertanto ogni contestazione ad esso attinente è «inextricably linked to the person exercising it as “an act of will concerning that person alone”»¹¹⁴. Facendo leva su queste caratteristiche, la Corte ha poi affermato che trattandosi di un ricorso avente ad oggetto «actual and effective breaches of fundamental rights» quello relativo al «diritto ad una morte dignitosa» non può essere oggetto di un'«abstract and generic decision», ma il risultato di un'indagine condotta caso per caso, tenuto conto delle particolarità della situazione concreta. In tal senso, né lo strumento legislativo, né quello giudiziario possono costituire forme di riconoscimento automatico, aprioristico e predeterminato del diritto al fine-vita¹¹⁵.

Ma se quanto ora riferito è utile per identificare nel paziente che ha conservato la propria autonomia decisionale il soggetto abilitato a ricorrere alla Corte EDU a tutela del proprio diritto al fine-vita, diversamente, non appare di grande aiuto per chiarire l'identità del soggetto legittimato ad agire davanti alla stessa Corte nel caso in cui, invece, il malato risulti privo delle sue capacità cognitive.

Per chiarire questo aspetto, il ragionamento della Corte si sofferma ancora sul concetto di *vittima* ai sensi dell'art. 34 CEDU: a questo proposito essa rileva che solo chi asserisce di essere stato *leso* (vale a dire «actually affected by the violation he or she alleges»¹¹⁶) da una violazione della Convenzione concernente il fine-vita può adire la Corte EDU. A questo scopo, non è sufficiente che il soggetto interessato sia stato profondamente colpito dalla vicenda (nel senso che affermi «the mere existence of a law violates his rights under the Convention»¹¹⁷) quindi abbia il sospetto che la legge nazionale possa violare i diritti CEDU ai suoi danni; bensì «it is necessary that the law should have been applied to *bis detrimentis*». In tal senso, egli ha il dovere di fornire «*a posteriori*, once that violation has occurred», prove convincenti della circostanza che la violazione contestata lo danneggi personalmente e in modo effettivo¹¹⁸. In relazione a questa circostanza, la Corte ritiene fondamentale che «the individual applicants» possano dimostrare un «direct link»¹¹⁹ con il paziente: la legittimazione

¹¹³ Decisione *Sanles Sanles v. Spain* del 26 ottobre 2000, par. *The Law*, lett. a., cpv. 7 che parla di «right to die in dignity [...] supposing that it can be recognised in domestic law, is in any event of an *eminently personal and non-transferable nature*». *Mutatis mutandis*, tale concetto è stato recentemente ripreso nella sentenza *S.P. and Others v. Russia* [GC] del 2 maggio 2023 e nella Decisione *Tsouthis and Eleftherakis v. Greece* del 18 dicembre 2025, par. *The Law*, cpv. 2.

¹¹⁴ Decisione *Sanles Sanles v. Spain* del 26 ottobre 2000, lett. A. «*The circumstances of the case*», cpv. 12. Sulla necessità che tale consenso sia espresso «personalmente» dal paziente insiste ripetutamente la nostra Corte cost.: v. sentenza n. 204 del 2025, par. 6.

¹¹⁵ *Sanles Sales v. Spain* cit., par. *The Law*, lett. a., cpv. 6. Al riguardo la Corte aggiunge che il ricorso giudiziario in relazione al diritto del fine-vita non può avere l'obiettivo di porre rimedio a pretese storture nell'interpretazione o applicazione delle norme (anche costituzionali) destinate a regolamentarlo, bensì solo ed esclusivamente a far valere la sua concreta ed effettiva violazione da parte dello Stato e di conseguenza a ristabilire e proteggerne il legittimo esercizio da parte del soggetto interessato (*ivi*, par. *The Law*, lett. a., cpv. 7).

¹¹⁶ *Ada Rossi and others v. Italy* cit., par. C. «*Victim*» status, cpv. 2.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ Citazioni tratte dalla Decisione *Ada Rossi and others v. Italy* cit., par. C. «*Victim*» status, cpv. 2.

¹¹⁹ *Ada Rossi and others v. Italy* cit., par. C. «*Victim*» status, parr. 4; *Sanles Sales v. Spain* cit., *The Law*, lett. a, cpv. 5. fa riferimento a un «close family ties»; la sentenza *N.S. v. The United Kingdom* del 25 marzo 2025 parla inoltre di «close bonds of affection» del figlio con i suoi familiari (*ivi*, par. 176). Sulla rilevanza che assume la «family life» nella giurisprudenza della Corte v. la sentenza *Jirova and others v. The Czech Republic* del 13 aprile 2023 che definisce

ad agire in giudizio, nei casi di cui si tratta, viene pertanto a fondarsi sul “legame” (o «family ties» o «family life»¹²⁰) esistente fra le vittime di queste tragiche vicende che, nella fattispecie, sono il paziente e i suoi familiari.

La conclusione che, legittimamente, sembra possa trarsi dalla lettura di questa giurisprudenza CEDU è, dunque che, nel caso dei pazienti altamente vulnerabili privi di capacità decisionale, come quelli in stato vegetativo, il bilanciamento degli interessi rilevanti, oltre a quelli dell'autorità statale e del paziente, include altresì quelli dei familiari di quest'ultimo. A ben guardare, si tratta proprio di quei soggetti fra i quali dovrebbe venire ad instaurarsi quella collaborazione, definita in termini di «alleanza» o «unità di cura», finalizzata a garantire qualsiasi forma (fisica, psicologica, emotiva, morale, affettiva, giuridica ecc.) di assistenza possibile (vale a dire di cura, non solo di tipo sanitario) al malato¹²¹.

La posizione della Corte EDU fin qui riferita, tuttavia, come vedremo nel prossimo paragrafo, è tutt'altro che certa e definitiva.

