

Il dibattito in Bioetica

Tra breve si avrà nei Paesi Bassi anche l'assistenza al suicidio per persone sane?*

+ WILLEM JACOBUS EIJK

Arcivescovo di Utrecht

Corrispondenza: Willem Jacobus Cardinal Eijk; e-mail: Eijk@aartsbisdom.nl

Il 12 ottobre 2016, il Ministro della Sanità, del Benessere e dello Sport, Schippers, e il Ministro della Sicurezza e della Giustizia, Van der Steur, del Governo olandese precedente, nella sorpresa generale inviarono una lettera al Presidente della Camera dei Paesi Bassi [1], nella quale resero noto che il Governo aveva avuto il proposito di elaborare una nuova legge. Questa legge avrebbe dovuto permettere di offrire assistenza al suicidio anche a persone non affette da una malattia o a coloro che soffrono per una combinazione di fattori medici, cioè eventualmente anche a persone sane.

1. Una sofferenza senza prospettive e insopportabile senza base medica?

Nel 2002 entrò in vigore la Legge sul controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al suicidio (Wet toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij suicide, abbreviata WtL, chiamata anche Legge sull'eutanasia (Euthanasiewet) [2]. L'eutanasia e l'assistenza al suicidio sono ancora formalmente vietate. La Legge sull'eutanasia rende possibile, però, ad un medico di compiere l'eutanasia o di dare assistenza al suicidio senza essere punito. Per poterlo fare, deve soddisfare a un certo numero di esigenze di accuratezza. Una di esse riguarda la sua convinzione che la sofferenza del paziente sia insopportabile e senza prospettive (WtL, art. 2.1.b). La sofferenza è senza prospettive, se non è più disponibile un trattamento con cui poter togliere o alleviare la sofferenza. Questo è un criterio oggettivo. È il medico a giudicare soprattutto in base alla sua competenza se la sofferenza sia senza prospettive. È soprattutto il paziente a dover indicare se la sofferenza sia insopportabile. Questo è, in sostanza, un criterio soggettivo. All'interno del quadro dell'applicazione

* Questo articolo è un'elaborazione di un altro apparso che trattava lo stesso argomento sulla rivista olandese online Pro Vita Humana (Eijk WJ. Straks ook medische hulp bij suicide voor mensen die gezond zijn?. Pro Vita Humana 2017; 24 (1), (accesso del 10 maggio 2018, a: <http://provitahumana.nl/pvhcoart201711.html>).

della Legge sull'eutanasia si parte, però, dal presupposto che la sofferenza insopportabile e senza prospettive sia causata da un'affezione medica o almeno da una combinazione di fattori medici (come artrosi, disturbi alla schiena, audio lesione, problemi alla vista, essere costretti a letto) [3].

Il Governo è dell'opinione che la sofferenza possa essere anche insopportabile e senza prospettive per persone che non sono affette da una malattia o da una combinazione di fattori medici: si tratta di una sofferenza *senza base medica*. Riguarda, cioè, persone, spesso anziane, che si sentono gravate dalla perdita di persone care, dalla solitudine, dalla stanchezza o dall'indebolimento dovuto alla vecchiaia, ma, per il resto, sono sane. Alcune tra di loro sviluppano, come conseguenza, il desiderio prolungato e attivo di morire, perché sono dell'opinione che la vita non abbia più senso e sia *giunta a compimento*. Secondo la Legge sull'eutanasia, queste persone non fanno parte della categoria di coloro che hanno diritto all'assistenza al suicidio. Questa legge esige, infatti, che vi sia una base medica per definire la sofferenza insopportabile e senza prospettive. Il Governo vuole elaborare una nuova legge affinché sia possibile l'assistenza al suicidio anche per persone che soffrono senza prospettiva e in maniera insopportabile per cause che non sono mediche e le quali considerano la vita *giunta a compimento*.

Negli ultimi venticinque anni, nei Paesi Bassi, sono state fatte diverse proposte per creare possibilità legali per realizzare il suicidio assistito di persone che intendono porre fine alla vita, senza che vi sia una base medica. All'inizio degli anni '90, Drion, membro della Corte Suprema, propose di rendere possibile per legge che i medici, su richiesta, mettessero a disposizione di anziani dei mezzi che permettessero di porre termine alla vita nel momento da loro stabilito [4]. Nel 1998, il politico del Partito socialdemocratico (PvdA) e senatore Edward Brongersma, noto negli anni settanta per aver proposto di legalizzare i rapporti sessuali volontari tra minorenni e adulti, all'età di 86 anni, pose termine alla sua vita con un farmaco fornitogli, su sua richiesta, dal medico di famiglia. Non aveva una grave malattia fisica o psichica, ma era gravato dalla perdita delle sue forze fisiche e dalla solitudine, considerando la sua vita priva di senso. Il medico di famiglia fu giudicato colpevole dalla Corte Suprema per aver prestato assistenza al suicidio, poiché Brongersma non aveva una malattia fisica o psichica identificabile, ma non gli venne inflitta nessuna pena. Dall'altra parte, la Corte Suprema non esclude la possibilità che, anche in una situazione in cui non fosse presente una malattia su base medica o psichica, si possa trattare di sofferenza senza alcuna prospettiva e insopportabile [5].

Sulla linea della proposta di Drion e dell'arresto Brongersma, si iniziò a discutere sulla domanda se non si dovessero anche creare possibilità di effettuare l'eutanasia o di assistere al suicidio a persone che volessero (far) porre termine alla propria vita, considerata *giunta a compimento*, senza che vi fosse una base medica. La Commissione Dijkhuis, fondata dall'Associazione Reale Neerlandese per la Promozione della Medicina (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, abbreviata KNMG), che del resto non utilizzò il termine vita *giunta a compimento*, ma *soffrire a motivo della vita*, nel 2004 giunse alla conclusione che si trattava di quest'ul-

timo caso, se delle persone desiderassero in maniera prolungata la morte anche in assenza di un'afezione somatica o psichiatrica (determinante) e considerassero la vita, del tutto o solo in parte, priva di ogni qualità [6]. L'Associazione Neerlandese per l'Interruzione Volontaria della Vita (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde) è dell'opinione che una vita *giunta a compimento* possa essere una ragione accettabile per agire in modo da porre termine alla vita, soprattutto nel caso di persone anziane che autonomamente sono arrivate alla conclusione che la vita ha perduto il suo valore in modo tale da preferire di porvi termine, «anche se non hanno una malattia incurabile o un'afezione con grandi sofferenze» [7].

