



HAL
open science

Il fine vita in Francia tra diritti e questioni bioetiche

Daniel Borrillo

► **To cite this version:**

Daniel Borrillo. Il fine vita in Francia tra diritti e questioni bioetiche. Bioetica, Alberto Lucarelli; Andrea Patroni Griffi, May 2022, Naples, Italy. hal-03670321

HAL Id: hal-03670321

<https://hal.science/hal-03670321>

Submitted on 17 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Il fine vita in Francia : tra diritti e questioni bioetiche

Daniel BORRILLO

Lectio magistralis del professore Daniel Borrillo, dipartimento di Giurisprudenza, Università degli studi di Napoli Federico II

In anzi tutto vorrei ringraziare il professore Lucarelli per la sua presentazione e per la sua accoglienza in questo prestigioso spazio accademico. Vorrei anche ringraziare particolarmente il professore Patroni Griffi per l'opportunità che lui mi offre di partecipare ad attività scientifiche nel contesto abbagliante della mia città preferita: Napoli: crocevia di civiltà.

Permettetemi di ringraziarvi tutti due calorosamente per avermi affidato la considerevole responsabilità di assicurare questa lectio magistralis sul fine de vita in Francia.

Negli ultimi giorni la questione della fine della vita ha fatto notizia in Francia sia a livello politico che legale.

In effetti, Il presidente Macron durante la campagna elettorale si è detto favorevole a cambiare la legge francese verso il modello belga di eutanasia.

Allo stesso modo, lunedì 2 maggio, Il tribunale penale di Angers ha rilasciato un veterinario che, con ricette false aveva prescritto farmaci che hanno permesso a un suo amico, affetto dalla malattia di *Charcot*, di uccidersi. Il suo avvocato ha invocato lo “stato di necessità”, per evitare che l'amico “subisca una sofferenza di intensità particolarmente crudele”.

Tuttavia, né la promessa di Macron né la decisione del tribunale di Angers (il procuratore ha deciso di ricorrere in appello) non modificano lo stato del diritto su questa controversa questione.

Vediamo, prima, lo stato del diritto positivo francese (I) e poi guardiamo la sua possibile evoluzione (II).

I.- Il diritto positivo e il suo contesto

In Occidente, due grandi tradizioni si scontrano quando si tratta di decidere una questione tanto delicata quanto controversa.

Da un lato, c'è l'antica filosofia della "buona morte", così riassunta da Seneca nelle sue Lettere a Lucilio:

" Proprio come sceglierò la mia nave quando mi accingerò ad un viaggio, o la mia casa quando intenderò prendere una residenza, così sceglierò la mia morte quando mi accingerò ad abbandonare la vita"

E dall'altro lato, quello della tradizione giudeo-cristiana che rifiuta di vedere una distinzione tra eutanasia e omicidio. L'accettazione e persino l'incoraggiamento delle cure palliative da parte della Chiesa cattolica, a partire da Pio XII, ha attenuato la condanna teologica e dato una dimensione compassionevole alla questione.

Anche essendo uno Stato particolarmente laico, è in questa tradizione che un certo numero di disposizioni relative alla fine della vita sono state adottate in Francia, dalla circolare del 26 agosto 1986 sull'"organizzazione delle cure e del sostegno ai malati terminali" e, più tardi, la legge del 9 giugno 1999 "volta a garantire il diritto di accesso alle cure palliative", alla legge del 2 febbraio 2016, passando per la legge conosciuta come "Kouchner" del 2002 e la legge conosciuta come "Leonetti" del 2005.

Lo spirito di tutti questi testi potrebbe essere riassunto come segue:

è meglio rispettare la vita del paziente piuttosto che il suo desiderio di morire.

La legge del 9 giugno 1999 mira a garantire a tutti il diritto di accesso alle cure antidolorifiche e palliative in fine vita. La legge del 4 marzo 2002, nota come legge Kouchner, specificava chiaramente il diritto di rifiutare le cure e stabiliva il diritto di nominare una persona di fiducia, ma taceva sulla questione della fine della vita.