7. *L'ampliamento del margine di apprezzamento dello Stato per effetto dell'introduzione di formule vaghe e indeterminate come quella del “divieto di accanimento terapeutico”*

È sulla scorta di una discrezionalità statale sempre più ampia «dans ce domaine qui touche à la fin de la vie, comme dans celui qui touche au début de la vie»¹²² che, più recentemente, la Corte EDU¹²³, ha rimesso in discussione l'esistenza di quei limiti tassativi e inderogabili – dati dal diritto alla vita in combinazione con il diritto al consenso del paziente – che aveva teorizzato in origine nella materia (*supra*, par. 2). Infatti, abbandonando ogni riferimento all'esistenza di uno *standard* normativo comune, essa ha considerato legittima la decisione delle autorità sanitarie di interrompere «un traitement au motif que ce dernier traduirait une *obstination déraisonnable*»¹²⁴, benchè tale decisione andasse «contre la volonté» del paziente «exprimée dans une *directive anticipée écrite*, et contre *l'avis unanime des membres de sa famille*»¹²⁵. Nell'occasione, precisamente, la Corte ha ritenuto conforme alla Convenzione la legge dello Stato che, pur non autorizzando l'eutanasia attiva (PAD), consente all'autorità pubblica di interrompere il trattamento sanitario nel caso in cui la sua prosecuzione costituisca un'«ostinazione irragionevole» (c.d. accanimento terapeutico)¹²⁶. In altre parole,

il legame familiare, fra l'altro, nei termini di «a question of facts that depends on the real existence in practice of *close personal ties*» (*ivi*, par. 69), di «an emotional link» (*ibidem*) oltre che di «a solid emotional test» (*ivi*, par. 72).

¹²⁰ *Ada Rossi and others v. Italy* cit., par. C. “Victim” status, par. 4.

¹²¹ Sul tema v. C. CUPELLI, *Responsabilità colposa e accanimento terapeutico consentito*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2011, p. 35; V. TIGANO, *La funzione politico-criminale del nuovo divieto di accanimento terapeutico: i limiti ai doveri di protezione del medico e il rischio sanitario non consentito*, in *Giurisprudenza penale Web*, 2019, 1-bis/2019, pp. 22-23, 35.

¹²² *Lambert et Autres c. France* cit., par. 148; tale concetto viene ribadito nella più recente sentenza *Medmoune c. France* del 5 febbraio 2026, par. 40.

¹²³ Il riferimento è alla sentenza *Medmoune c. France* citata qui sopra, alla nota 120.

¹²⁴ *Medmoune c. France* cit., par. 24.

¹²⁵ *Medmoune c. France* cit., par. 29.

¹²⁶ Già la sentenza *Lambert et Autres c. France* (cit.) faceva riferimento ad una siffatta ipotesi: «[I]a loi n'autorise ni l'euthanasie, ni le suicide assisté. Elle ne permet au médecin d'interrompre un traitement que si sa poursuite manifeste une obstination déraisonnable (autrement dit relève de l'acharnement thérapeutique) et selon une procédure réglementée. al doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie».

l'introduzione di tale formula – come di altre formule vaghe e indeterminate come, ad esempio, quella accennata di «malato terminale» o «irreversibile», di «cure palliative», di «morte dignitosa» – finisce per ampliare oltre i limiti consentiti dall'art. 2 CEDU la discrezionalità statale. Al punto che l'intervento pubblico intenzionalmente diretto a provocare la morte del paziente può avere luogo, non solo in assenza del consenso di quest'ultimo, ma anche contro la sua volontà o quella di chi (come nel caso di specie) è autorizzato a rappresentarlo¹²⁷.

Si tratta evidentemente di una posizione autoritaria e paternalistica¹²⁸ che, nell'impedire la normale applicazione del diritto alla vita ex art. 2 CEDU senza fare più alcun riferimento al diritto di autodeterminazione del paziente ex art. 8 CEDU, finisce per togliere importanza al confronto delle autorità sanitarie con quest'ultimo al fine di escludere il suo eventuale dissenso. Con la conseguenza che, la Corte pur prevedendolo sul piano formale, nei fatti finisce per eludere l'obbligo CEDU del bilanciamento degli interessi in gioco. A ben guardare, infatti, una discrezionalità statale che non lascia alcuno spazio alla volontà del paziente (o dei suoi familiari), conduce inevitabilmente alla prevalenza, d'imperio, dei primi sui secondi: difficile negare che un fine-vita calato dall'alto, ovvero imposto, non può essere considerato una scelta e, per la stessa ragione, neppure un diritto. Lungi dal concretarsi in quella forma di deroga dell'art. 2 CEDU che la Corte aveva inizialmente teorizzato (in tal senso v. *supra*, par. 2), una siffatta manovra ne rappresenta la sua più palese violazione. Infatti, la rigidità dell'obbligo statale di tutela assoluta della vita umana anziché temperato con l'obbligo di tutelare l'autonomia di scelta del privato, viene rimpiazzato dall'esclusivo potere dello Stato di decidere di porre fine alla vita-umana, senza che il privato possa in alcun modo avversare una tale decisione.