Nel 2010, il gruppo di iniziativa *Uit Vrije Wil* (Di Propria Volontà) pubblicò una proposta di legge che, escludendo sanzioni, offrisse la possibilità di assistere al suicidio di persone che hanno raggiunto i 70 anni e hanno il desiderio deliberato di morire, ben ponderato e duraturo [8]. Dovrebbe essere disponibile per queste persone un *assistente al suicidio* (*stervenshulpverlener*) che non deve essere di per sé un medico, ma, per esempio, uno psicologo, un filosofo, un assistente spirituale o un infermiere. Anche persone che non hanno una patologia medica o psichiatrica, ma che, per altri motivi, sono dell'opinione che la loro vita sia giunta a compimento potrebbero essere prese in considerazione per l'assistenza al suicidio. In quel tempo, emerse che negli ambienti politici dell'Aia non vi fosse una base di consenso sufficiente per appoggiare tale iniziativa civile. Risultò che anche i medici erano poco entusiasti di dover prestare assistenza al suicidio a persone che considerassero la loro vita giunta a compimento, senza avere una patologia su base medica, accompagnata da sofferenze insopportabili e senza prospettive. Un gruppo di esperti su sondaggi d'opinione del programma televisivo *Een Vandaag* tenne un'inchiesta in proposito tra 800 medici di famiglia; emerse che soltanto il 20% era disposto a prestare l'assistenza al suicidio nel caso di persone che consideravano la loro vita giunta a compimento. Il 64,5% dichiarò di non esserne disposto [9]. L'Associazione Reale Neerlandese per la Promozione della Medicina (Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, abbreviata come KNMG), nel 2011, rese pubblico il suo punto di vista ufficiale, dicendo che era necessaria una base medica o per lo meno una combinazione di fattori medici per poter parlare di una sofferenza senza prospettive e insopportabile che potesse giustificare il porre termine alla vita [3].

Pia Dijkstra, membro del parlamento del partito D66, ha presentato l'8 marzo 2012 una mozione affinché «su richiesta esplicita e individuale dell'anziano e sotto strette condizioni di cautela e di controllabilità, fosse possibile l'assistenza alla morte di anziani che considerano la loro vita giunta a compimento» [10]. La mozione è stata respinta a grande maggioranza. L'idea di fondo della sua proposta era «che ogni anziano debba avere la libertà di determinare come e quando morire» [10]. Questo riflette l'ideale vigente della società iper-individualista secolarizzata in cui è l'individuo stesso a determinare se la sua vita abbia ancora valore. L'attuale cultura rifiuta l'idea che la vita umana abbia un valore universale che vale sempre e ovunque, anche di un essere umano colpito da una malattia grave, incurabile e sfigurante, accompagnata da sofferenze conside-

rate insopportabili. Resta la sua dignità, anche se l'individuo coinvolto ha la percezione che la vita abbia perso tutta la sua dignità. Pia Dijkstra ha presentato, inoltre, una mozione in cui si richiede al governo di formulare una relativa proposta di legge, insieme a coloro che hanno presentato l'iniziativa civile Vita giunta a Compimento [11]. Questa mozione fu rinviata a data da stabilire [12].

Nel 2014, il Ministro della Sanità, del Benessere e dello Sport, e il Ministro della Sicurezza e Giustizia istituirono una Commissione di Consultazione sulla Vita giunta a Compimento, cui è stato dato il nome del suo presidente il prof. P. Schnabel. La Commissione Schnabel concluse con il rapporto *Voltooid Leven* (Vita giunta a Compimento), pubblicato il 4 febbraio 2016, in cui si rilevava che la Legge sull'eutanasia veniva bene attuata. La Commissione era dell'opinione che la Legge sull'eutanasia offriva già lo spazio per porre termine alla vita su richiesta nella maggior parte dei casi qualificati come *vita giunta a compimento*. Secondo la Commissione la ragione era da ricercare nel fatto che in molti casi di vita cosiddetta giunta a compimento vi fosse un fattore medico. Sconsigliava, perciò, di cambiare la legge in vigore [13]. Den Hartogh, fra l'altro professore straordinario di etica medica dell'Università di Amsterdam, aggiungeva: «È un mito che la Legge escluda categoricamente l'assistenza al suicidio nei casi di "vita giunta a compimento". Dell'esistenza di tale mito è responsabile, in parte, il termine stesso [...] Dimentichiamo il concetto con il suo falso romanticismo, se ancora è possibile. L'unico aspetto che può avere qualche modesta rilevanza per il controllo delle richieste di accuratezza è che si tratta di persone molto anziane con le loro affezioni caratteristiche dell'età, che, però, non costituiscono una minaccia per la vita. Se focalizziamo la discussione su questo aspetto, non troviamo difficoltà di ogni tipo a motivo di definizioni nebulose e di associazioni ingannevoli» [14].

Il Governo precedente aveva fatto proprio il parere della Commissione Schnabel di lasciare, cioè, inalterata la Legge sull'eutanasia [1, p. 2]. Con grande stupore di tutti, dissentiva, però, dal parere della Commissione di non allargare le possibilità giuridiche attuali per l'assistenza al suicidio, prospettando una nuova legge che potesse creare lo spazio per l'assistenza al suicidio a motivo della vita giunta a compimento, cioè per persone che volessero porre termine alla vita a causa di una sofferenza considerata insopportabile e senza prospettive, sebbene fosse assente una base medica.

2. Perché una nuova legge?

Perché il Governo precedente voleva tale legge oltre la Legge già esistente sull'eutanasia? La Legge sull'eutanasia dà al medico un ruolo centrale nella decisione se possa avere luogo un atto che ponga termine alla vita su richiesta. Secondo il Governo precedente, soltanto l'individuo interessato può stabilire se la vita sia giunta a compimento o meno. Il Governo precedente riteneva necessaria una nuova legge accanto alla Legge già esistente sull'eutanasia per rispettare l'autonomia di quella persona.