La legge del 2005, nota come legge Leonetti, e la prima legge specifica sul fine vita ed ha introdotto il divieto dell'ostinazione irragionevole (*obstination déraisonnable* = accanimento terapeutico). Proibendo l'ostinazione irragionevole, il legislatore non proibisce la tenacia dei medici ma la loro ostinazione irrazionale o insensata.

Ogni paziente ha il diritto di ritenere che un trattamento costituisca per lui un'ostinazione irragionevole e può rifiutarlo, anche se questo rifiuto può avere conseguenze vitali.

Ha quindi il diritto di beneficiare delle cure palliative.

Soprattutto, la legge impone alle équipe sanitarie questo divieto di ostinazione irragionevole, che consente loro di interrompere le cure a un paziente che non è più in grado di esprimere la propria volontà, quando ritengono che il loro perseguimento non abbia più senso dal punto di vista medico e a condizione che

sia stato preventivamente discusso nell'ambito di una procedura collegiale. La legge del 2005 ha reso possibile anche la redazione di direttive anticipate, che consentono al paziente di esprimere i propri desideri in termini di decisioni relative al fine vita nel caso in cui non possa più farlo da solo. Ma nel 2005 queste direttive anticipate erano sono valide per 3 anni e avevano soltanto un valore informativo per il medico, non erano vincolanti per lui.

Il 2 febbraio 2016 una nuova legge detta Claeys-Leonetti modifica quella de 2005 e crea nuovi diritti per i pazienti e le persone in fine vita. Il titolo stesso della legge (*Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie*) mira a nuovi diritti per i malati e per le persone in fine vita. Nonostante il titolo, la legge non distingue più a seconda che la persona si trovi o no in fine vita, cioè nella "fase avanzata o terminale di una malattia grave e incurabile", formula che non compare nel nuovo testo. L'affare Lambert ha confermato che l'opportunità di limitare o interrompere le cure potrebbe riguardare pazienti non in "fine vita" nel senso stretto della legge Leonetti de 2005, ma anche persone gravemente cerebrolesi in stato vegetativo

Questa legge non solo modifica le disposizioni legislative in materia di persone in fine vita; le direttive anticipate, che prima scadevano dopo tre anni, sono ora per un periodo indefinito, ma possono naturalmente essere riviste e revocate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi momento, sono dunque aggiornate e diventano vincolanti per il medico, come ha deciso il Consiglio di Stato nel caso Vincent Lambert.

Viene rafforzato anche il ruolo della persona di fiducia. La legge apre anche la possibilità per il paziente di richiedere l'accesso a una sedazione profonda e continua fino alla morte (definita di un modo poetico dal deputato che ha fatto la legge come "il diritto di dormire per non soffrire prima di morire").

La sedazione "profonda" differisce dalla sedazione leggera o intermedia poiché consiste nel rendere il paziente privo di sensi senza che sia possibile alcuna comunicazione verbale o non verbale. "Continua" significa che la sua intenzione dall'iniziazione deve essere ininterrotto fino alla morte causando, dice la legge, "uno stato di coscienza alterato". In teoria, la decisione medica non dovrebbe né ritardare né accelerare la morte. In pratica, il medico deve accettare la responsabilità sia della conseguenza diretta della sedazione, cioè l'incoscienza, sia della sua conseguenza indiretta, cioè la morte.

L'accesso a la sedazione profonda è regolato da rigorose condizioni :

- il paziente deve soffrire in modo insopportabile e la sua morte deve essere riconosciuta come inevitabile e imminente. L'accesso alla sedazione profonda e continua fino alla morte è condizionato anche da un confronto in procedura

collegiale per verificare che la situazione del paziente rientri nel contesto previsto dalla legge.