Sta di fatto che, nell'intento di dare una congrua giustificazione a questo suo drastico *revirement* giurisprudenziale, la Corte si richiama alla sua precedente giurisprudenza sugli obblighi positivi di tutela della vita derivanti dall'art. 2 CEDU (*supra*, par. 2), ritenendo che solo questi ultimi (e non anche quelli negativi che impongono allo Stato di astenersi da qualsiasi comportamento idoneo a mettere *volontariamente in pericolo* la vita del paziente) abbiano pertinenza con il caso di specie¹²⁹. Sulla base di questa premessa, essa precisa che il suo compito si limita a verificare la legittimità della condotta dello Stato convenuto in giudizio

¹²⁷ Sul tema controverso dell'accanimento terapeutico si v., fra gli altri, V. TIGANO, *La funzione politico-criminale del nuovo divieto di accanimento terapeutico* cit., p. 22 secondo cui essa si concreta in attività che, paradossalmente, creano i presupposti per portare alla morte il paziente (privato delle cure che viceversa ne avrebbero reso possibile la sopravvivenza), per garantire a quest'ultimo, anche senza il suo consenso, l'«*incolumità psicofisica* [...] messa in pericolo da un inutile o sproporzionato accanimento sul suo corpo».

¹²⁸ D'altra parte, appare incoerente che la stessa Corte EDU, in altre circostanze, non esita tuttora a condannare il «recours à la force» potenzialmente mortale ai sensi dell'art. 2 CEDU: così la sentenza *Fraïsse et Autres c. France* del 27 febbraio 2025, par. 141 e ss. e *ivi*, par. 121; sentenza *Flori c. Roumanie* del 14 ottobre 2025, par. 27.

¹²⁹ *Medmoune c. France* cit., par. 38 «[i]l convient d'examiner la question de l'arrêt des traitements qui maintiennent artificiellement en vie sous l'angle des obligations positives de l'État découlant de l'article 2» con rinvio, fra le altre alla Decisione *Charles Gard v. The United Kingdom* del 27 giugno 2017, par. 79 su un paziente neonato. Con riguardo alla scelta che la Corte EDU effettua per impostare il proprio giudizio dal punto di vista degli obblighi positivi piuttosto che di quelli negativi dello Stato e, in tal senso, per dare rilevanza o, al contrario, adombrare l'atto intenzionale del medico nella pratica del fine-vita, si v. la critica *Partly Dissenting Opinion of Judges Roosma and Lobov* allegata alla sentenza *S.F.K v. Russia* dell'11 ottobre 2022 («it is unclear why the Court has preferred to examine a number of cases involving medical personnel of public hospitals from the standpoint of the respondent State's positive obligations (see, for instance, *Lambert and Others v. France* ([GC], no. 46043/14, § 124, ECHR 2015 (extracts), or *Gard and Others v. the United Kingdom* ((dec.), no. 39793/17, § 79, 27 June 2017, both cases concerning withdrawal of life-sustaining treatment, that is, clearly intentional – rather than just negligent – acts of medical staff of public hospitals» (*ibidem*)).

sotto i seguenti aspetti: «l'existence dans le droit et la pratique internes d'un *cadre législatif compatible* avec les exigences de cette disposition»; «la prise en compte, dans le cadre du processus décisionnel, des *souhaits précédemment exprimés par le patient et par ses proches, ainsi que l'avis d'autres membres du personnel médical*»; «la possibilité d'un *recours juridictionnel* en cas de doute sur la *meilleure décision à prendre dans l'intérêt du patients*»¹³⁰.

Nel nuovo quadro normativo, così come riformato dalla Corte di Strasburgo, di tutta evidenza, non esistendo più alcuna certezza circa l'effettiva tutela della sua autonomia di scelta (privata e/o familiare), il paziente sarà costretto ad affidarsi alla protezione (del tutto aleatoria) dello Stato: la giurisprudenza in esame, al riguardo, precisa che «les États disposent d'une *marge d'appréciation* non seulement quant à la possibilité de permettre ou non l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie et ses modalités de mise en œuvre, mais *aussi* quant à la façon de ménager un équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et celle du droit au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle [...] et, plus généralement, entre tous les droits et intérêts concurrents, qui incluent aussi la préservation de la dignité du patient et le soulagement de sa souffrance»¹³¹. Secondo questo inciso, dunque, l'autorità nazionale è legittimata, non solo ad interferire con la scelta (privata e familiare) di rivendicare o meno l'esercizio del diritto al fine-vita che la Corte aveva espressamente considerato «personale e intrasferibile» (*supra*, par. 6); ma è perfino autorizzata ad ingerirsi nella determinazione di altri aspetti afferenti ad una sfera strettamente intima dell'individuo come quelli relativi alla sua «dignità» personale, alla «qualità» della sua vita, al suo livello di tollerabilità della «sofferenza»¹³².

Essendo svincolate dall'osservanza di qualsiasi limite funzionale e prestabilito nella disciplina delle particolarità del caso concreto, le formule vaghe e generiche cui si è sopra accennato – in *primis* quella dell'accanimento terapeutico¹³³ – finiscono per instaurare procedimenti di tipo automatico e standardizzato che, di fatto, anziché fondarsi sulla collaborazione effettiva e paritaria fra i soggetti che sono parte dell'«unità di cura» stabilita nell'interesse del malato, attribuiscono una prevalenza indiscriminata all'autorità pubblica cui è affidato, in via esclusiva ed assoluta, il compito di interpretarle e applicarle materialmente. Basti pensare, al riguardo, che anche il ricorso all'autorità giudiziaria in caso di conflitto fra le suddette parti, è *scontatamente* diretto a confermare le scelte del personale medico senza che il paziente (o chi per lui) abbia la prospettiva di potervi influire.

¹³⁰ *Medmoune c. France* cit., par. 40 con rinvio oltre che alla Decisione *Sabed c. France* del 24 gennaio 2023, par. 78, alla sentenza *Lambert et Autres c. France* cit., par. 148 (che a sua volta rinvia sentenza *A, B et C c. Irlanda*, par. 237: sulla quale v. *supra*, par. 2) e alla Decisione *Gard and Others v. The United Kingdom* cit., par. 80 riguardante un paziente di minore d'età.