2.1 La Legge sull'eutanasia: il valore della vita in relazione alla misericordia (da parte del medico)

Nel quadro della Legge sull'eutanasia, colui che desidera l'eutanasia o l'assistenza al suicidio dipende dalla decisione del medico. Questi non ha l'obbligo di compiere l'eutanasia o prestare l'assistenza al suicidio. Il paziente non ha diritto all'eutanasia o all'assistenza al suicidio. Il medico verifica innanzitutto se la sofferenza del paziente, che deve essere causata da una malattia o da una combinazione di fattori medici, sia senza prospettive e insopportabile e, sulla base di tale constatazione, decide se la richiesta di porre termine alla vita possa essere accolta. Una delle cinque Commissioni Regionali di Controllo dell'Eutanasia compie un controllo a posteriori per verificare come il medico abbia agito. Nella Legge sull'eutanasia, il medico occupa un posto centrale. Questa legge parte dalla supposizione che il medico, a causa della sofferenza senza prospettive e insopportabile del paziente, venga a trovarsi in un conflitto di obblighi: da una parte, l'obbligo di proteggere e mantenere la vita, dall'altra, l'obbligo di togliere o lenire la sofferenza che, in alcuni casi, è possibile solo ponendo termine alla vita del paziente, se non vi sia altra alternativa. A questo punto, si trova davanti a un conflitto di obblighi che implicherebbe una situazione di forza maggiore. Se il medico ponesse termine alla vita del paziente in una di queste situazioni, farebbe un atto di misericordia che si contrappone alla legge in maniera formale, ma non materiale. Per questa ragione il medico non viene punito: «Questo significa che, se una persona soffre in modo insopportabile e senza prospettive, la protezione della vita può cedere il passo davanti all'appello alla misericordia» [1, p. 6].

I Ministri Schippers e Van der Steur si basavano sull'idea, che ritorna ripetutamente nella discussione sull'eutanasia, che il valore della vita, dall'una parte, e quello della misericordia, dall'altra, siano due valori che possono venire in conflitto tra di loro e che, in certi casi, la misericordia sia un valore superiore a quello della vita. Questa contrapposizione è stata espressa acutamente con il termine inglese *mercy killing*, cioè *uccidere per misericordia*. Un problema che si presenta sempre nella discussione sull'ammissibilità di agire per porre termine alla vita è che si mette il valore della vita in contrapposizione ad altri valori, in questo caso alla misericordia (e come vedremo in seguito, anche in opposizione all'autonomia dell'uomo).

I valori non possono sic et simpliciter essere messi a paragone tra di loro. Vi sono valori *incommensurabili* che non possono essere messi a paragone con altri valori e uno di tali valori è il valore della vita. È, come vedremo più specificamente, un valore intrinseco, cioè fine a se stesso e mai un puro mezzo; questo comporta che non può mai, nella maniera più assoluta, essere sacrificato per porre termine alla sofferenza.

Evidentemente la misericordia è, anch'essa, un valore intrinseco che non può mai essere violato: non è permesso essere spietati. Ma non si è spietati se si rifiuta di assistere una persona a porre termine alla propria vita, così che si possa mettere fine alla sua sofferenza. La misericordia non richiede la collaborazione alla violazione di un valore in-

trinseco, in questo caso, il valore della vita. La vera misericordia comporta che «si [è] solidali col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza» (*Evangelium vitae* nr. 66) [15]. La vera compassione non implica l'obbligo di togliere completamente la sofferenza – ad un tale obbligo non sono tenuti i medici e altri operatori sanitari, parenti, amici e conoscenti. La misericordia significa che si va fino in fondo nel ridurre la sofferenza del prossimo entro proporzioni sopportabili. Questa misericordia viene offerta concretamente nella forma di cure palliative amorevoli ed esper- te.

2.2 Una nuova legge: l'autonomia in relazione alla inviolabilità della vita

Nel quadro della Legge sull'eutanasia, il paziente dipende ancora dal medico nel caso in cui desidera (far) porre termine alla vita. Questo è spesso avvertito come un limite all'autonomia del paziente in tale decisione. Nei casi di una *vita giunta a compimento* non vi è un'affezione medica o combinazione di fattori medici su cui un medico debba dare un giudizio. Un medico non può valutare, in base alla sua conoscenza specifica, se una vita sia *giunta a compimento* e se fattori come la solitudine, la vecchiaia e la diminuita mobilità determinino una sofferenza senza prospettive e insopportabile. Di conseguenza, in queste situazioni non si produce un conflitto di obblighi per il medico. Il Governo ritiene necessaria, perciò, una legge nuova e diversa, in cui non il medico, con il suo supposto conflitto di obblighi, abbia un posto centrale, ma colui che desidera morire perché la sua vita è giunta a compimento e a motivo della sua autonomia [1, pp. 6-8].

Nella loro lettera, il Ministro della Giustizia e il Ministro della Sanità precedenti facevano riferimento alla sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo concernente Haas contro Svizzera [16]. Detta sentenza recita che, sebbene l'articolo 2, §1 della Convenzione europea dei Diritti dell'Uomo esiga che la vita di ogni persona debba essere protetta dalla legge, l'articolo 8, § 1, che concerne il diritto al rispetto della propria vita privata, comporta che ognuno abbia il diritto di decidere come e in quale momento della vita morire e come vuole morire. La Corte riconosce quindi secondo i Ministri un diritto al suicidio. L'autorità statale non ha l'obbligo positivo di provvedere all'assistenza al suicidio, tuttavia, la Corte è dell'opinione che lo Stato debba chiedersi fino a che punto degli esseri umani che sono in grado di prendere una decisione deliberata in quale momento e in che modo morire, debbano avere la possibilità di chiedere ad altri di assisterli a porre termine alla loro vita [1, p. 7].

Il Governo precedente voleva difendere l'autonomia di persone che hanno il desiderio di morire senza che vi siano ragioni mediche. L'autonomia (l'autodeterminazione) è, secondo il Governo, un valore fondamentale e un elemento importante sia per l'etica che per il diritto. È vero che il Governo precedente non considerava l'autonomia un principio assoluto, ma era dell'opinione che, in alcuni casi, l'inviolabilità della vita venga a

trovarsi in una posizione critica, quando persone senza problemi medici specifici credono che la loro vita non abbia più valore e hanno, perciò, il desiderio persistente di morire. In tali casi può avvenire che la inviolabilità della vita debba farsi da parte davanti all'autonomia, al diritto all'autodeterminazione.