Può richiedere una sedazione profonda e continua Il paziente affetto da una malattia grave e incurabile per evitare la sofferenza e non essere sottoposti a un'ostinazione irragionevole, nei casi in cui :

- la prognosi vitale del paziente è a rischio nel breve termine e la sua vita è in pericolo a breve termine e soffre in un modo che è refrattario al trattamento,
- la decisione di interrompere il trattamento è pericolosa per la vita nel breve la decisione di interrompere il trattamento è pericolosa per la vita a breve termine e può causare sofferenza insopportabile.

Tuttavia, va notato che l'uso della sedazione profonda e continua in l'ipotesi di un paziente incapace di esprimere i propri desideri (non avendo redatto direttive anticipate) dovrà essere deciso dai medici nell'ambito della procedura collegiale prevista dall'articolo R.4127-37 del Codice di Sanità Pubblica: La procedura collegiale sostituisce così la volontà fallimentare; non serve più semplicemente ad accompagnare il processo di sedazione, ma ad innescarlo, attraverso la cessazione del trattamento. L'attribuzione del potere decisionale al corpo medico permette di superare i conflitti familiari quando i membri della famiglia sono divisi sui cosiddetti desideri del paziente e quindi sul continuare o meno il trattamento.

In tutti i casi, l'intera procedura seguita è registrata nella cartella clinica del paziente e l'uso della sedazione profonda deve essere giustificato. La persona di fiducia (o in mancanza, la famiglia o gli amici più stretti) è informata delle ragioni del ricorso a questa sedazione.

La legge esonera da responsabilità il medico che pone intenzionalmente fine alla vita di una persona su richiesta di quest'ultima. Il testo rende anche possibile, in certe circostanze, lasciar morire una persona, senza temere le pene del reato di non assistenza o di omicidio volontario. L'articolo L. 1110-5-1 del Codice di Salute Pubblica stabilisce che gli atti medici "non devono essere eseguiti o continuati [...] quando appaiono inutili, sproporzionati o quando non hanno altro effetto che il mantenimento artificiale della vita". Proibendo così l'accanimento terapeutico, il testo costituisce una vera e propria giustificazione penale sotto l'autorizzazione della legge.

Per riassumere:

Emerge da queste nuove disposizioni di legge ora inserite nel Codice di Sanità Pubblica:

– Il diritto “al miglior sollievo possibile delle sofferenze” – Articolo L.1110-5

- Il diritto a ricevere cure volte ad alleviare le sofferenze – Articolo L.1110-5-3
- Il diritto alla “sedazione profonda e continua” – Articolo L.1110-5-2
- Il diritto di rifiutare il trattamento – Articolo L.1111-4
- L'alimentazione e l'idratazione artificiale costituiscono trattamenti – Articolo L.1110-5-1
- Il paziente ha diritto di scegliere il luogo di dispensazione della sedazione profonda (domiciliare o struttura sanitaria) – Art. L.1110-5-2, art. L.1110-5-3
- Quando il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, la testimonianza della persona di fiducia prevale su ogni altra testimonianza – Articolo L.1111-6
- L'affidatario può designare una persona di fiducia con l'autorizzazione del giudice o del consiglio di famiglia se costituito – Articolo L.1111-6
- L'insegnamento sulle cure palliative è integrato nella formazione iniziale e continua di medici, farmacisti, infermieri, ausiliari infermieristici, assistenti domiciliari e psicologi clinici – Articolo L.1110-5
- Al cittadino verrà proposto un modello di direttive anticipate – Articolo L.1111-11
- In particolare le direttive anticipate possono essere conservate in un registro nazionale – Articolo L.1111-11
- Il medico curante informa i suoi pazienti della possibilità e delle condizioni di redazione delle direttive anticipate – Articolo L.1111-11, articolo L.1111-6
- Il medico curante assicura che la persona da lui seguita sia informata della possibilità di designare una persona di fiducia, e lo invita, se necessario, a fare tale designazione – Articolo L.1111-6
- Le direttive anticipate sono vincolanti per il medico, salvo in caso di emergenza pericolosa per la vita (per il tempo necessario ad una valutazione completa della situazione), e salvo quando appaiano manifestamente inadeguate o non conformi alla situazione sanitaria – Art. L. 1111-11
- Viene abolito il periodo di validità delle direttive anticipate, precedentemente fissato in tre anni – Articolo L.1111-11