¹³¹ *Medmoune c. France* cit., par. 40 con ulteriore richiamo alla Decisione *Sabed c. France* cit. par. 80, alla sentenza *Lambert et Autres c. France* cit., par.148 e alla sentenza *Gard and Others v. The United Kingdom* cit., par. 84 su un minore d'età.

¹³² Cfr. *Medmoune c. France* cit., par. 22.

¹³³ In particolare, sulla questione della scelta di tali formule in *Mozione* del Comitato Nazionale della Bioetica relativa all'«*Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita*» del 30 gennaio 2020, spec. p. 2.

8. *Segue: Dall'imprescindibilità del diritto di scelta del paziente altamente vulnerabile (o dei suoi familiari) alla sua irrilevanza giuridica*

Come riferito al paragrafo precedente, la Corte di Strasburgo appare del tutto compiacente rispetto al *modus operandi* dello Stato convenuto, mostrando di impegnarsi a trovare un'interpretazione «nazionalista» o comunque «suprematista»¹³⁴ della Convenzione, suscettibile, appunto, di dare (almeno) una parvenza di legittimità all'operato statale. Sebbene, infatti, formalmente essa si ostini a ripetere che la discrezionalità dello Stato non sia «illimitée» e che, pertanto, essa si riservi il compito «de contrôler le respect par l'État de ses obligations decoulant de l'article 2»¹³⁵, nei fatti essa rende inapplicabili e privi di significato quei limiti che aveva a suo tempo (*supra*, par. 2) ravvisato per contrastare ogni ipotesi di violazione di tale articolo.

Su questi presupposti, quindi, la Corte si adoperava reiteratamente per smontare uno dopo l'altro, gli argomenti portati dai ricorrenti privati per smascherare illegittimità della condotta statale nell'attribuire ai medici (coadiuvati dai giudici nazionali) la libertà di decidere unilateralmente e intenzionalmente di porre fine alla vita del paziente in violazione della Convenzione. Fra questi argomenti, essa contesta innanzitutto il fatto che, pur essendo previste dalla legge, e nonostante possano essere concretamente «e in qualsiasi modo» espresse, le dichiarazioni di volontà del paziente (o di chi ne fa le veci) abbiano «un effet juridique contraignant»¹³⁶. A parere del Giudice di Strasburgo infatti «[i]l résulte de l'économie générale de ces dispositions que les directives anticipées occupent une place centrale sans pour autant que leur soit reconnu un caractère impératif»¹³⁷. Secondo un tale approccio, di conseguenza, rientra nella piena competenza delle autorità sanitarie nazionali stabilire se le «directives anticipées» del paziente possano essere «jugées [...] manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient»¹³⁸; scelta quest'ultima che «s'inscrit dans la marge d'appréciation dont disposent les États parties en la matière [...] pour décider non seulement des critères à prendre en compte mais aussi de la manière d'en assurer la pondération afin de ménager un juste équilibre entre les intérêts concurrents en jeu»¹³⁹. Come se ciò non bastasse, la Corte tenta di distorcere l'immagine del paziente, capovolgendo il rapporto di forza fra lui e i medici. Cosicché osserva: «l'autonomie n'implique pas un droit pour le patient à recevoir tout traitement qu'il/elle pourrait demander, en particulier lorsque le traitement concerné est jugé inapproprié [dès lors que] la décision en matière de soins de santé résulte de la rencontre de la volonté du patient et de l'appréciation de la situation par un professionnel

¹³⁴ Circa l'uso e il significato di questo concetto v. L. ACCONCIAMESSA, *Nessuna "eccezione costituzionalmente giustificata" alla CEDU: contro-limiti v. supremazia del diritto internazionale in Waleša c. Polonia*, in *SIDIBlog*, dell'8 marzo 2024.

¹³⁵ *Medmoune c. France* cit., par. 41; così già la sentenza *Lambert et Autres c. France* cit., par. 148.

¹³⁶ *Medmoune c. France* cit., par. 48. Viceversa, ritiene che il giudizio di dignità rientri nel campo di applicazione del diritto di autodeterminazione individuale M. PANEBIANCO, *La dignità come parametro e come diritto all'autodeterminazione. Profili di giurisprudenza costituzionale*, in *Nomos*, 2/2021, spec. p. 14 ss.

¹³⁷ *Medmoune c. France* cit., par. 46.

¹³⁸ *Medmoune c. France* cit., par. 45.

¹³⁹ *Medmoune c. France* cit., par. 47-49. Già nella sentenza *Lambert et Autres c. France* cit., par. 145 la Corte aveva ritenuto che «la marge d'appréciation des États dans ce domaine était "considérable"».

soumis à ses obligations professionnelles et, en particulier, celles découlant des *principes de bienfaisance et de non-malfaisance, ainsi que de justice*¹⁴⁰.

Per altro verso, la Corte rigetta drasticamente le accuse dei privati secondo cui i criteri usati dalle autorità nazionali per stabilire l'appropriatezza o meno delle «directives anticipées» del paziente, debbano considerarsi «imprecisi e ambigui»¹⁴¹. A suo parere, infatti, «ces termes prennent *tout leur sens dans le contexte médical* dans lequel ils s'inscrivent compte tenu de l'obligation qui pèse sur les médecins d'assurer la sauvegarde de la *dignité* des personnes en fin de vie»¹⁴². Il Giudice di Strasburgo quindi insiste nel sostenere che questa modalità di condotta dello Stato sia legittima e non miri affatto ad estromettere «l'intérêt du patient» che, al contrario, resta «constamment au cœur du processus décisionnel» con la conseguenza che «la décision finale de ne pas suivre les directives anticipées» del paziente «[...] et d'arrêter les traitements qui le maintenaient en vie *était motivée par la préservation de cet intérêt*»¹⁴³.