Per prevenire gli abusi, si dovrà stare attenti che la richiesta di assistenza al suicidio sia, in effetti, volontaria, consistente e ben ponderata. Vi è, perciò, bisogno di un controllo *anteriore*. Il controllo anteriore al suicidio, secondo la nuova legge sarà svolto da un *assistente al suicidio* istruito appositamente. Si tratta di un nuovo gruppo professionale di esperti che hanno esperienza di problemi esistenziali e psicosociali e di accompagnamento di persone alla fine della vita. Possono essere medici, ma anche infermieri o psicologi che hanno seguito un ciclo di studi medici dopo l'istruzione di base. L'assistente al suicidio deve fare un certo numero di colloqui con l'interessato per verificare se il suo desiderio di morire sia ben ponderato, volontario e prolungato. Deve discernere anche se il desiderio di morire non derivi da una causa medica, per esempio, una depressione, e possa essere alleviata con un trattamento medico [1, pp. 9-10]. Dopo che il suicidio ha avuto luogo, una commissione indipendente, passando al vaglio la decisione di prestare assistenza al suicidio, fa un controllo *posteriore*, analogicamente a ciò che avviene nel quadro della Legge sull'eutanasia [1, p. 10]. Secondo questa legge, il medico, dopo aver praticato l'eutanasia o aver dato assistenza al suicidio, deve presentare un rapporto sul suo agire a una delle cinque Commissioni Regionali di Controllo dell'Eutanasia (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) per una verifica posteriore.

La legge che il Governo precedente voleva elaborare assomiglia molto alla proposta di legge di Uit Vrije Wil. Diversamente dal gruppo di iniziativa Uit Vrije Wil, il Governo precedente non indicava, però, il limite di età, pur pensando soprattutto a persone anziane nel caso di *vita giunta a compimento* [1, p. 11].

È Pia Dijkstra, immersa di nuovo nella discussione sulla vita giunta a compimento, a preoccuparsi di definire il limite d'età. Dijkstra ha redatto una proposta di legge sull'iniziativa parlamentare [17] in cui si determina che solo persone di almeno 75 anni d'età vengono prese in considerazione per l'assistenza al suicidio, se esse sono convinte che la loro vita sia giunta a compimento. Un'altra differenza riguardo al piano del Governo precedente è che la proposta di legge di Pia Dijkstra non parla di un assistente al suicidio, ma di un *accompagnatore alla fine della vita* (in olandese: *levenseindebegeleider*). Costui non deve essere necessariamente un medico, ma una persona registrata come professionista secondo la legge sulla registrazione dei professionisti della sanità. L'accompagnatore alla fine della vita – a quanto pare, anche se è non medico – può prescrivere i mezzi da procurarsi in farmacia per porre fine alla vita. La farmacia deve consegnare questi mezzi solo all'accompagnatore alla fine della vita (art. 4). Fino al 31 gennaio 2018 la sua proposta di legge è stata sottoposta a una consultazione online, affinché tutti possano reagire.

L'intenzione esplicita è che la proposta di legge sia presentata come una iniziativa parlamentare e non governativa. Dalla fine di ottobre del 2017 i Paesi Bassi hanno un

nuovo governo, cui partecipano, oltre il D66, anche i liberali della destra e i democristiani, come pure un partito politico di protestanti ortodossi. Gli ultimi due respingono la legalizzazione del suicidio assistito nel caso di una vita giunta a compimento. Il nuovo Governo ha deciso, perciò, di non presentare una proposta di legge sulla vita giunta a compimento; ciò comporta che questa sarà un'iniziativa parlamentare e sarà soggetta ad una votazione libera. I due partiti cristiani menzionati non hanno, però, l'intenzione di far cadere il nuovo Governo, se il parlamento e il senato dovessero approvare una legge che crei delle possibilità per l'assistenza al suicidio nel caso di una vita giunta a compimento. Nell'Accordo di Governo, il nuovo Governo programma di voler fare i passi seguenti.

Il nuovo Governo si impegna a seguire le raccomandazioni del manifesto *Diventare anziano in modo degno* ("Waardig ouder worden"), un documento comune del ChristenUnie (il partito protestante-ortodosso che partecipa al nuovo governo), Max (una rete televisiva per anziani) e KBO-PCOB (una associazione cattolica e protestante di anziani). Questi si impegnano a lanciare una campagna tra l'altro per rivalutare la vecchiaia con un piano d'azione per alleviare la solitudine e migliorare la cura palliativa e la cura spirituale (pastorale) [18];

Il Ministro della sanità si impegna a mettere in pratica le raccomandazioni della Commissione Schnabel, già menzionata, per allargare la conoscenza della Legge sull'eutanasia a medici e pazienti perché siano chiarite loro le possibilità che questa legge offre per il suicidio in casi di vita giunta a compimento, in relazione alla nuova (terza) valutazione della Legge sull'eutanasia;

Il nuovo Governo inizierà un'inchiesta sulla vastità e le circostanze del gruppo per cui l'interpretazione ampia della Legge sull'eutanasia – così come questa è stata indicata dalla Commissione Schnabel – non offre possibilità sufficienti secondo gli interessati all'assistenza al suicidio in casi di vita giunta a compimento [19]. Si tratta ovviamente di un compromesso fra i partiti liberali e cristiani, ognuno dei quali vuole avere qualcosa dei propri programmi nell'accordo di Governo.