a) Un diritto necessario ma insufficiente

Le cure palliative, (voglio dire “tutto ciò che resta da fare quando non c'è più niente da fare”) in quanto atto medico volto ad alleviare il dolore, alleviare la sofferenza mentale e sostenere il paziente e la sua famiglia, sono un diritto necessario ma non sufficiente.

La sedazione profonda e continua mantenuta fino alla morte non è eutanasia per i motivi che sono stati ben riassunti dall'HAS:

- Alleviare la sofferenza refrattaria non è rispondere alla richiesta di morte del paziente;
- Alterare profondamente la coscienza non è causare la morte;
- Usare un farmaco sedativo con dosi appropriate per ottenere una sedazione profonda non è usare un farmaco con una dose letale;
- Praticare una sedazione profonda continuata fino alla morte per evoluzione naturale della malattia significa non sapere con precisione quando avverrà la morte, non è causa di morte immediata del paziente per un prodotto letale.

b) Diritto penale del fine vita

Sebbene i termini “eutanasia” o “suicidio assistito” non compaiano nel codice penale francese, sono tuttavia considerati reati (a differenza dell'eutanasia attiva, nel suicidio assistito è il paziente che assorbe un prodotto letale e non il medico che glielo inietta):

L'eutanasia attiva è, in assenza di un testo specifico, suscettibile di ricevere due qualifiche penali principali, quelle di omicidio o di assassinio. Se la morte avviene per mezzo di una sostanza che può causarla può quindi essere qualificato come avvelenamento; e nel migliore dei casi, può essere trattato penalmente come non assistenza una persona in pericolo. D'altra parte, quando la morte deriva da un errore medico o nella mancanza di cura, l'omicidio colposo diventa applicabile.

L'apparente rigidità del diritto francese deve essere messa in prospettiva dall'intervento della giurisprudenza, in particolare quella della Corte europea dei diritti dell'uomo attraverso la sua dottrina sull'autonomia individuale dalla sentenza “Pretty” del 2002.

In effetti, si potrebbe dire che il diritto penale francese della fine vita è un diritto essenzialmente giudiziario, abbastanza lontano dai principi di legalità e di interpretazione rigorosa della legge penale.

In ogni caso, l'articolo 221-1 del codice penale definisce l'omicidio come "l'atto di causare deliberatamente la morte di un'altra persona". È punibile con trenta anni di reclusione. Inoltre, il codice penale prevede che la commissione di un omicidio possa essere accompagnata da circostanze aggravanti che aumenteranno la pena. Questo è il caso quando è perpetrato su una persona "la cui particolare vulnerabilità, a causa della sua età, malattia, infermità, deficienza fisica o mentale o stato di gravidanza, è evidente o conosciuta dall'autore" (articolo 221-4 del Codice penale), circostanze che ovviamente si applicano al paziente sul quale è stata praticata l'eutanasia. Quando l'omicidio è premeditato, è qualificato come omicidio (articolo 221-3 del codice penale), un crimine punibile con l'ergastolo.

La provocazione al suicidio è definita dall'articolo 223-13 del codice penale come segue:

“Provocare il suicidio di un altro è punito con tre anni di reclusione e una multa di 45.000 euro se alla provocazione è seguito il suicidio o un tentato suicidio. La pena è aumentata a cinque anni di reclusione e alla multa di euro 75.000 quando la vittima del reato di cui al comma precedente è un minore di quindici anni. Le persone fisiche o giuridiche colpevoli del reato previsto nella presente sezione incorrono inoltre nella seguente ulteriore sanzione: divieto dell'attività di erogatore di formazione professionale continua ai sensi dell'articolo L. 6313-1 del Codice del lavoro per un periodo di cinque anni”.

