

L'analisi

Eutanasia, ecco i punti principali della nuova legge francese

VITA E BIOETICA

20_07_2026



**Tommaso
Scandroglio**



Ritorniamo a parlare della [legge sul suicidio assistito](#) approvata dall'Assemblea Nazionale francese il 15 luglio 2026. Analizziamo gli articoli più rilevanti della legge. Partiamo dall'art. 2: «Il diritto al suicidio assistito è il diritto di una persona che abbia

espresso la richiesta di essere autorizzata all'uso di una sostanza letale e che sia accompagnata, [...] affinché possa somministrarsela da sola o, quando non è fisicamente in grado di farlo, farsela somministrare da un medico o da un infermiere». Primo rilievo: a differenza della scelta di alcuni ordinamenti giuridici, il legislatore francese non ha optato per la depenalizzazione del suicidio assistito, bensì ha riconosciuto un vero e proprio diritto soggettivo ad uccidersi o a farsi uccidere. In Francia quindi sia l'aborto, sia il suicidio assistito sia l'eutanasia sono diritti soggettivi.

Secondo rilievo ancora più importante: il Parlamento non ha “solo” legalizzato il suicidio assistito, ma anche l'eutanasia. Infatti, qualora il paziente non riesca da sé ad assumere il preparato letale, questo potrà, anzi dovrà essere somministrato dal medico. Quindi si tratta di un vero e proprio omicidio del consenziente. Il medico non solo aiuta una persona a suicidarsi, ma anche uccide direttamente, stravolgendo la natura del suo *munus* e così capovolgendo le finalità della sua professione: da aiutare a vivere ad aiutare a morire.

L'art. 4 indica i criteri di accesso al suicidio assistito e all'eutanasia, criteri che ricordano quelli indicati dalla nostra Corte Costituzionale: aver compiuto 18 anni; «poter esprimere la propria volontà liberamente e in piena consapevolezza»; essere cittadino francese o risiedere stabilmente in Francia; essere affetto da una patologia irreversibile e soffrire di una condizione così grave e incurabile che mette a rischio la vita del paziente e che mina la qualità della sua vita o che addirittura fa entrare il paziente in uno stadio terminale. In quest'ultimo criterio rientrano non solo le patologie ad esito infausto, ma anche patologie curabili – come alcuni tumori – o croniche – ad esempio il diabete, alcune patologie cardiache – o patologie neurodegenerative al loro esordio (la persona, lo ricordiamo, deve essere capace di intendere e volere per poter accedere al suicidio assistito o all'eutanasia). Ultimo criterio: il paziente deve essere affetto da una sofferenza fisica insopportabile. Da notare che il giudizio di insopportabilità è demandato esclusivamente al diretto interessato e non è sindacabile. Inoltre, l'insopportabilità può derivare sia dalla natura refrattaria del dolore ai trattamenti, sia dal rifiuto di qualsiasi cura da parte del paziente, anche di quelle cure che potrebbero eliminare o alleviare la sofferenza (nella legge le cure palliative sono facoltative, non rappresentano un iter obbligatorio e previo alla richiesta di morire). Ciò è stato voluto perché altrimenti il paziente sarebbe stato costretto a curarsi: una violenza inaccettabile secondo gli estensori ultraliberisti della legge.

Gli articoli 5 e 6 ci informano che la persona che vuole morire sceglie il medico responsabile di tutto l'iter, il quale costituisce un comitato multiprofessionale composto

da lui e da almeno altri due professionisti. Il comitato dovrà verificare la sussistenza di tutti i requisiti di cui sopra. Entro 15 giorni deve pronunciarsi sulla richiesta presentata. Proseguiamo: si può decidere di morire a casa o in ospedale (art. 7); l'art. 9 obbliga il medico ad un'ultima verifica della volontà di morire da parte del paziente prima di procedere alla sua soppressione, ma questo articolo non chiarisce come comportarsi nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimersi, ad esempio a motivo della progressione della patologia (pensiamo alla SLA). L'interpretazione più letterale imporrebbe al medico di non procedere, proprio perché manca la volontà attuale del paziente di voler procedere, mancanza data dall'impossibilità di esprimersi. Dunque, le Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) in questi casi non potrebbero parlare al posto del paziente.

L'art. 14 disciplina la clausola di coscienza che copre medici e infermieri, ma non i farmacisti che devono preparare la sostanza letale, né i direttori sanitari degli ospedali scelti eventualmente per morire, i quali direttori devono mettere a disposizione una stanza e sono obbligati a far accedere nella struttura i medici che aiuteranno nel suicidio o che uccideranno loro stessi il paziente. Oltre alla copertura solo parziale dell'obiezione di coscienza, c'è anche un altro grosso problema morale e giuridico: il medico che è stato scelto dal paziente per ucciderlo, ma che si è rifiutato di farlo, deve comunque «fornire i nomi dei professionisti sanitari disposti a partecipare all'attuazione di tali procedure». Insomma, io medico mi rifiuto di uccidere, però devo indicare i nomi dei killer disposti a farlo. Si tratta di una collaborazione materiale illecita al male che, dal punto di vista morale, obbliga il professionista a non fornire nessuna indicazione.

Un'ultima nota, quasi una curiosità, ma non troppo. L'art. 19 così recita: «L'assicurazione sulla vita copre il decesso derivante dall'attuazione del suicidio assistito» e della pratica eutanasica, una indicazione che ricorda in parte l'art. 1927 del nostro Codice civile. Dunque, l'assicurazione sulla vita copre anche la morte del suicida. Una eccezione alla norma che regola i contratti assicurativi. L'assicurazione, infatti, si fonda sull'alea: l'evento deve essere incerto e non deliberatamente provocato dall'assicurato allo scopo di ottenere la prestazione. Perché dunque questa eccezione? Perché il legislatore non voleva discriminare i suicidi, non voleva che ci fossero morti di serie A meritorie d'indennizzo e morti di serie B non meritorie d'indennizzo. Infatti, se l'assicurazione non avesse coperto il suicidio del paziente, quest'ultimo, per ipotesi, sarebbe stato costretto a vivere finché non fosse morto per cause naturali, altrimenti i congiunti non avrebbero potuto ottenere l'indennizzo. Insomma, il legislatore toglie ogni possibile ostacolo al suicidio e all'eutanasia e sottolinea, anche in questo articolo, che il suicidio e l'eutanasia sono due forme legittime di morire, tanto legittime che meritano

copertura assicurativa.

C'è infine da ricordare che questa legge è figlia della legge Claey's-Leonetti del 2016, norma che già legittima il suicidio e l'eutanasia. Infatti in essa il paziente ha il diritto di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario anche salvavita, da iniziare o già iniziato. Quindi può suicidarsi rifiutando cure da iniziare o chiedere che gli venga praticata l'eutanasia tramite lo stacco della ventilazione, idratazione e alimentazione assistita. Un'altra forma di eutanasia permessa dalla legge Leonetti si sostanzia nell'interrompere quei trattamenti il cui «unico effetto sia il prolungamento artificiale della vita» (art. 2): quindi, tutte quelle persone affette dalla sindrome a-responsiva (imprecisamente definite "in stato vegetativo"), possono essere uccise. Infine, un'altra modalità eutanasica che si nasconde nelle pieghe della legge è la possibilità di ricevere la sedazione profonda continuativa. Tale sedazione può avere finalità terapeutiche sul dolore, ma anche finalità eutanasiche: basta eccedere nella dose. In breve, la legge sul suicidio assistito approvata il 15 luglio scorso aveva già le sue premesse mortifere nella legge Claey's-Leonetti.