3. Quella legge non dovrà mai essere approvata

Da varie parti, il piano del Governo precedente e la proposta di legge di Pia Dijkstra riguardante l'assistenza al suicidio in casi di *vita giunta a compimento* sono stati criticati. Soprattutto importante è la critica dell'Associazione Reale Neerlandese per la Promozione della Medicina (KNMG) che considera il piano del Governo precedente inaccettabile per diversi motivi. Fra l'altro teme che la nuova legge che il Governo precedente intendeva redigere mini la Legge sull'Eutanasia. La conseguenza che ne può derivare è che per coloro che soffrono di un'affezione medica valgano delle regole più severe che per coloro che hanno il desiderio di morire per altri motivi. Quando il medico non accorda la richiesta di porre fine alla vita nel quadro della Legge sull'Eutanasia, il

paziente può tentare di ottenere l'assistenza al suicidio da parte dell'assistente al suicidio, come previsto dalla nuova legge. Il paziente, non dovendo dimostrare più che la sua sofferenza è la conseguenza di un'affezione medica, ha un più facile accesso all'assistenza al suicidio. La nuova legge, così come è intesa dal Governo precedente, non creerà in questo modo una scorciatoia a discapito della Legge sull'Eutanasia? I medici non saranno tentati ad indicare ai loro pazienti le possibilità offerte dalla nuova legge? La KNMG vede qui il rischio che sia minata la Legge sull'Eutanasia e che con essa scompaia l'accuratezza che tale legge offre. Secondo la KNMG l'attuale prassi dell'eutanasia è «accurata, trasparente, controllabile, sicura per i pazienti e ha un vasto piano portante. Un'altra legge accanto alla Legge sull'Eutanasia può portare alla disgregazione dell'attuale prassi dell'eutanasia e non la vogliamo» [20].

Che cosa possiamo dire della nuova legge che il Governo o Pia Dijkstra ha intenzione di elaborare? Tale legge non dovrà mai entrare in vigore per i seguenti motivi:

Creare per legge possibilità di assistenza al suicidio a persone che considerano la loro vita giunta a compimento, ma non soffrono in modo insopportabile e senza prospettive per una malattia su base medica o psichiatrica incurabile è un ulteriore ampliamento delle possibilità di agire per porre termine alla vita. La nuova legge che il Governo ha in mente di realizzare sarebbe un successivo passo su un pendio scivoloso (in inglese *the slippery slope*) che porta, in alcuni decenni, ad un notevole svuotamento del rispetto per il valore della vita umana. La nuova legge sarebbe un'ulteriore minaccia per il rispetto per la vita umana.

L'uomo gode solo di un'autonomia relativa nei riguardi della sua vita; egli non possiede un'autonomia assoluta che gli è conferita dal Governo.

È un errore credere che con una nuova legge si possa aumentare l'autonomia della persona.

3.1 Il pendio scivoloso

In primo luogo, questo proposito del Governo conferma ciò verso su cui si era stati messi in guardia già dall'inizio della discussione sull'eutanasia: permettendo che si pratici l'eutanasia o l'assistenza al suicidio, anche se in maniera limitata, si rischia di imboccare un pendio scivoloso [21]. Questo è dimostrato anche dagli sviluppi dei Paesi Bassi negli ultimi cinquant'anni. Negli anni '70 e all'inizio degli anni '80, la discussione verteva sul dover permettere l'eutanasia allo stadio terminale di un'affezione somatica incurabile. Poi si prese in esame anche la possibilità di applicare l'eutanasia prima che fosse raggiunto lo stadio terminale. All'inizio degli anni '90 si valutò la possibilità di applicare l'eutanasia o l'assistenza al suicidio a persone con affezioni psichiatriche o in uno stato avanzato di demenza, qualora la persona interessata avesse già formulato, in un momento in cui era ancora in grado di giudicare la sua situazione, una dichiarazione scritta che esprimesse la sua volontà di ricevere eutanasia. Il Protocollo di Groninga

(Gronings Protocol) del 2004 creò la possibilità di porre termine alla vita di neonati handicappati. Questo protocollo, che fu poi la base per la regolamentazione nazionale, infranse una barriera, rendendo possibile anche la soppressione della vita senza la richiesta della persona coinvolta.

In un certo senso era prevedibile che si creasse oggi la possibilità di assistenza al suicidio per persone sane, benché la comunicazione del Governo precedente riguardante l'elaborazione di una nuova legge al riguardo fosse una sorpresa per tutti, perché questo non tiene conto, in modo veramente singolare, dell'indicazione della Commissione Consultiva sulla vita giunta a compimento. Se si permette di agire su richiesta per porre termine alla vita a causa di una certa forma di sofferenza, rimarrà sempre l'interrogativo se sia accettabile farlo anche nel caso di una sofferenza meno grave. La porta, una volta socchiusa, si spalanca facilmente sempre di più. Se si crea ora lo spazio per l'assistenza al suicidio di persone sane, anche se a determinate condizioni, quale sarà il passo seguente?

Un passo importante che si fa con la nuova legge è, in ogni caso, il fatto che il medico non giocherà un ruolo centrale. L'assistente che accompagna il morente e che può essere anche un esperto diverso dal medico non ha l'incarico di verificare se la vita sia giunta a compimento o meno, ma solo se la richiesta di assistenza al suicidio sia libera, ben ponderata e prolungata nel tempo. Il giudizio se la vita sia giunta a compimento cade pienamente sotto la responsabilità dell'interessato. Oltre allo svuotamento del rispetto per la vita umana, con questa legge si fa un passo ulteriore nella direzione dell'individualismo di cui è intrisa la nostra cultura, in fondo già iperindividualista.

Rimane il timore che tramite la nuova legge, che rende possibile l'assistenza al suicidio a motivo di una vita considerata giunta a compimento, venga meno l'accuratezza richiesta quando si agisce per porre termine alla vita, che la Legge sull'eutanasia comunque concede. Gli psichiatri si pongono la domanda se gli assistenti al suicidio, che non sono necessariamente medici, siano in grado di verificare effettivamente se la richiesta di assistenza al suicidio sia consistente, ben ponderata e prolungata nel tempo [22]. Persone anziane chiedono, non di rado, di porre termine alla vita, perché soffrono di depressione. Non è facile effettuare questa diagnosi in tutti i casi, che sovente sfugge al medico. Persone che, soffrendo di depressione, chiedono di porre termine alla vita o l'assistenza per effettuarlo, rientrano in linea di principio nella Legge sull'eutanasia. Uno degli psichiatri in questione osserva che la procedura prescritta dalla Legge sull'eutanasia è, in ogni caso, accurata. Ha avuto esperienza che anziani con una depressione, qualche volta, tramite i colloqui che devono essere condotti nel quadro di questa procedura, rinunciano alla loro richiesta di porre termine alla vita. Benché vi siano anche obiezioni di principio contro la Legge sull'eutanasia, si deve costatare che essa implica, ad ogni modo, una certa accuratezza nel processo decisionale nei riguardi dell'agire che pone termine alla vita. Un'accuratezza che si può temere venga trascurata, almeno parzialmente, con la nuova legge sulla vita giunta a compimento.