Dopo questo ennesimo tentativo di forzare il dato normativo CEDU, la Corte passa ad affrontare la questione sollevata dai ricorrenti, secondo cui la procedura di fine-vita (attuata nei confronti del loro congiunto) avrebbe leso il loro diritto ex art. 8 CEDU ad un trattamento equo e dignitoso. A tal riguardo la replica della Corte si fonda su due aspetti. Il primo, che «l'équipe médicale *a pris en compte l'opposition* de la famille à l'arrêt des soins, *mais estimé que, si elle pouvait la comprendre sur le plan humain, elle ne pouvait la cautionner d'un point de vue médical*» (corsivo aggiunto)¹⁴⁴. Il secondo, che i familiari in questione abbiano potuto beneficiare «d'un recours juridictionnel respectant les exigences de l'article 2 de la Convention»¹⁴⁵ e che, in tutta risposta, le autorità giudiziarie nazionale si siano pronunciate con la necessaria rapidità e nel rispetto del principio del contraddittorio.

Addirittura, con una reazione anche più *tranchant* delle precedenti, la Corte si rifiuta di esaminare la questione del consenso del paziente sotto il profilo dell'art. 8 CEDU asserendo che la rivendicazione di un diritto «au respect de la vie privée» e alla «liberté de pensée, de conscience et de religion, garantis respectivement par les articles 8 et 9 de la Convention» sia assorbita dall'esame dell'art. 2 (come sopra riferito) e che, pertanto, essa non possa essere esaminata separatamente¹⁴⁶.

¹⁴⁰ Così la sentenza *Medmoune c. France* cit., par. 48 nel prendere in considerazione «le guide du Conseil de l'Europe “sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie”, qu'il convient de prendre en compte (voir *Lambert et autres* précité, § 143)».

¹⁴¹ *Medmoune c. France* cit., par. 43: nella specie i ricorrenti criticano la disposizione del diritto nazionale che autorizza i medici «à passer outre les directives anticipées du patient lorsqu'elles «apparaissent manifestement inappropriées» posto che attribuirebbe ad essi «une marge d'appréciation excessive et générerait un risque d'arbitraire».

¹⁴² *Medmoune c. France* cit., par. 49: secondo la Corte quindi «[c]eci étant, et constatant par ailleurs que le cadre législatif n'a pas été substantiellement modifié depuis l'affaire *Sahed* précitée, la Cour réaffirme son constat selon lequel il est compatible avec les exigences de l'article 2, y compris en ce qui concerne la faculté de ne pas suivre les directives anticipées du patient» (*ivi*, par. 50).

¹⁴³ *Medmoune c. France* cit., par. 57.

¹⁴⁴ *Medmoune c. France* cit., par. 54.

¹⁴⁵ *Medmoune c. France* cit., par. 68.

¹⁴⁶ *Medmoune c. France* cit., parr. 70-71: i ricorrenti lamentano che «de refus d'appliquer les directives anticipées» del paziente incapace «emporte également violation de son droit au respect de la vie privée et de sa liberté de pensée, de conscience et de religion, garantis respectivement par les articles 8 et 9 de la Convention» (*ivi*, par. 70).

Di tutta evidenza, la Corte EDU si posiziona sulla scia¹⁴⁷ di una tendenza diffusa in molti degli Stati CEDU – anche se non in tutti¹⁴⁸ – di *favor* all'introduzione di formule automatiche (come quella dell'accanimento terapeutico) che, indubbiamente, sono suscettibili di accelerare il procedimento di attuazione del fine-vita. Una tale prassi normativa, tuttavia, è del tutto sprovvista di un reale fondamento giuridico e, pertanto, è teoricamente insostenibile e scientificamente indimostrabile. Manca, infatti, la condizione essenziale per l'attivazione di una deroga al diritto alla vita, vale a dire la valorizzazione del consenso del paziente; talché lo Stato finisce per commettere una grave violazione della Convenzione che, tuttavia, trova copertura da parte della Corte EDU. Si potrebbe obiettare che le contraddizioni e i salti logici¹⁴⁹ presenti nel suo ragionamento (che arrivano al punto di disconoscere il valore autonomo e fondamentale dell'art. 8 CEDU) potrebbero bastare per sostenere la contrarietà alla CEDU della condotta qui denunciata. Fatto sta che fra la Corte EDU e gli Stati membri si è venuta instaurando una forma di convergenza solida e silente difficile da superare, tenuto conto peraltro che questi ultimi (prendendo a prestito una nota definizione coniata per gli Stati membri del sistema dei Trattati UE) restano i «Signori» della Convenzione.

Alla fine, senza bisogno di fare troppi giri di parole, è evidente che la Corte dei diritti umani abbia attuato una svolta autoritaria e regressiva nella sua giurisprudenza sul fine-vita che, dall'iniziale obiettivo di promuovere il riconoscimento di un diritto in tal senso, ha bruscamente virato sul riconoscimento di un «dovere» del paziente di sottoporsi al fine-vita deciso dai poteri dello Stato (quello sanitario da solo o attraverso un ricorso alle autorità giudiziarie); un risultato, quest'ultimo, perseguito attaccando gli aspetti più delicati e significativi della CEDU e, di conseguenza, prendendo a bersaglio proprio i soggetti più fragili e vulnerabili della società.