In verità, i procedimenti giudiziari rimangono rari, ma vengono rapidamente pubblicizzati e caricaturali: il dibattito in Francia si è sviluppato in un clima di emozione popolare provocato da alcuni casi emblematici (Chantal Sébire, Vincent Humbert e Vincent Lambert) che i politici hanno reagito mobilitando il loro magistero di esperti: pareri della *Commissione di riflessione sulla fine della vita*, del *Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sulla fine della vita, l'autonomia della persona, la volontà di morire, ecc.*

Il presidente Hollande aveva persino fatto dell'assistenza medicalizzata alla morte una promessa elettorale che non è mai stata mantenuta. Le buone intenzioni politiche e di esperti riguardano più il paternalismo e la dolosità che la ricerca di una soluzione emancipatrice che rispetti le libertà individuali.

Infine, poiché il presidente Macron ha mostrato interesse per il modello belga, dobbiamo ricordare che il governo del regno ha autorizzato la depenalizzazione dell'eutanasia. Questo significa che la pratica non è più considerata un crimine. Non è però un diritto del paziente, così come l'eutanasia non è applicabile da un medico all'altro.

Tuttavia, la pratica del diritto all'eutanasia deve soddisfare alcune condizioni, vale a dire:

- Il paziente deve essere maggiorenne o un minore emancipato, capace di esprimere la sua volontà. Per farlo, deve fare una richiesta scritta a suo nome. Dalla legge del 28 febbraio 2014, la procedura è ora aperta ai minori, ma a certe condizioni.
- Il medico deve verificare che il paziente non sia soggetto a pressioni esterne e che abbia preso una decisione ponderata.
- Il paziente deve soffrire di una malattia incurabile, e la sua sofferenza fisica e psicologica deve essere insopportabile, costante e insopportabile.
- Il medico deve consultare un secondo medico, che controllerà che tutte le condizioni siano correttamente soddisfatte. Se il paziente non è un malato terminale, il parere di un terzo medico, specialista nella patologia del cliente, sarà obbligatorio. Un ritardo di 1 mese deve essere rispettato.

Solo un medico può effettuare l'eutanasia. Alla fine della procedura, deve compilare un modulo e presentarlo entro 4 giorni alla Commissione federale per il controllo e la valutazione dell'eutanasia.

II.- Evoluzione possibile

Per il legislatore francese, il compromesso giuridico in materia di fine vita consisteva, nel suo primo approccio, di offrire ai pazienti delle alternative alla morte.

Oggi questo compromesso sembra evolversi sotto la pressione dell'opinione pubblica e delle promesse elettorali del presidente Macron che ha dichiarato:

“Su questo tema, spero che possiamo andare avanti in modo pacifico, per questo penso che sia un buon argomento per una Convenzione dei cittadini”, aggiungendo che “sulla base delle conclusioni” di tale Convenzione, avrebbe sottoposto “alla rappresentanza nazionale o al popolo la scelta di andare alla fine del percorso che sarà raccomandato”: le alternative disponibili sono:

- referendum (ma la costituzione dovrà essere modificata),
- conferenza di consenso,
- dibattito nel *Conseil Economique et Social*,
- dibattito nel *Etats généraux de la bioéthique*,
- grande dibattito parlamentare....

La strada è aperta per decidere presto la questione in Francia. In ogni caso, speriamo che questo spazio sia l'occasione per presentare tutti gli argomenti: autonomia della volontà, stato di necessità, rispetto della dignità umana, ma anche dovere di cura verso gli altri e rischi di generalizzare l'eutanasia a scapito

delle cure palliative.... permettendo così i diversi punti di vista filosofici dei cittadini

grazie per la vostra attenzione