Si tratta, sotto diversi aspetti, di avventurarsi lungo un pendio scivoloso, dove si ar-

riva a svuotare progressivamente il rispetto per la vita, rinforzando un individualismo sempre più diffuso nella società, con il rischio di una possibile diminuzione del livello di accuratezza da applicare in un'azione che pone termine alla vita.

3.2 Soltanto un'autonomia relativa

Una domanda di principio è se l'autonomia dell'uomo giunga al punto tale che egli ha anche il diritto di disporre della vita e della morte. La risposta a questa domanda è senz'altro negativa. È evidente che l'uomo ha una certa autonomia, ma essa è relativa e non comprende il diritto di disporre della vita e della morte proprie o di qualcun altro [23]. La domanda centrale è: quale dignità ha la vita umana? La vita fisica dell'uomo è legata al valore che ha il corpo umano. Nel porre termine alla vita, si pone fine alla vita fisica (non a quella dell'anima che è immortale). La nostra cultura vede il corpo spesso come un oggetto, una cosa di cui potremmo disporre liberamente. La persona umana si identificherebbe, dunque, solo con la coscienza – le funzioni cerebrali superiori – che disporrebbe liberamente del corpo umano come un puro mezzo per qualsiasi fine. In questa visione, il corpo ha soltanto il valore che l'individuo gli attribuisce. Quando la vita fisica viene a soffrire per una malattia o per altre cause ed essa perde il suo valore, l'individuo vi potrebbe rinunciare ponendo attivamente termine alla vita.

Il corpo non è, però, un oggetto o una cosa, ma appartiene essenzialmente alla persona umana. L'uomo è stato creato a immagine e somiglianza di Dio, sia per quanto concerne il suo corpo che per quanto concerne la sua dimensione spirituale. Dio e coloro che sono stati creati a sua immagine sono sempre un fine in sé e mai un puro mezzo per un fine. Ciò vale anche per il corpo. Porre termine alla vita fisica per ovviare alla sofferenza comporta che, in tal maniera, essa viene sacrificata come mezzo per porre termine alla sofferenza. Ciò significa che il corpo e, con esso, la persona umana vengono degradati a mezzo. Perciò porre termine alla vita con o senza richiesta è sempre un atto moralmente cattivo che non deve mai essere compiuto [24]. Il corpo partecipa alla dignità della persona umana che è un fine in sé e ha, perciò, un valore che rimane sempre e ovunque, anche se l'individuo in questione ha l'impressione che sia andato perduto. Se per questa ragione permettessimo l'eutanasia o l'assistenza al suicidio, non faremmo che confermare la convinzione che il valore della vita sia andato perduto. Dovremmo aiutare, al contrario, le persone a riscoprire la coscienza della dignità essenziale della vita [25].

3.3 Non aiuta l'autonomia

Con la nuova legge il Governo precedente pensava di difendere l'autonomia di persone che hanno il desiderio attivo persistente di morire a causa di una sofferenza non de-

terminata da fattori medici. C'è molto da ridire in proposito. Che, in certi casi, l'inviolabilità della vita passi in secondo piano nei confronti del diritto all'autodeterminazione significa che si attribuisce alla libertà dell'uomo un valore superiore rispetto alla sua vita. È vero che la libertà è un valore superiore alla vita. Lo vediamo con il martire che permette che altri lo uccidano, perché non si lascia costringere a rinnegare Cristo, ma sceglie liberamente di rimanere fedele a Lui. Benché la libertà possa essere un valore superiore alla vita, la vita è un valore fondamentale riguardo alla libertà: senza vita non c'è libertà. Porre termine alla vita significa anche porre termine alla libertà.

A prescindere dall'osservazione di fondo se l'autonomia delle persone che hanno il desiderio di morire venga veramente tutelata con la nuova legge che il Governo precedente voleva introdurre, ci possiamo domandare a giusto titolo se esse vogliano veramente morire. Gli assistenti che accompagnano alla morte sanno per esperienza che la richiesta di porre termine alla vita è spesso un grido di aiuto. In tal caso, non si deve offrire l'assistenza al suicidio, ma parlare con l'interessato per vedere quale sia il vero problema e come si possa aiutare a risolverlo. Se le persone sono oppresse dalla solitudine, dalla perdita di cari e dai malanni della vecchiaia, non dobbiamo offrire loro *tout court* la possibilità di assistenza al suicidio, ma chiederci se non dobbiamo migliorare qualcosa della nostra assistenza a malati e persone anziane. Veniamo così incontro ai veri problemi con cui lottano le persone che hanno il desiderio di morire.

Anche il Governo precedente sottolineava che, prima di passare all'assistenza effettiva al suicidio, bisogna chiederci se dobbiamo fare qualcosa per cambiare la situazione di queste persone. Tuttavia, una volta che la possibilità di assistenza al suicidio diventa realtà, ne scaturirà forse la tendenza a offrire automaticamente l'assistenza al suicidio ogni volta ci si trovi confrontati con una persona che desidera morire; ciò può scoraggiare i tentativi di migliorare la cura di queste persone. In tali circostanze, persone anziane e sole possono cominciare ad avere sensi di colpa per voler continuare a vivere. Potrebbero perciò avere la sensazione di esigere troppo dai loro familiari o di diventare un peso a motivo delle spese sanitarie. Questo porta con sé che il desiderio di morire non si verifica solo sulla base della volontà espressa dalla persona. In questo quadro, si deve tener conto anche del rischio, in alcuni casi, che il desiderio di morire potrebbe nascere sotto la pressione di terzi, per esempio dei familiari. Meyboom-De Jong, membro della commissione Schnabel, si chiede se si può prevenire tutto questo e anche se gli assistenti che accompagnano il morente «nonostante il loro ciclo di studi specifici» saranno capaci di riconoscerlo: «Condivido la paura delle persone anziane che a lungo andare può essere imposta loro l'eutanasia, se “diventano inutili”. Abbiamo voluto difendere questo numeroso gruppo di persone con il nostro parere (il parere della Commissione Schnabel, W.E.): la compassione è superiore all'autonomia» [26, p. 11].