9. La pretesa dello Stato di decidere il fine-vita del paziente attraverso l'uso di formule di discrezionalità illimitata: quando l'assolutismo dello Stato annienta l'autonomismo della persona

Nelle pagine precedenti, si è visto che l'esigenza di disciplinare la materia del fine-vita ed elevare quest'ultimo al rango di «diritto umano fondamentale» ha indotto gli Stati europei (benché non tutti) ad autorizzare l'utilizzo di formule generiche, ambigue e altamente discrezionali, come quelle (*supra*, par. 2 e 7) dell'accanimento terapeutico, dell'ostinazione irragionevole, delle stesse cure palliative, quindi della futilità, proporzionalità e invasività delle cure. Ciò a tutela, si è detto, di interessi definiti «pubblici» ma che, in realtà, hanno una natura strettamente soggettiva e privata: fra questi, quelli della qualità della vita e della dignità umana (*supra*, par. 4). Anziché un modo per affrontare i problemi di una materia così ostica e dolorosa come quella del fine-vita, un tale fenomeno si è rivelato, invece, un espediente dello Stato per scaricarsi delle sue responsabilità, per evitare di misurarsi con i bisogni che esso

¹⁴⁷ Si tratterebbe di un allineamento della Corte EDU alle posizioni non internazionalmente orientate degli Stati membri, dunque di segno opposto e contrario alla tendenza segnalata dalla dottrina (v. al riguardo L. ACCONCIAMESSA, *Nessuna "eccezione costituzionalmente giustificata" alla CEDU*, cit., par. 1) in tema di violazione del diritto CEDU.

¹⁴⁸ Si pensi alla Grecia, a Cipro, all'Ungheria.

¹⁴⁹ Si tratta di aspetti, cui si è fatto riferimento or ora nel testo, che sono emersi del resto, anche in sede di dibattito interno alla stessa Corte: v. *supra*, par. 7, nota 127.

mette in evidenza e impone di soddisfare; in definitiva si è trattato di un modo mascherare tali problemi, renderli invisibili e inoffensivi. Una vera e propria “fuga” dalla realtà, dal senso di frustrazione e di impotenza che essa è in grado di suscitare¹⁵⁰.

Più che di diritto in questo caso, pertanto, dovrebbe parlarsi di arbitrio e abuso statale. Quelle formule, infatti, appaiono strumentali rispetto a scopi che il diritto non è preordinato a proteggere. Il compito del diritto, in effetti, è proprio quello di porre dei limiti al potere dello Stato in funzione della tutela della persona umana ovvero a protezione dei suoi valori e dei suoi diritti fondamentali, quindi in funzione dei suoi bisogni (anche i più profondi) e quindi di quel bene comune indispensabile che è il progresso civico e morale della comunità di appartenenza (nazionale e internazionale) dell'individuo. Talché l'inosservanza di questi limiti non soltanto rischia di mettere in discussione tutto ciò che, con la loro previsione, si è inteso tutelare, ma anche di creare aporie, criticità e contraddizioni all'interno del sistema che li ha espressi e di cui, magari, rappresentano gli elementi portanti.

La vita umana ma anche l'autonomia (personale e familiare) come, si è visto, costituiscono diritti umani di carattere primario, sanciti da norme nazionali e internazionali, che ne garantiscono la tutela prima di ogni altro interesse pubblico (*supra*, par. 2-3); proprio perciò, sono considerati personali, infungibili, intrasmissibili, inalienabili (*supra*, par. 6). Essi quindi trovano enunciazione in norme giuridiche (dette di principio) di carattere generale che rispondono a precise caratteristiche di forma e di sostanza e servono a regolare (in positivo e in negativo) l'azione normativa dello Stato in loro funzione affinché quest'ultimo abbia, non solo il dovere di proteggerli, ma anche l'obbligo di non violarli in nome di un qualsiasi altro interesse. Ciò significa che anche le norme destinate a disporre la deroga rispondono a caratteristiche, frutto di una puntuale elaborazione scientifica, che le rendono uniche e inconfondibili nel quadro delle fonti di produzione normativa; talché non basta la creatività del legislatore o l'interpretazione di un giudice (e, tantomeno, la freddezza di un medico) per inquadrare un fenomeno della prassi in questa o quella categoria normativa ma occorre, piuttosto, che la sua analisi, condotta caso per caso, riesca a mettere in luce quei tratti caratteristici necessari per legittimarne la sua inclusione in una data classe di norme¹⁵¹.

Ora quelle formule vaghe, ambigue e indeterminate cui si è poc'anzi accennato – che, è opportuno rimarcarlo, non riguardano solo i pazienti incapaci e neppure solo quelli che non hanno espresso tempestivamente le loro volontà¹⁵² – appaiono il frutto di macchinazioni verbali, strategie tecniche e forzature ermeneutiche prive di una base scientifica, quindi inaccettabili sotto un profilo giuridico ed anche valoriale. A ben guardare, infatti, con l'introduzione di tali formule si è cercato di far passare per deroghe quelle che nella realtà, teorica e pratica del diritto, costituiscono delle vere e proprie violazioni: oltre che del diritto penale dello Stato, anche del diritto internazionale CEDU con particolare riferimento all'art.

¹⁵⁰ Sugli effetti di impunità (ex 580 c.pen. it.), nei confronti del medico che interrompe le cure, da parte dell'art. 2, 2° co. Legge it. n. 219 del 2017, v. per tutti V. TIGANO, *La funzione politico-criminale del nuovo divieto di accanimento terapeutico* cit., p. 19 che, al riguardo, ritiene discriminante il fatto che il «rispetto del divieto di accanimento terapeutico, per come formulato dall'art. 2, co. 2, esige sempre un'omissione del sanitario» anziché un'azione.

¹⁵¹ Sia consentito al riguardo un rinvio al mio scritto *Gli Accordi delle Regioni con soggetti esteri e il Diritto internazionale*, Torino, 2007, spec. Cap. 7 su “*I modelli e le tecniche di accordo utilizzate dalle Regioni alla luce delle indicazioni della prassi?*” (quest'ultimo anche *online* in *Diritto@Storia*, 2007, n. 6, pp. 1-29).