Le persone anziane hanno spesso paura della casa di cura che negli ultimi tempi gode di una sempre più cattiva reputazione in conseguenza delle notizie negative che circolano e dei tagli economici sempre più consistenti o temono di restare sempre più sole a casa senza una assistenza sufficiente. Inoltre, molte persone anziane, soprattutto nelle

grandi città, non hanno una rete sociale su cui appoggiarsi [27]. Dovremmo prestare attenzione a questa problematica e la legge per l'assistenza al suicidio nel caso di vita giunta a compimento, che il Governo precedente aveva in mente, non ne è la risposta adeguata. La giurista Anne-Mei The che non rifiuta, del resto, l'eutanasia, dice a riguardo: «In sostanza si tratta della domanda: come trattiamo i nostri anziani? Come trattiamo la vecchiaia, la sofferenza, la vulnerabilità, la solitudine, l'isolamento sociale è un problema sottovalutato [...] Le persone non si sentono più partecipi, non si sentono più prese sul serio e hanno l'impressione di non poter più dare un contributo alla società. Perciò si sentono disperate e superflue. Ma non credo che la morte fattibile alla fine sia la soluzione» [28, p. 28].

4. Epilogo

Infine, il Governo precedente voleva favorire l'autonomia delle persone, ma si orientava esclusivamente verso un'autonomia nella forma di una libertà *esteriore*, cioè, l'essere liberi da leggi che l'autorità impone o l'essere liberi dalla pressione sociale. Ma molto più importante è la libertà *interiore* o – se si vuole – l'autonomia interiore: la capacità interiore con cui l'essere umano domina se stesso, i suoi pensieri, i suoi impulsi e le sue emozioni ed è perciò in grado di fare scelte moralmente buone, anche se questo è molto difficile. Aristotele direbbe: l'essere umano interiormente autonomo è l'essere umano virtuoso. Le virtù danno all'essere umano l'autonomia o la libertà interiore, di cui ha bisogno per poter integrare la sofferenza nella vita. Dal punto di vista della fede cristiana diciamo: l'essere umano autonomo nel senso di interiormente libero è l'essere umano redento da Cristo. Dobbiamo prestare attenzione, in primo luogo, a questa autonomia interiore. Dobbiamo cercare di rafforzarla con una buona cura palliativa professionale e amorevole per i malati e gli anziani, di cui la cura pastorale è una parte intrinseca. L'esperienza insegna che se le persone riacquistano quella forza interiore, riescono a ritrovare il senso della vita e vogliono anche continuare a vivere.

Come procedono le cose? Dobbiamo vedere se la Camera dei Deputati (il parlamento) accetti la proposta di legge, eventualmente modificata, di Pia Dijkstra del partito liberale progressista D66, per creare delle possibilità di assistenza al suicidio a persone che considerano la loro vita come giunta a compimento.

Tuttavia, all'Aja la prassi sembra aver sorpassato la politica: all'inizio di settembre del 2017 la Cooperazione Ultima Volontà (Coöperatie Laatste Wil) ha comunicato di raccomandare una sostanza chimica, una polvere, usata come conservante, legalmente e liberamente disponibile e a buon mercato che causa una morte certa e indolore entro mezz'ora, come un mezzo relativamente semplice per porre termine alla propria vita. La Cooperazione Ultima Volontà, che la pubblicizza per garantire l'autonomia di suicidarsi, non comunica di quale mezzo si tratti, per prevenire che la gente lo usi impulsivamente. Tuttavia, essa informa sul mezzo in questione chi è suo mem-

bro da più di sei mesi e ha più di 18 anni [29, p.3]. Si parla anche della “polvere di Drion”, [30; 31, p. 21; 32, p. 22] perché egli fu il primo a raccomandare che medici dovessero avere la possibilità legale di mettere a disposizione di persone anziane un mezzo per sopprimere la propria vita in un momento stabilito da loro stessi (vedi sopra). Critici del progetto della Cooperazione dicono che il mezzo in questione non causa una morte certa, sicura e indolore, ma può causare degli insulti epilettici, e mettono in guardia contro il possibile abuso di questo mezzo, ad esempio per uccidere altre persone. Non è possibile al pubblico o alle autorità di intervenire contro le attività della Cooperazione. Il suicidio non è proibito. Inoltre, sebbene non sia consentito mettere a disposizione mezzi per suicidarsi, fatta eccezione per i medici nel quadro della Legge sull'eutanasia, informare su tali mezzi è lecito. È questa polvere forse l'ultimo passo sul piano inclinato?

References

- [1] Kabinetsreactie en visie voltooid leven (Reazione del Governo e visione sulla vita giunta a compimento), 12 ottobre 2016, Tweede Kamer, Vergaderjaar 2016-2017, 32 647 (55) (accesso a: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2016D38755&did=2016D38755>)
- [2] Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) van 12 april 2001 (Legge sul controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al suicidio (Wtl) del 12 aprile 2001. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (Gazzetta Ufficiale del Regno dei Paesi Bassi) 2001; n° 194.
- [3] De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Standpunt van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 23 juni 2011 (Il ruolo del medico nel porre fine alla vita come propria scelta. Punto di vista dell'Associazione Reale Neerlandese per la promozione della Medicina – KNMG), stabilito dal Comitato direttivo federale ed entrato in vigore il 23 giugno 2011), 2011 (accesso a: <http://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde>).
- [4] Drion H. Het zelfgewilde einde van oudere mensen (La fine volontaria di persone anziane). NRC/Handelsblad 1991; 19 ottobre: 8.
- [5] Corte Suprema 24 dicembre 2002, Numero di Giurisprudenza Nazionale AE8772.
- [6] La Commissionne Dijkhuis. Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven (In cerca di norme su come debbano agire i medici in caso di richiesta di assistenza per porre termine alla vita nel caso di sofferenza a motivo della vita). Utrecht; 2004: 15.
- [7] Peeters M. Onderzoek naar (hulp bij) zelfdoding op basis van voltooid leven in verzorgingshuizen (Ricerca concernente (l'assistenza al) il suicidio in base a una vita giunta a compimento nelle case di cura). NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (Associazione Neerlandese per l'Interruzione Volontaria della Vita); 2010: 4.
- [8] Sutorius E, Peters J, Daniëls S. Proeve van een wet (Proposta di legge). In: Peters J, Sutorius E (a cura di) Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd (Con Libera Volontà. Morire dignitosamente in età avanzata). Amsterdam: Boom: 2011: 45-83.
- [9] EenVandaag Opiniepanel. Huisartsen over Euthanasie (Medici di famiglia sull'Eutanasia): 10 (accesso a: <http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>).
- [10] Tweede Kamer. Vergaderjaar 2011-2012; 33 026, n° 2 (accesso a: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2012Z04698&did=2012D10087>).

- [11] Tweede Kamer. Vergaderjaar 2011-2012; 33 026, n° 3 (accesso a: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties?qry=%2A&fld_tk_categorie=Kamerstukken&srt=date%3Adesc%3Adate&clusterName=Moties&Type=Kamerstukken&fld_prl_kamerstuk=Moties&fromdate=01%2F03%2F2012&to date=30%2F03%2F2012&sta=211).
- [12] Tweede Kamer, Plenaire Vergadering (accesso a: https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details?date=08-03-2012#2011A04691)
- [13] Adviescommissie voltooid leven (Commissione Consultiva vita giunta a compimento). Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten (Vita giunta a compimento): Sull'assistenza al suicidio in persone che considerano la loro vita giunta a compimento). L'Aia; 2016: in particolare 208-231 (accesso a: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>).
- [14] Den Hartogh G. Voltooid leven: Binnen of buiten het wettelijk kader? (Dentro o fuori del quadro legale?). Nederlands Juristenblad 2011; 22 (4): 224-230, in particolare 229.
- [15] Giovanni Paolo II. Litterae Encyclicae *Evangelium Vitae*: de vitae humanae inviolabili bono (25 marzo 1995). AAS 1995; 87: 401-522, citazione 478.
- [16] Haas v. Switzerland, n° 31322/07, EHCR 2011 (accesso a: <http://echr.ketse.com/doc/31322.07-fr-20100520/view/>).
- [17] Proposta di legge del membro del Parlamento neerlandese Pia Dijkstra sul controllo dell'accompagnamento al porre termine alla vita su richiesta di anziani e il cambiamento del Codice Penale della Legge sulle professioni sanitarie a beneficio di individui e alcune altre leggi (Legge controllo accompagnamento alla terminazione della vita su richiesta) (a: <https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2016/12/Wet-toetsing-levenseindebegeleiding-van-ouderen-op-verzoek.pdf>); veda anche Motivazioni della Legge (a: <https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2016/12/Memorie-van-toelichting-Wet-toetsing-levenseindebegeleiding-van-ouderen-op-verzoek.pdf>).
- [18] ChristenUnie, Max, KBO-PCOB. Manifest "Waardig ouder worden" (accesso a: <https://waardigouderworden.christenunie.nl/l/library/download/1085097>).
- [19] Vertrouwen in de toekomst, Regeerakkoord 2017 – 2021, VVD, CDA, D66 en ChristenUnie (Fiducia nel futuro, Accordo governativo). 1.4 Zorg, Medisch-ethische onderwerpen: 17-18 (a: <https://www.kabinetsformatie2017.nl/kabinetsformaties/k/kabinetsformatie-2017/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>).
- [20] Overwegingen artsenfederatie KNMG bij Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven; 19 marzo 2017: 3 Prefazione e 3-4 Riassunto (accesso a: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/lijdnaan-het-leven.htm>); cf. Kabinetsplan voor wet Voltooid leven onwenselijk. Medisch Contact 2017; 72 (13): 10-11; Nyst E. KNMG: "voltooid leven"-wens invoelbaar, maar regeling onwenselijk. Ibid.: 42.
- [21] Eijk WJ. Eutanasia: un piano inclinato. Il Regno 2017; 67 (1): 41-56.
- [22] Kuiken A. Ziek en/of levensmoe? (Malato e/o stanco di vivere?) Trouw 2016; (21 ottobre): Verdieping 10-11.
- [23] Eijk WJ. Il Magistero di Giovanni Paolo II sul valore della vita umana. In: De Dios Vial Correa J, Sgreccia E (a cura di). Giornata commemorativa del decennale di fondazione. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2005: 71-90.
- [24] Eijk WJ, Hendriks, LM, Raymakers JR, Flemming JI (a cura di). Manual of Catholic medical ethics. Responsible healthcare from a Catholic perspective. Ballarat: Court Connor Publishing; 2014: 61-77.
- [25] Eijk WJ. Plicht om het leven te beschermen staat voorop (L'obbligo di proteggere la vita sta al primo posto). Trouw (2016), 17 ottobre: 12-13.
- [26] Maassen H. Rol arts bij voltooid leven onduidelijk (Il ruolo del medico nel caso di una vita giunta a compimento non è chiaro). Medisch Contact 2016; 71 (42): 10-11.
- [27] Nyst E. Amsterdamse zorgketen voor ouderen kraakt (La catena della sanità per anziani ad Amsterdam si rallenta). Medisch Contact 2007; 72 (20): 10-11.

[28] De Jong L. Ouderen vinden we nutteloos (Gli anziani li troviamo inutili). De Volkskrant 2016 (22 ottobre: 22-23).

[29] Keulen E. De pil van Drion wordt een goedkoop poedertje (La pillola di Drion diventa una polverina a buon mercato. Trouw 2017; 2 settembre.

[30] In eenzaamheid beslissen om eruit stappen (Decidere in solitudine di farla finita). Trouw 2017; 13 september: Verdieping 4-5.

[31] Ummelen B. Poeder van Drion? Maak weg naar zelfgekozen dood niet te makkelijk (La polvere di Drion? Non bisogna rendere troppo facile la via verso la morte volontaria. Trouw 2017; 26 september.

[32] Van Veen S. Poeder van Drion kost onnodig mensenlevens (La polvere di Drion costa senza alcuna necessità delle vite umane). De Volkskrant 2017; 7 settembre.