¹⁵² Non a caso la Corte cost. it. nella sentenza n. 66 del 2025 riferisce di avere «stigmatizzato», già in occasione dell'ordinanza n. 207 del 2018, «il rischio di una «prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative [...] del resto inserite nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza» (*ivi*, par. 7.3, 1° cpv.).

2 sul diritto alla vita e all'art. 8 sull'autonomia privata e familiare. Con il ricorso a tali formule infatti, lo Stato impedisce all'art. 2 di ricevere concreta applicazione senza, tuttavia, consentire all'art. 8 di essere applicato al suo posto. Una condizione questa, per cui l'ipotesi di deroga era stata autorizzata ad intervenire e, quindi, a fornire quell'esimente che avrebbe sollevato lo Stato convenuto dalla responsabilità internazionale per la mancata applicazione dell'art. 2 CEDU.

Vale osservare, ulteriormente, che la deroga, per una sua caratteristica peculiare, non è finalizzata ad annullare o, addirittura, a rimpiazzare la norma di principio che ha lo scopo di derogare: altrimenti sarebbe una "norma abrogativa" anziché "derogatoria". Né essa costituisce una "norma attuativa" di una norma precedente (o principio generale) cui resta legata da un rapporto di dipendenza e subordinazione. La deroga (o eccezione anche detta) è, piuttosto, una norma autonoma che non avendo l'obiettivo di attuare, né di modificare o sostituire il principio generale di riferimento, si propone di limitarne eccezionalmente (appunto) l'efficacia per consentire l'applicazione di un altro principio fondamentale.

Per le ragioni ora esposte, le formule di cui si tratta rappresentano una strategia normativa che non protegge nessuno (se non gli interessi eccentrici dello Stato): esse sfruttano da un lato, le capacità ma anche i limiti umani e professionali della classe medica; dall'altro, la condizione di estremo bisogno e di minorata difesa di soggetti che con il suddetto personale medico intrattengono una relazione di cura e, quindi, di fiducia. In definitiva, non sono altro che un'applicazione (neanche troppo velata) della "logica" della forza e della violenza, quindi dell'assolutismo statale che soppianta la scelta autonomistica del privato con quella autoritaria e assolutista dello Stato. Obiettivo principale di questo modo di pensare diventa, pertanto, quello di eliminare ogni ostacolo alla sua pratica applicazione: *in primis* quello posto dal diritto. E qui viene in rilievo il profilo etico e deontologico del giurista, quindi la sua sensibilità istituzionale (v. *supra*, par. 5), nella specie della Corte EDU.

10. Il prevalere della "sensibilità" dello Stato su quella della persona umana: il fine-vita come imposizione anziché come scelta

Quello che colpisce fin da subito nell'approccio della Corte di *Palais des Droits de l'Homme* riguarda proprio la sua doppiezza in relazione ai punti di particolare sensibilità e spessore morale che il tema del fine-vita è in grado di suscitare. Essa avrebbe dovuto farsi carico dell'obiettivo di porre un argine agli abusi degli Stati a danno dei privati e perciò far valere, non solo a parole, il fatto che la sovranità normativa dello Stato nella materia del fine-vita non sia illimitata; di conseguenza, avrebbe dovuto tutelare la rilevanza dell'individuo sul piano internazionale, dunque del suo diritto – faticosamente conquistato¹⁵³ – di agire davanti ad essa per difendersi giuridicamente dall'arroganza e dalla pretesa di onnipotenza dei pubblici poteri. Viceversa la Corte nelle questioni sul fine-vita, ha preferito assecondare le pretese statali ed infierire sui singoli anzi, proprio sui più fragili, sui più indifesi, sui più vulnerabili¹⁵⁴ arrivando a ignorarne i diritti e a renderli invisibili. Da un lato, dunque, la Corte si fa paladina di un sistema che protegge i diritti e le libertà umane dagli abusi degli Stati,

¹⁵³ Su questo lungo e faticoso percorso di riconoscimento M. CASTELLANETA, *I ricorsi alla Corte europea dei diritti dell'uomo: diritti azionabili e modalità di presentazione*, Bari, 2018, spec. pp. 11-14.

¹⁵⁴ Sui molteplici volti della vulnerabilità F. GIRELLI, *Corte europea dei diritti dell'uomo e fine vita*, in questa *Rivista*, 2023, pp. 1097-1108, spec. pp. 1098-1099.

dall'altro adotta un approccio autoritario che protegge lo Stato dalle rivendicazioni dei diritti umani da parte degli individui.

Sulla scorta di questa contraddizione e sostanziale involuzione giurisprudenziale, pertanto, la Corte è arrivata a considerare conforme alla CEDU sia ogni decisione dello Stato di negare al paziente che si trova nel pieno delle sue facoltà mentali la sua richiesta di anticipazione del suo fine-vita; sia, per contro, ogni decisione che impone il fine-vita al paziente privo della capacità di intendere e volere anche quando questi abbia anzitempo espresso una chiara volontà contraria in tal senso¹⁵⁵. Nello sforzo di affermare il diritto di ciascuno di poter decidere della propria morte, si è arrivati al punto di riconoscere, in maniera a dir poco artificiosa, il potere di porre fine alla vita altrui, giustificando come un atto di pietà quello che invece è un abuso, per la morale oltre che per il diritto. Il trattamento del fine-vita, in questo senso, rappresenta emblematicamente il passaggio della società da una cultura che tutela la vita ad una “cultura” che esalta la morte.

Anzi, preme qui osservare che la totale mancanza di sensibilità nei confronti della condizione del paziente e dei suoi familiari e si manifesta non solo nel mancato bilanciamento fra i valori protetti dagli artt. 2 e 8 CEDU, ma anche nell'exasperazione dello squilibrio e disparità di posizioni fra le parti coinvolte – quella pubblica e quella privata. Exasperazione, questa, che raggiunge il suo apice con la previsione dell'ipotesi di un contenzioso giudiziario aperto da parte del *trust* medico per eliminare, definitivamente, ogni ostacolo procedimentale alla propria decisione (unilaterale e intenzionale) di praticare il fine-vita. Al riguardo, non può non apparire del tutto inverosimile che una decisione così grave, drammatica e umanamente difficile da sostenere come quella sul fine-vita – proprio o di un congiunto – possa scadere in un conflitto che oltre ad aggiungere sofferenza in un contesto (privato e familiare) già fortemente provato dalla malattia, appare del tutto antitetico alla creazione di una qualsiasi concezione di «alleanza» e «unità di cura» intorno al malato cui, viceversa, risulta normativamente agganciato l'intervento statale. Per altro verso, non può non risultare anche più intollerabile che un siffatto conflitto si svolga nell'assoluta impossibilità da parte del privato (o dei suoi familiari) di sottrarsi alla decisione dei sanitari: questi infatti, dopo aver avuto il privilegio di stabilire la capacità di resilienza del paziente, il suo grado di tolleranza della sofferenza e il suo senso di dignità (*supra*, par. 8) si vedano riconosciuta, senza eccezioni, una posizione di supremazia anche in sede giudiziaria. Di tutta evidenza si tratta di una sistemazione della materia del fine-vita, che oltre alle notevoli incongruenze sul piano giuridico, segnala l'inadeguatezza dello Stato a rappresentare effettivamente i valori civili e morali della società, ad immedesimarsi nella condizione dei suoi cittadini, a interpretarne i bisogni e le aspettative (*supra*, parr. 4 e 5); una soluzione quindi che, anziché risolutiva del problema del fine-vita, in realtà lo aggrava sottolineando la volontà di rimuoverlo, di non affrontarlo, vale a dire di fuggirlo (*supra*, par. 5)¹⁵⁶. E un fine-vita che anziché scelto risulta imposto non può essere considerato alla stregua di un «diritto umano», tantomeno come il frutto dell'evoluzione giuridica e morale di una società.

La «sensibilità» dello Stato – cui la Corte EDU attribuisce grande importanza – non può essere quella determinata astrattamente dalle sue istituzioni, ma quella sentita, caso per

¹⁵⁵ Sotto il profilo in questione, si rinvia a A.M. COMAZZI, *Vita dalla morte*, in U. CURI (a cura di), *Il volto della Gorgone*, Milano, 2001 che, con riguardo al processo mentale che dovrebbe accompagnare la «donazione degli organi» (ma che può essere esteso al tema del fine-vita qui in oggetto) più che di consenso, dovrebbe parlarsi di «non dissenso» (*ivi*, p. 308).

¹⁵⁶ P. BILANCIA, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, in *Diritti fondamentali.it*, 2/2025, pp. 70-91, spec. 89 ss.

caso, dalle persone fisiche e che può cogliersi solo comprendendo il dramma delle loro vicende umane, personali e familiari.

La collaborazione, l'ascolto, il dialogo, il confronto e il continuo scambio di informazioni dovrebbero essere gli unici strumenti attraverso cui bilanciare gli interessi in gioco, affinché pure nell'eventualità in cui le posizioni del paziente e del medico vengano convergere sul fine-vita, quest'ultimo tuttavia, possa venire a coincidere con una "buona morte", anziché con una morte traumatica, tormentata e carica di tensione. D'altro canto, il consenso (che, non a caso, si dice «informato») dovrebbe servire a rimettere il malato, i suoi legami, quindi i suoi bisogni (non quelli dello Stato) al centro dell'attenzione, ad essere il punto focale dell'alleanza terapeutica, a toglierlo dalla condizione di impotenza, annientamento e invisibilità datagli dalla malattia. Sapere che la propria volontà (anche attraverso i propri congiunti) sarà rispettata perfino quando non si troverà più nelle condizioni di comunicarla, mette il malato di fronte alla responsabilità delle proprie scelte, gli consente di riappropriarsi del controllo (perduto con il trauma della diagnosi) su se stesso, di riflettere sulla propria vita, quindi gli permette di offrire questa opportunità anche ai suoi familiari.

Negando al principio di autodeterminazione sancito dalla CEDU l'importanza e il ruolo che si merita nell'ambito del fine-vita, la Corte di Strasburgo oltre a non avere fornito una scriminante e, dunque, uno scudo di impunità alle autorità statali e ad avere perso l'occasione di richiamarle ai loro doveri di rispetto dei diritti umani¹⁵⁷, ha prestato il fianco alle loro eventuali derive nazionalistiche e autoritarie, anche in un settore così cruciale come quello sanitario¹⁵⁸. Si tratta di un'ombra di non da poco conto, questa, che se non opportunamente coscientizzata rischia di offuscare il lavoro della Corte a beneficio della tutela e del progresso dei diritti e delle libertà di tutti gli esseri umani.

¹⁵⁷ In tal senso ha omesso di considerare i riflessi che tale suo approccio può esercitare sulla disciplina di settori contingui e collaterali al fine-vita riguardo ai quali la valorizzazione del consenso diventa cruciale: si pensi, solo a titolo d'esempio, all'aborto ma, più in generale, a tutte quelle situazioni di crisi e conflitto che richiedono una riconciliazione dei valori in gioco.

¹⁵⁸ Come afferma la Corte costituzionale italiana nella sentenza n. 66/2025 «[i]n un contesto storico caratterizzato da tensioni sull'allocatione delle risorse pubbliche» un tale approccio potrebbe essere percepito dal malato come un «dovere di morire» e provocare «un grave abbassamento della sensibilità morale collettiva che tutela le persone più fragili» (ivi, par. 7.2, cpv. 3).